

MONTALEGRE

ESTRATÉGIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2025 – 2030



Índice

Ficha técnica.....	5
Agradecimento.....	6
Índice de Figuras	7
Índice de Tabelas.....	10
Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas.....	13
Mensagem da Presidente da CM de Montalegre	14
Montalegre Saudável: uma estratégia de saúde desenhada com o ISPUP.....	15
Introdução.....	17
Perfil de Saúde do Município de Montalegre	25
Capítulo 1 – O território e as pessoas	26
1.1. O território	26
1.2. Caracterização demográfica.....	28
População residente.....	28
Densidade populacional	30
Saldo populacional	32
Índice de envelhecimento.....	32
Índice de dependência de jovens.....	33
Índice de dependência de idosos	34
Índice de dependência total.....	34
Proporção da população idosa a residir só	35
Natalidade	36
Capítulo 2 – Recursos comunitários.....	38
2.1. Equipamentos sociais.....	38
2.2. Equipamentos educativos	39
2.3. Equipamentos desportivos e de lazer	39
2.4. Equipamentos culturais.....	43
2.5. Equipamentos de saúde	44
Capítulo 3 – A Saúde – Determinantes e resultados através dos ODS	46
Enquadramento.....	46
ODS 1 – Erradicar a pobreza.....	51
Habitação	52
Emprego	56
ODS 2 – Erradicar a fome	58
ODS 3 – Saúde de qualidade	59
Acesso aos serviços de saúde.....	60

Segurança viária	61
Mortalidade geral.....	62
Mortalidade proporcional	63
Taxa de mortalidade geral padronizada pela idade	64
Mortalidade prematura	65
Mortalidade prematura por causa específica	66
Mortalidade infantil	70
Anos de Vida Potencialmente Perdidos	70
Saúde perinatal	71
Morbilidade (Informação em Cuidados de Saúde Primários)	72
Incapacidades.....	81
Doenças de Notificação Obrigatória - VIH/SIDA e tuberculose	81
Vacinação	82
ODS 4 – Educação de Qualidade	83
Escolaridade	84
ODS 5 – Igualdade de Género	88
ODS 6 – Água Potável e Saneamento.....	89
ODS 7 – Energias Renováveis e Acessíveis	91
Energia.....	91
ODS 8 – Trabalho Digno e Crescimento Económico.....	93
Indicadores económicos.....	96
ODS 9 – Indústria, Inovação e Infraestruturas	97
ODS 10 – Reduzir as Desigualdades	98
ODS 11 – Cidades e Comunidades Sustentáveis	100
Qualidade do ar.....	101
ODS 12 – Produção e Consumo Sustentáveis	102
Resíduos urbanos	103
ODS 13 – Ação Climática	106
Temperatura mínima, média e máxima do ar (°C).....	108
Movimentos pendulares	109
Vulnerabilidade a desastres climáticos – secas, inundações, incêndios florestais	112
ODS 14 – Proteger a vida marítima.....	115
ODS 15 – Proteger a Vida Terrestre	116
ODS 16 – Paz, Justiça e Instituições Eficazes.....	117
Criminalidade e violência	118
ODS 17 – Parcerias para a Implementação dos Objetivos	120

Estratégia e Plano de Saúde do Município de Montalegre	121
Integração da informação sobre o território e as pessoas – as estatísticas e as vozes	122
A elaboração do Plano Municipal de Saúde de Montalegre	156
Plano Municipal de Saúde: Eixos, Ações, Objetivos e Medidas	159
EIXO DE AÇÃO 1 – UMA COMUNIDADE SAUDÁVEL E INCLUSIVA	160
EIXO DE AÇÃO 2 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAPACITAÇÃO DIGITAL	163
EIXO DE AÇÃO 3 – SAÚDE ESCOLAR E JUVENTUDE	165
EIXO DE AÇÃO 4 – ACESSO E PROXIMIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE	167
EIXO DE AÇÃO 5 – SUSTENTABILIDADE, DESENVOLVIMENTO e ECONOMIA LOCAL	169

Ficha técnica

Título

Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre – 2025-2030

Data

julho 2025

Coordenação técnica e científica

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP):

Olga Vítor, Alex Xavier, Telma Alves, Henrique Barros

Presidente da Câmara Municipal de Montalegre

Fátima Fernandes

Citação Sugerida

Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre – 2025-2030. Câmara Municipal de Montalegre

Edição

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP)

Câmara Municipal de Montalegre

Agradecimento

A elaboração da Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre teria sido impossível sem o contributo constante e interessado de um enorme número de instituições e individualidades – dentro e fora do tradicionalmente designado mundo da saúde, as quais se dispuseram a partilhar o seu tempo e conhecimentos refletindo sobre os desafios e as soluções a implementar de modo a que Montalegre se venha a tornar um Município mais saudável e por isso mais atraente para viver.

Este trabalho é, nesse sentido, uma verdadeira cocriação e também por isso agradecemos a todos pelo seu contributo abnegado.

Índice de Figuras

Figura 1. Geografia do município de Montalegre, 2025.....	26
Figura 2. População residente, 1900-2021 – Montalegre.	28
Figura 3. População residente, por sexo e grupo etário, 2021 – Montalegre.	29
Figura 4. Densidade populacional, 1900-2021 – Montalegre.....	30
Figura 5. Densidade populacional, 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	30
Figura 6. Densidade populacional (pessoas/Km ²), 2011 e 2021 nas freguesias e união das freguesias de Montalegre.	31
Figura 7. Crescimento natural, migratório e efetivo, 2019-2023 – Montalegre.....	32
Figura 8. Índice de envelhecimento, 2011-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	33
Figura 9. Índice de dependência de jovens, 2011-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	33
Figura 10. Índice de dependência de idosos, 1900-2021 – Portugal e Montalegre.	34
Figura 11. Índice de dependência total, 2011-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.....	35
Figura 12. Natalidade bruta (por mil habitantes), 2013-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.....	37
Figura 13. Fecundidade geral (por mil habitantes), 2013-2023 - Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.....	37
Figura 14. Distância viária ao Hospital ou Centro/Extensão de Saúde mais próximo/a (em minutos) – Montalegre, por freguesias e união das freguesias.....	45
Figura 15. Distância viária à farmácia mais próxima (em minutos) – Montalegre, por freguesias e união das freguesias.....	45
Figura 16. Desempenho dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no município de Montalegre.....	49
Figura 17. Desemprego (%), 2011-2022 – Portugal e Montalegre.	56
Figura 18. Desemprego (%), por sexo, 2011-2022 – Montalegre.	56
Figura 19. Desemprego (%), por grupo etário, 2011-2022 – Montalegre.	57
Figura 20. Número de utentes inscritos na UCSP de Montalegre, 2016-2024.	60
Figura 21. Taxa bruta de mortalidade, por 1.000 habitantes, 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	62
Figura 22. Mortalidade proporcional, por grupo etário, para os grandes grupos de causas de morte, 2022 – Montalegre.	63
Figura 23. Razão padronizada de mortalidade, 2019-2022 – Montalegre.	65
Figura 24. Prevalência de utentes com diagnóstico de neoplasia, 2020/2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.	76
Figura 25. Incidência de utentes com diagnóstico de neoplasia, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.	77
Figura 26. Proporção de utentes por tipo de neoplasia diagnosticada, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.	78

Figura 27. Proporção da população residente com dificuldades, tipo de dificuldade e grau de dificuldade, 2022 – Montalegre.	81
Figura 28. Distribuição da população residente por grau académico mais elevado completado e por sexo (%), 2021 – Montalegre.	85
Figura 29. Taxa de analfabetismo (%), 2021 – Montalegre, por freguesias e união das freguesias.	86
Figura 30. Proporção de alunas/os matriculadas/os no ensino não superior (%) 2022/2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.	87
Figura 31. Consumo de energia elétrica (kWh) por tipo de consumo, 2018-2022 – Montalegre.	92
Figura 32. População empregada por profissão (%), Classificação Portuguesa das Profissões), 2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	95
Figura 33. Valor mediano do rendimento bruto declarado deduzido do IRS liquidado por sujeito passivo (€), 2022– Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.	96
Figura 34. Resíduos urbanos recolhidos (t) recolhidos por ano e tipo de material reciclável, 2021 -2023 – Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.	103
Figura 35. Emissões médias de Gases com Efeito de Estufa, por setor (%), 2022 – Montalegre.	106
Figura 36. Evolução das emissões médias de Gases de Efeito Estufa (%), 2010-2020 – Montalegre.	107
Figura 37. Evolução das emissões médias de Gases de Efeito Estufa, <i>per capita</i> (kgCO ₂ e/cap), 2008-2022 – Montalegre.	107
Figura 38. Evolução das temperaturas mínimas (°C), 2013-2020 – Portugal Continental, Alto Tâmega e Montalegre.	108
Figura 39. Evolução das temperaturas médias (°C), 2013-2020 – Portugal Continental, Alto Tâmega e Montalegre.	108
Figura 40. Evolução das temperaturas máximas (°C), 2013-2020 – Portugal Continental, Alto Tâmega e Montalegre.	109
Figura 41. Proporção da população que utiliza transportes coletivos nas suas deslocações pendulares para a escola ou trabalho (%), 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	110
Figura 42. Proporção da população que utiliza transportes individuais nas suas deslocações pendulares para a escola ou trabalho (%), 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	110
Figura 43. Proporção da população que se desloca por via pedonal nas suas deslocações pendulares para a escola ou trabalho (%), 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	111
Figura 44. Carta de risco de incêndio rural, 2023 – Montalegre.	112
Figura 45. Carta de perigosidade de incêndio rural, 2023 – Montalegre.	112
Figura 46. Carta de suscetibilidade de fitossanidade, 2023 – Montalegre.	113
Figura 47. Carta de sustentabilidade de desertificação e erosão dos solos, 2023 – Montalegre.	113

Figura 48. Carta de sustentabilidade de secas e escassez de água, 2023 – Montalegre.....	114
Figura 49. Criminalidade (‰), 2011-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.....	118
Figura 50. Criminalidade (‰) por categoria de crime, 2024 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	119

Índice de Tabelas

Tabela 1. Proporção da população estrangeira com estatuto legal de residente (%), 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	29
Tabela 2. Proporção da população idosa a residir só (%), 2021 - Portugal, Alto Tâmega e Montalegre, por freguesias e União das Freguesias.	36
Tabela 3. Equipamentos sociais para a infância e juventude (n), 2024 – Montalegre.	38
Tabela 4. Equipamentos sociais para pessoas adultas (n), 2024 – Montalegre.	38
Tabela 5. Equipamentos sociais para a família e comunidade (n), 2024 – Montalegre.	39
Tabela 6. Rede escolar de natureza institucional pública, ano letivo 2024/2025 – Montalegre.	39
Tabela 7. Equipamentos desportivos municipais disponíveis em Montalegre, 2025.	40
Tabela 8. Estruturas culturais no município de Montalegre.....	43
Tabela 9. Proporção da população residente em alojamentos familiares não clássicos de residência habitual (%), 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	52
Tabela 10. Proporção de agregados domésticos privados nos alojamentos familiares clássicos de residência habitual por tipo de aquecimento utilizado com maior frequência (%), 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre, por freguesias e união das freguesias.	53
Tabela 11. Proporção de alojamentos familiares clássicos (de residência habitual) sobrelotados (%), 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre, por freguesias e união das freguesias.	54
Tabela 12. Fogos de habitação social, 2023 – Montalegre.....	55
Tabela 13. Número de recursos humanos em saúde, por grupo profissional – UCSP de Montalegre.....	60
Tabela 14. Acidentes de viação com vítimas (%), por tipo de via, 2021-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	61
Tabela 15. Acidentes de viação com vítimas, por tipo de consequências (%), 2021-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	61
Tabela 16. Taxa de mortalidade total padronizada por composição etária, por todas as causas de morte, 2019-2022 – freguesias e união das freguesias de Montalegre.....	64
Tabela 17. Taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por todas as causas de morte, em ambos os sexos, (2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	66
Tabela 18. Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por causa específica em ambos os sexos, triénios 2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	67
Tabela 19. Taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por causas externas de lesão e envenenamento, na população de ambos os sexos, triénios 2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	69
Tabela 20. Taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por algumas doenças infecciosas e parasitárias na população com idade inferior a 70 anos de ambos os sexos, triénios 2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.....	70

Tabela 21. Mortalidade infantil, por 1.000 nados vivos, 2018-2022– Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.	70
Tabela 22. Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por 100.000 habitantes, 2020-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	71
Tabela 23. Proporção de nascimentos por idade materna - idade inferior a 20 anos (%) e igual ou superior a 35 anos, 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	71
Tabela 24. Proporção de nascimentos pré-termo (<37 semanas de gestação) (%), 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	72
Tabela 25. Proporção de nados-vivos com baixo peso à nascença (%) (<2500g), 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	72
Tabela 26. Proporção de utentes inscritos (%) com diagnóstico ativo nas diferentes patologias, 2021-2024 – Montalegre.....	73
Tabela 27. Proporção de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com idade inferior a 19 anos (%) por problemas, 2023 – Montalegre.....	73
Tabela 28. Proporção de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com idade compreendida entre os 19 e os 64 anos (%), por motivo de consulta, 2023 – Montalegre.....	75
Tabela 29. Proporção de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com idade igual ou superior a 65 anos (%), por motivo de consulta, 2023 – Montalegre.....	76
Tabela 30. Proporção de utentes com diagnóstico de neoplasia do colo do útero, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.....	78
Tabela 31. Novos casos de neoplasia do colo do útero, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.....	79
Tabela 32. Proporção utentes com diagnóstico de neoplasia do cólon e reto, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.....	79
Tabela 33. Proporção de novos casos de neoplasia do cólon e reto, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.	79
Tabela 34. Proporção utentes com diagnóstico de neoplasia feminina da mama, 2020/2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.....	80
Tabela 35. Proporção de novos casos de neoplasia da mama feminina, 2020/2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.	80
Tabela 36. Casos de tuberculose notificados, por 100.000 habitantes, 2019-2023 – Portugal e Montalegre.....	81
Tabela 37. Número de casos notificados de tuberculose e mediana de dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico, 2019-2023 – Montalegre.....	82
Tabela 38. Cobertura vacinal do PNV recomendado por coorte, 2023 – Montalegre.	82
Tabela 39. Proporção da população residente com 15 e mais anos (%) por nível de escolaridade completo mais elevado, 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso, Montalegre, por freguesias e união das freguesias.	84
Tabela 40. Número de alunos/as matriculados/as no ensino não superior, público, por nível de ensino, ano letivo 2022/2023 – Montalegre.....	87

Tabela 41. Disparidade no ganho médio mensal bruto (%) entre níveis de habilitação, da população empregada por conta de outrem (a tempo completo, com remuneração completa), 2015 e 2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	88
Tabela 42. Número de estações de tratamento de águas residuais, 2022 – municípios da Região do Alto Tâmega e Barroso.	90
Tabela 43. População empregada, por setor de atividade (%), 2018-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	94
Tabela 44. Poder de compra <i>per capita</i> , 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	96
Tabela 45. Coeficiente de Gini do rendimento bruto declarado deduzido do IRS liquidado por sujeito passivo (%), 2018-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	99
Tabela 46. Ganho médio mensal (€) bruto, por nível de educação, da população empregada por conta de outrem (a tempo completo, com remuneração completa), 2015 e 2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	99
Tabela 47. Resíduos urbanos recolhidos (t), por tipo de material reciclável, <i>per capita</i> , 2021-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	104
Tabela 48. Proporção de alojamentos servidos por recolha, indiferenciada e seletiva, de resíduos (%), 2024 – freguesias e união das freguesias de Montalegre.	105
Tabela 49. Duração média dos movimentos pendulares (minutos) da população residente empregada ou estudante que utiliza o modo de transporte individual, 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.....	111
Tabela 50. Proporção da superfície das massas de água com bom estado/ potencial ecológico (%), 2012, 2015, 2018 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.	115
Tabela 51. Entidades e representantes locais que participaram em entrevistas com a finalidade de obter informação sobre a diversidade de perspetivas, preocupações e soluções para os problemas locais de saúde.	127
Tabela 52. Principais temas identificados nas entrevistas realizadas com entidades e profissionais da saúde.	128

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – Agência Portuguesa do Ambiente

AVPP – Anos de Vida Potencialmente Perdidos

CCDR – Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional

EMS – Estratégia Municipal de Saúde

ESS – Estratégia Supramunicipal de Saúde

ETAR – Estação de Tratamento de Águas Residuais

FAO¹ – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPMA – Instituto Português do Mar e da Atmosfera

IRS – Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

kgCO₂e/cap – Quilogramas de dióxido de carbono equivalente por habitante

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SIARS - Sistema de informação das Administrações Regionais de Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

¹ Food and Agriculture Organization.

Mensagem da Presidente da CM de Montalegre

A Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre, que aqui se apresenta e que foi elaborada com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, representa um compromisso claro do município com a promoção da saúde e o bem-estar de todos os munícipes, como decorre das suas atribuições.

Desenvolvida em articulação com os parceiros locais, regionais e nacionais, esta estratégia enquadra-se nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Plano Nacional de Saúde, alinhada com a Agenda 2030 – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e assume-se como um documento essencial para o concretizar de diferentes objetivos com vista a servir melhor a nossa população.

Sendo o primeiro município da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro a elaborar e apresentar o seu documento estratégico, foi uma especial responsabilidade e quisemos que fosse ajustado às necessidades da população, integrando e criando sinergias entre os diferentes parceiros.

Esta Estratégia visa promover a saúde e prevenir a doença, através de ações educativas e de sensibilização, procurando reduzir desigualdades, garantindo o acesso a cuidados de saúde de qualidade em todo o concelho e capacitando os cidadãos para decisões informadas sobre estilos de vida saudáveis.

Saúde e Ambiente com a valorização da qualidade ambiental como determinante da saúde, com foco na qualidade da água, ar e promoção de espaços verdes; Saúde e Envelhecimento Ativo, com o apoio a políticas de envelhecimento saudável, combate ao isolamento social e incentivo à autonomia da população idosa; Saúde Escolar e Juvenil, com programas de nutrição, atividade física e saúde mental em articulação com o agrupamento de escolas e associações juvenis; e acesso aos Cuidados de Saúde, com a melhoria das infraestruturas, telemedicina e articulação com o SNS, são o foco nesta estratégia.

O envolvimento e a participação de parceiros como a Unidade Local de Saúde (ULS), o Agrupamento de Escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Associações locais, juntas de freguesia, Universidades e centros de investigação, numa lógica de trabalho em rede, são fundamentais para o cumprimento das metas estabelecidas.

Ao investir em pessoas, infraestruturas e inovação, Montalegre mostra que é possível transformar um desafio numa oportunidade.

Que esta Estratégia sirva de inspiração a outros territórios para seguir este caminho de colocar a saúde das pessoas no centro das políticas públicas.

Montalegre, 1 agosto 2025

Montalegre Saudável: uma estratégia de saúde desenhada com o ISPUP

De uma estratégia municipal espera-se uma visão que oriente o futuro para a saúde municipal. Sabemos que as escolhas são influenciadas por tensões nos limites do município, mas também por políticas e instituições de fora, à escala das regiões, do país e do mundo. Os graus de liberdade são limitados e a inteligência coletiva é a ferramenta para ser bem-sucedido. Como em todos os sistemas complexos, tem que se desenvolver processos de adaptação à mudança. E tem que se compreender que a complexidade está muito para além do número de habitantes, que a gradação da complexidade não tem uma relação linear com a dimensão populacional, bem pelo contrário.

A saúde de uma comunidade é o resultado de um processo complexo, cheio de imprevisibilidades, em que a soma das partes raramente equivale ao funcionamento do todo. Desconhecemos muito do como se bordam as pessoas nos espaços, de como social e fisicamente as vizinhanças estão em constante reconstrução, como evolui a presença humana no território e quanto isso influencia a saúde populacional e a de cada cidadão.

Montalegre enfrenta um acentuado envelhecimento populacional, e cerca de um terço da população idosa vive sozinha. Tem uma elevada dispersão geográfica, um saldo demográfico negativo e desafios estruturais no acesso à saúde, aos serviços sociais, ao emprego qualificado, à educação ao longo da vida ou ao acesso à cultura. Como a generalidade dos municípios portugueses, a morbilidade e a mortalidade em Montalegre caracteriza-se pelo fardo pesado das doenças crónicas não transmissíveis. Quantificar estes factos e imaginar que as soluções são transferíveis de uns para outros lugares, como se partilham tratamentos individuais, não é solução.

A Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre 2025–2030 foi desenvolvida em percurso comum com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), de cujos valores e trajeto se esperam como contributos respostas inovadoras, ancoradas em boas práticas e na melhor evidência científica e técnica disponível, valorizando o primado dos direitos humanos, integradoras da participação e das expectativas das partes interessadas. O documento proposto orienta a ação municipal de forma a lidar com a complexidade dos determinantes da saúde – individuais, sociais, comerciais e

políticos, articula-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e tem como visão uma comunidade saudável, justa, interveniente, capaz de se superar, que valoriza a sua história e os seus recursos, e coloca a saúde no centro do desenvolvimento.

A Estratégia optou por uma metodologia participativa. Partiu do diagnóstico local possível, recorreu às estatísticas disponíveis e suplementou-as qualitativamente com a auscultação de vozes individuais e institucionais relevantes, incorporou aspirações partilhadas, mas querendo-se pragmática e mobilizadora também propôs soluções potencialmente disruptivas, tecnicamente úteis. Resultaram cinco eixos estratégicos de ação, servidos por ações e objetivos específicos: 1-Uma comunidade saudável e Inclusiva, 2-Educação em saúde e capacitação digital, 3-Saúde escolar e juventude, 4-Acesso e proximidade aos cuidados de saúde, 5-Sustentabilidade, desenvolvimento e economia local. A Estratégia será operacionalizada por meio de um Plano Municipal de Saúde, que inclui as ações específicas por eixo, e para os quais se irão estabelecer metas quantificáveis, prazos, responsáveis e recursos necessários, indicadores de resultado e as correções de rota resultantes da monitorização (idealmente anual) e as avaliações, intercalar (2027) e final (2030).

A Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre 2025–2030 representa o compromisso político e técnico do município com a saúde enquanto bem público e coletivo, num quadro de valorização da ciência como inspiração para decidir, articulado com os compromissos internacionais dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Assim, assume uma aproximação holística, que idealmente coloca a saúde em todas as políticas e todas as políticas na saúde, valoriza a equidade territorial, a ação integrada e a proximidade à população, e reconhece que a saúde se constrói onde as pessoas vivem, aprendem, trabalham e envelhecem.

Henrique Barros

Introdução

O Município é uma das instituições referentes do ordenamento jurídico de Portugal. É uma instituição histórica de continuidade, sempre presente no direito português, que manteve importância prática ao longo dos séculos e teve consagração na Constituição de 1976, que reconheceu explicitamente os municípios como uma forma fundamental de organização do território.

O artigo 235.º da Lei Fundamental estabelece que “a organização democrática do Estado compreende a existência de autarquias locais”, entre as quais se incluem os municípios, as freguesias e as regiões administrativas. Paralelamente, a Constituição reconhece aos municípios autonomia administrativa, financeira e patrimonial, conferindo-lhes um estatuto jurídico próprio no âmbito da administração pública descentralizada.

Os municípios tiveram origem entre os séculos XI e XIII, no contexto da construção do país e do repovoamento do território. Contudo, foi sobretudo nos dois últimos séculos que assumiram um papel determinante na formação de identidades locais, destacando-se como contraponto aos interesses centralizados, numa perspetiva moderna de organização e governação do Estado.

Representam também os nós de uma rede de distribuição do espaço e das pessoas, que ao longo de séculos desenvolveram modos de vida diferenciados, marcados por padrões alimentares, condições ambientais e profissionais, relações comunitárias, influências religiosas, bem como por diversidade de estatutos económicos e sociais. Hoje sabemos que esses fatores são essenciais na determinação da saúde e da doença. Por isso, é fundamental conhecer e compreender bem as características dos municípios, como base para o planeamento eficaz de estratégias de saúde.

As câmaras, o órgão central dos municípios, foram basilares na governação do país, pois asseguraram a manutenção da ordem e o funcionamento da economia. Reuniam regularmente e tinham voz nas cortes. Dispomos de atas das suas reuniões (designadas por vereações) nalguns casos desde o século XIV. Permanecem hoje tanto como símbolos do poder e da proximidade às pessoas quanto instâncias de diagnóstico das vivências mais duras e menos visíveis, e de mediação das preocupações e dos interesses das comunidades que fazem a vida das populações. Das câmaras esperam-se

decisões na vizinhança física e emocional da cidadania e atuações promotoras de todas as dimensões da saúde.

A Constituição de 1822 consagrou o Título VI, “Do Governo Administrativo e Económico”, ao poder local, tendo estabelecido no seu artigo 219.º que haveria “Câmaras em todos os povos, onde assim convier ao bem público”, e concedendo o artigo 223.º ao poder municipal atribuições para “promover a agricultura, o comércio, a indústria, a saúde pública e geralmente todas as comodidades do concelho”, “cuidar das escolas de primeiras letras e de outros estabelecimentos de educação [...] e bem assim os hospitais, casas dos expostos e outros estabelecimentos de beneficência”. O papel dos municípios na gestão da educação ou da saúde tem, portanto, uma longa tradição.

Mais próximo no tempo, e na vigência do poder democrático que se seguiu ao fim da ditadura, a partir de abril de 1974, houve intervenções legislativas relativamente espaçadas em matéria de atribuições e competências das autarquias locais.

O quadro normativo teve o seu primeiro momento em 1977, através da Lei n.º 79/1977, de 25 de outubro, a primeira lei de atribuições e competência das autarquias locais à luz da Constituição democrática. A promulgação do Decreto-Lei n.º 100/1984, de 29 de março e a publicação da Lei n.º 159/1999, de 14 de setembro, constituíram os dois momentos legislativos subsequentes, sendo o quarto momento legislativo a Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, que no seu artigo 22.º descreve quais as atribuições que se encontram legalmente a cargo dos Municípios, globalmente descritas como a promoção e salvaguarda dos interesses próprios das respetivas populações, em articulação com as freguesias, sendo particularmente relevantes nessa lista e para uma Estratégia Municipal de Saúde os domínios em que ela é explicitamente referida (alínea g), mas indiretamente todos os outros que se indicam como: a) Equipamento rural e urbano; b) Energia; c) Transportes e comunicações; d) Educação, ensino e formação profissional; e) Património, cultura e ciência; f) Tempos livres e desporto; g) Ação social; h) Habitação; i) Proteção civil; j) Ambiente e saneamento básico; k) Defesa do consumidor; l) Promoção do desenvolvimento; m) Ordenamento do território e urbanismo. Finalmente, iniciou-se um processo de transferência de competências para as autarquias locais com a Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, tendo por base os princípios da subsidiariedade, da descentralização administrativa e da autonomia do poder local, em termos financeiros, patrimoniais e organizativos. Seguiu-se a transferência gradual

de competências para os municípios, em domínios como saúde, educação, cultura, justiça, habitação, saúde animal e segurança alimentar. A Lei n.º 50/2018, foi desenvolvida na área da saúde pelo Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, que veio “reforçar as competências das autarquias locais, bem como das suas estruturas associativas, as entidades intermunicipais, tendo, assim, em conta o melhor interesse dos cidadãos e das empresas que procuram da parte da Administração Pública uma resposta mais ágil e eficiente”.

No que à saúde respeita, é da competência das autarquias participar ativamente no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos às unidades de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente na sua construção, conservação e manutenção. As competências de gestão dos equipamentos e dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES foram também transferidas para os municípios, à exceção dos serviços de apoio logístico relacionados com equipamentos médicos. Os trabalhadores da carreira e da categoria profissional de assistentes operacionais, das unidades funcionais dos ACES, passaram a fazer parte dos recursos humanos afetos às autarquias. Os municípios participam na fixação dos horários de funcionamento dos estabelecimentos de saúde do seu território, no cumprimento das orientações técnicas do SNS e da adequação às necessidades da população.

No preâmbulo do referido Decreto-Lei afirma-se esperar o estabelecimento de uma parceria estratégica entre os “municípios e o SNS relativa aos programas de prevenção da doença”, pois que se trataria “de uma antiga reivindicação dos municípios, prevendo-se, assim, que estes possam vir a participar e influenciar o plano das políticas de saúde a nível dos respetivos territórios”. O afirmar-se também o primado da “especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo” responderá a preocupações com um contexto atual de grande mudança demográfica e de aumentada demanda em cuidados com a doença, particularmente mais sofisticados e onerosos, mas não deve fazer esquecer que o envelhecimento é um processo contínuo desde o início da vida, e que são vidas bem vividas desde a conceção que garantem uma velhice ativa, mais saudável e usufruída com mais qualidade.

De acordo com o artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, a transferência das competências para os municípios é formalizada através de um auto de

transferência. A instrução destes autos revelou vários desajustes do quadro normativo, sendo necessário proceder a algumas alterações, como a densificação do âmbito da Estratégia Municipal de Saúde (EMS) e da Estratégia Supramunicipal de Saúde (ESS) e respetiva articulação e alinhamento com outros instrumentos de planeamento em saúde.

O Decreto-Lei n.º 84-E/2022 procede à alteração de vários artigos² do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, nomeadamente no que respeita à EMS que no artigo 7.º era anteriormente definida como um “instrumento de planeamento estratégico que contempla, a nível municipal, as linhas gerais de ação e as respetivas metas, indicadores, atividades, recursos e calendário”, e agora como “um instrumento de planeamento estratégico que contempla, a nível municipal, as linhas gerais de ação e as respetivas metas, indicadores, atividades, recursos e calendário” que deve conter “a descrição dos estabelecimentos de saúde existentes a nível municipal, em construção ou com financiamento aprovado, a respetiva localização, bem como uma análise prospetiva que, em matéria de instalações e equipamentos identificados para responder às necessidades em saúde, determine os domínios e os locais de intervenção prioritária a nível municipal. Este ênfase no construído, que indicia também o primado da atividade assistencial, curativa, é na verdade uma limitação reveladora do pouco que em Portugal se investe na prevenção e como se direciona o que devia ser o esforço municipal em garantir um crescente cuidado na promoção de saúde para uma espécie de partilha de financiamento dos cuidados à doença, os quais pela sua natureza justificam padronização central (e não o papel político dos municípios) tanto para garantir equidade geográfica como partilha eficiente de recursos. É fácil de compreender que se em todo o lado se deve promover alimentação saudável e combater a insegurança alimentar, não podemos nem devemos ter em todo o lado hospitais terciários capazes de realizar transplantes de órgãos.

Finalmente, no ponto 3 do mesmo artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 84-E/2022 indica-se que “compete à câmara municipal, ouvido o Conselho da Comunidade do ACES e o Conselho Municipal de Saúde, elaborar e rever a EMS, devidamente enquadrada e alinhada com o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais e Locais de Saúde, enquanto base da Estratégia Supramunicipal de Saúde, submetendo-a a aprovação da

² Artigos 7.º, 10.º, 11.º, 13.º, 15.º, 17.º, 18.º, 20.º e 27.º

assembleia municipal.” Este devido enquadramento, não especificado nos seus contornos, se deixa espaço para a inovação municipal pode induzir atitudes de lentidão temerosa, de receio tecnocrático perante planos delineados por número alargado de especialistas, o contrário do que se deve incentivar. Os planos da responsabilidade de outras instituições, são tradicionalmente de irregular periodicidade, e no caso do Plano Nacional, desenvolvido a partir de informações de mortalidade. Este tipo de ponto de partida é geralmente insensível a variações subtis ou de curto prazo e, por isso, quase nada dizem sobre o que mudar com eficiência, tão longo é em geral o lapso de tempo entre exposição e resultado fatal para o que às doenças crónicas mais respeita. Descrevem muito mais o que está do que discutem o porque está assim e obrigam-se, por isso, a prescrições gerais não raro importadas da natureza global de alguns problemas.

Outro se espera de uma estratégia local. Para responder às condições locais com soluções de precisão e com sabedoria deverá obedecer ao conhecimento – frequentemente muito limitado no seu escopo porque o investimento em conhecimento é, a todos os níveis da administração, muito mais limitado do que seria desejável – e ao assumido risco de experimentar, de fazer intervenções piloto, bem monitorizadas e avaliadas.

A estratégia e o plano que se desenha para Montalegre, com vigência no período que medeia até 2030 – ano farol de avaliação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – parte do conhecimento local, integra o pensamento e as soluções que internacionalmente se experimentam adaptados à realidade local, e ajusta valores e escolhas estratégicas ao sentido e à sensibilidade das escolhas políticas legitimadas pela população de Montalegre.

Sabemos hoje, talvez melhor que nunca, quanto são complexos os mecanismos de legitimação e que não chega estar informado para decidir em acordo com o que pode contribuir para uma vida mais saudável, mais longa e com melhor qualidade. Sentimentos e emoções tingem a realidade dos factos e a racionalidade das escolhas fazendo com que a criação partilhada de soluções, a apreensão dos meandros da ciência cidadã, e a participação comprometida nos processos de decisão sejam indispensáveis, sobretudo se pretendemos que seja uma realidade, e não uma simples afirmação vazia, a promessa de não deixar ninguém para trás.

Entre os cidadãos, cresceram extraordinariamente as expectativas, a exigência e a capacidade de negociar soluções. E isto porque aumentou a escolaridade e a literacia, porque a informação circula mais rapidamente e mais livremente, porque a riqueza cresceu, os direitos e garantias se solidificaram, e sobretudo porque a aceitação resignada do que é oferecido em saúde diminuiu com uma crescente compreensão dos direitos individuais e das aspirações das comunidades.

Mesmo que não esteja explícita, percebe-se uma vontade de desafiar as desigualdades e, sobretudo, as iniquidades – as desigualdades injustas - mesmo se as soluções propostas são, muitas vezes, distorcidas pela desinformação e até a manipulação ao serviço de interesses comerciais e políticos. Cada vez se compreende melhor que as ideias são contagiosas, transmissíveis como as infeções: há pessoas imunes a elas, outras extremamente suscetíveis e algumas ideias recebem doses de reforço como se vacinas fossem. Torna-se por isso um difícil desafio construir um edifício sólido de educação para a saúde, em particular se queremos deixar espaço inteligente de liberdade para as decisões individuais e não apenas condicioná-las para escolhas só acertadas se tudo der sorte! Importa conhecer melhor os processos de decisão no que à saúde diz respeito ou, pelo menos, inquirir sobre as decisões em função das características demográficas e sociais dos indivíduos. Essa é uma tarefa indispensável a acompanhar em paralelo a implementação de qualquer estratégia de saúde pois que as correções só assim se poderão fundamentar.

Há, contudo, um outro aspeto essencial no contágio das ideias: como os agentes infecciosos, as ideias precisam de veículos transmissores e da proximidade a pessoas suscetíveis. E também por isso nas sociedades de menor densidade populacional se precisa de atender, com especial cuidado, à forma de comunicar nomeadamente para intervir sobre a desinformação.

Ao longo das últimas décadas os aglomerados urbanos cresceram em número, em população e conseqüentemente em complexidade. A sua organização tem como missão responder às expectativas das pessoas que os sustentam, procuram e transformam tendo como finalidade uma vida mais próspera e mais longa. Por isso, desenvolvem e concentram, numa centralidade nem sempre harmoniosa, o essencial da capacidade de promover a saúde, prevenir a doença e assegurar os cuidados curativos, neles integrando, pela sua natureza, os cuidados continuados ou os cuidados paliativos.

São responsáveis por uma pesada estrutura de instituições e serviços, com os seus edifícios e recursos humanos, sob constante pressão para organizar a oferta e responder à demanda das populações.

No planeamento urbano tem que se atender às especificidades variadas que definem o seu campo de ação, mas dois domínios sobressaem: a utilização do solo e os transportes; também estes dois domínios se apresentam como desafios urgentes em saúde pública e a abordagem ideal é interdisciplinar. Há soluções que devem ser partilhadas para minimizar desvantagens. Por exemplo, aumentar a densidade populacional criando cidades compactas pode finalmente resultar em mais espaço pedonal, menos acidentes de trânsito, menos poluição, mais atividade física. Mas isso só é possível com uma grande interação entre técnicos e decisores e, muitas vezes, a intervenção assertiva da regulamentação ou até da taxação. Se estes são aspetos a considerar nas estratégias de saúde das cidades (que internacionalmente se podem definir como aglomerados humanos tendo, pelo menos, 1500 habitantes por Km²) e das áreas suburbanas (pelo menos, 300 habitantes por Km²), muito diversos são os repto quando se lida com áreas rurais, com uma densidade de pouco mais de 10 habitantes por Km², como é o caso de Montalegre. Se as patologias, as causas de doença e de morte individuais são muito semelhantes às de outras áreas do país, a forma como elas se agregam, os determinantes que lhe são mais relevantes e sobretudo a jusante o acesso a cuidados de saúde ou a intervenções curativas são muito diferentes, porque a interação entre pessoas, e entre pessoas e instituições, é também muito diferente, menos frequente e mais distante.

Há assim uma especificidade das estratégias de saúde em municípios como Montalegre que apela à inovação, obriga a uma constante capacidade de adaptação, a uma maior atenção à diferença e um maior cuidado com a equidade. Uma estratégia de saúde dirigida a populações que vivem em comunidades rarefeitas tem que ser ainda mais sensível à informação fina, ao acompanhamento mais próximo, ou seja, é mais dependente de uma informação de qualidade que teima em não ser apanágio das nossas instituições.

Este é o desafio que aqui se apresenta: com o conhecimento possível propor um conjunto de vias que conduzam a ganhos de saúde, mensuráveis e possíveis de demonstrar em 2030. Para isso, traçaremos o perfil exequível da saúde no município,

avaliando os resultados medidos pela carga de doença, a morbilidade e a mortalidade, mas também a dinâmica dos determinantes sociais e económicos, que resultam do território, das estruturas e das pessoas, e se inscrevem na monitorização dos ODS. Igualmente, faremos a recensão da informação considerada útil, mas em falha. Finalmente, partiremos para a proposta de uma estratégia – com a sua visão e missão próprias, e de um plano cujo conteúdo seja traduzido em ações avaliáveis e dê corpo num tempo limitado às opções estratégicas que foram eleitas.

Perfil de Saúde do Município de Montalegre

Capítulo 1 – O território e as pessoas

1.1. O território

Integrando o distrito de Vila Real, o município de Montalegre situa-se no Norte (NUTS 2) de Portugal Continental, no Alto Tâmega e Barroso (NUTS III). Com uma área de 805,46 Km², o município é constituído por 25 freguesias e uniões das freguesias (Figura 1). Cabril, Outeiro, Pitões das Júnias, Tourém e a União das Freguesias de Covelães e Sezelhe – estão inseridas no Parque Nacional da Peneda-Gerês, representando 26,25% da área municipal.



Figura 1. Geografia do município de Montalegre, 2025.

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

Em Montalegre localiza-se o ponto mais elevado da Região Norte, o Pico da Nevosa, com 1546 metros de altitude, situado na Serra do Gerês. A sul, destaca-se a Serra do Larouco, a segunda mais alta de Portugal, que faz fronteira com a Galiza.

O território de Montalegre integra e é uma expressão da cultura do Barroso. Preserva vivências, saberes, paisagens e uma herança rural com que se constituiu a cultura, a história e a identidade do norte de Portugal. O Barroso foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) para a Alimentação e a Agricultura (FAO) como

Património Agrícola Mundial, fazendo da região, desde 2018, a única que em Portugal mereceu tal classificação.

O que teve de mais relevante esse reconhecimento foi o compromisso com ecossistemas agrícolas vivos, envolvendo as comunidades humanas numa relação profunda com o território, com a paisagem cultural e agrícola, com o ambiente biofísico e social, num desafio de compreensão da tradição e de adaptação inteligente à modernidade. O Barroso é uma região agrícola caracterizada pela produção pecuária e pelas culturas típicas das regiões montanhosas.

Os habitantes do Barroso desenvolveram e mantiveram formas de organização social, práticas e rituais que os diferenciam da maioria das populações do país, tendo desenvolvido métodos de exploração e uso consistentes com a invenção de uma sustentabilidade evolutiva.

O comunitarismo é um dos valores mais característico de Barroso, que se fez deles, e também moldou as práticas rurais de vida coletiva. A geografia humana e física contribuíram para uma economia tradicional centrada na criação de gado e na produção de cereais. Se muito desta herança é visto como estímulo para uma economia de serviços (quantitativamente a mais importante em Montalegre) e um recurso para desenvolver o turismo rural e de natureza, interessa considerá-la ainda como o terreno de desenvolvimento de pessoas cujas características físicas e de personalidade lhes inspiram as escolhas de vida e definem as ambições, e que vai ter um efeito indelével na saúde. Sem perscrutar o essencial da relação entre os cidadãos e o seu mundo será devotado a falhar o esforço de imaginar uma estratégia que promova eficazmente a saúde e o bem-estar.

É por isso obrigação saber como evoluíram os valores e encontrar os equivalentes atuais da riqueza patrimonial de exemplos como os fornos comunitários em pedra, que eram utilizados para cozer o pão em dias acordados pela comunidade, ainda existentes em localidades como Parafita, ou os cruzeiros centrais, que funcionavam como pontos de encontro, de comunicação, de decisão e de referência comunitária.

1.2. Caracterização demográfica

População residente

A população de Montalegre cresceu ao longo do século XX até aos anos sessenta, iniciando-se então um movimento de decréscimo dos residentes (Figura 2), consequência das migrações internas e de uma marcada emigração para fora do país. No recenseamento de 2011, o município atingiu aproximadamente metade dos habitantes contados em 1900 e um terço dos presentes em 1960.

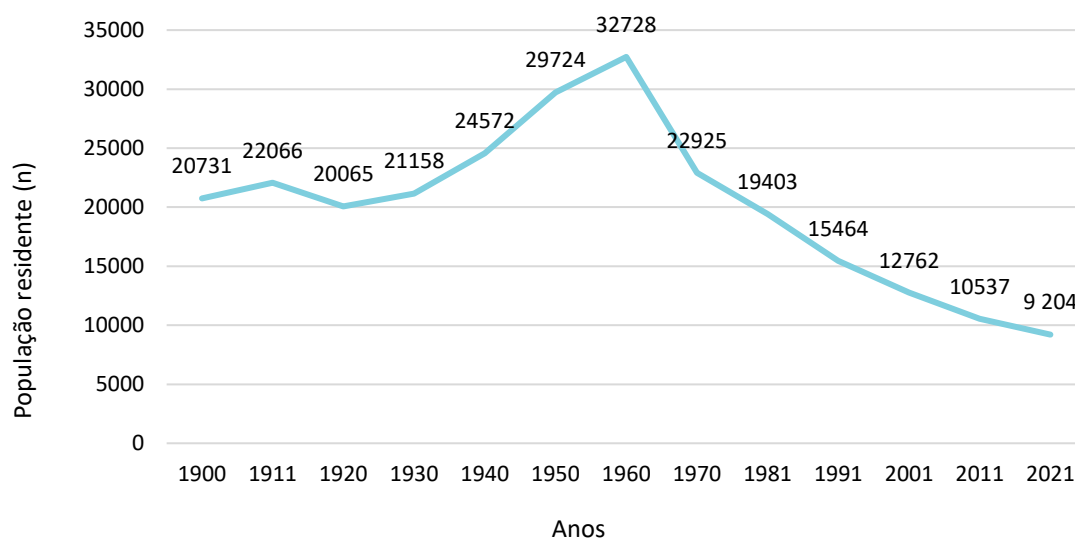


Figura 2. População residente, 1900-2021 – Montalegre.

Fonte: INE, Censos da População Portuguesa.

Entre 2011 e 2021, continuou a observar-se, em ambos os sexos, uma redução da população com entre os 0 e os 59 anos residente em Montalegre, acompanhada por um pequeno aumento da população com 60 ou mais anos, exceto no grupo etário dos 70 a 79 anos do sexo feminino (Figura 3). A pirâmide etária reflete a dinâmica das transições demográfica e epidemiológica que caracterizaram o país e também a região do Barroso: baixa natalidade, baixa mortalidade com aumento da longevidade, emigração na idade ativa e ausência de uma compensação migratória. Contudo, no país observou-se uma intensa imigração no atual decénio, sem expressão semelhante em Montalegre onde a proporção de população estrangeira com estatuto legal de residente se tem mantido baixa e praticamente estável, representando cerca de 1% da população (Tabela 1).

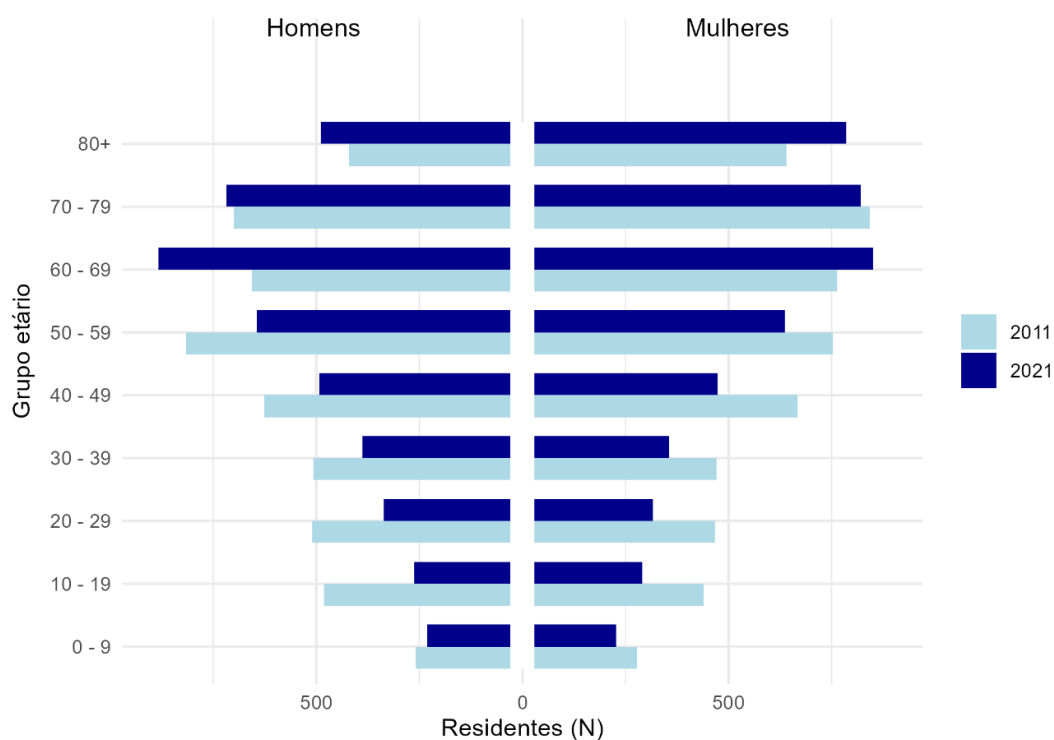


Figura 3. População residente, por sexo e grupo etário, 2021 – Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 19 de março de 2024), Censos 2021.

Tabela 1. Proporção da população estrangeira com estatuto legal de residente (%), 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Localização geográfica	2019	2020	2021	2022	2023
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Portugal	588976 (5,7)	661607 (6,4)	698536 (6,7)	781247 (7,4)	1044238 (9,8)
Alto Tâmega	1182 (1,4)	1285 (1,5)	1398 (1,7)	1479 (1,8)	2074 (2,5)
Montalegre	101 (1,1)	98 (1,1)	100 (1,1)	111 (1,2)	120 (1,3)

Fonte: INE (informação atualizada a 17 de setembro de 2024). População estrangeira com estatuto legal de residente.

Densidade populacional

Como era de esperar, com a perda de população, observou-se no município de Montalegre uma diminuição da densidade populacional. E se a evolução crescente da densidade populacional do país foi sendo acompanhada por Montalegre até à década de sessenta do século XX, a partir dessa data verificou-se uma divergência crescente sendo a densidade populacional do país cerca de dez vezes mais elevada do que no município de Montalegre (Figura 4).

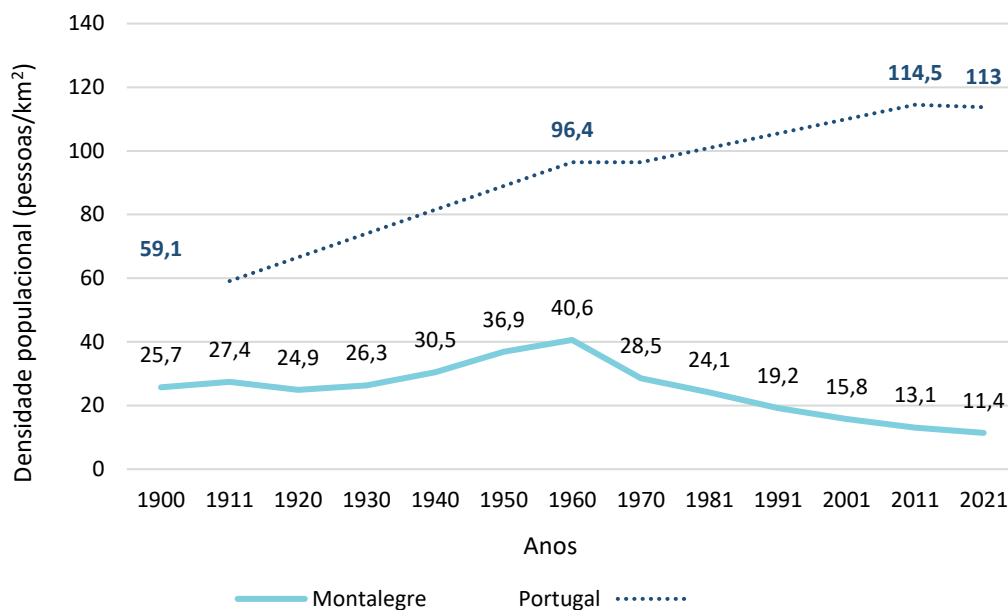


Figura 4. Densidade populacional, 1900-2021 – Montalegre.

Fonte: INE, Censos da População Portuguesa.

Entre 2011 e 2021 a densidade populacional continuou a decrescer, sendo também mais baixa do que a observada na Região do Alto Tâmega (Figura 5).

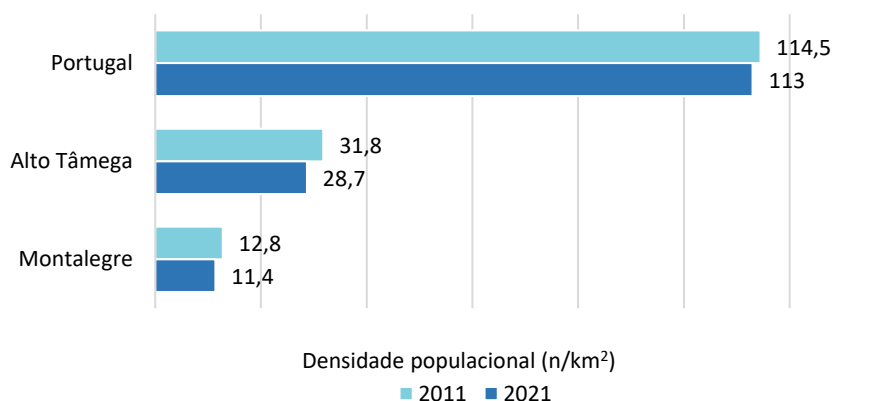


Figura 5. Densidade populacional, 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 19 de março de 2024), Censos 2011/2021.

A densidade populacional da União das Freguesias de Montalegre e Padroso é a mais elevada de todo o município, 59,8 pessoas por Km², enquanto Outeiro registou a menor densidade populacional medida em 2021, com apenas 2,78 habitantes por Km² (Figura 6).

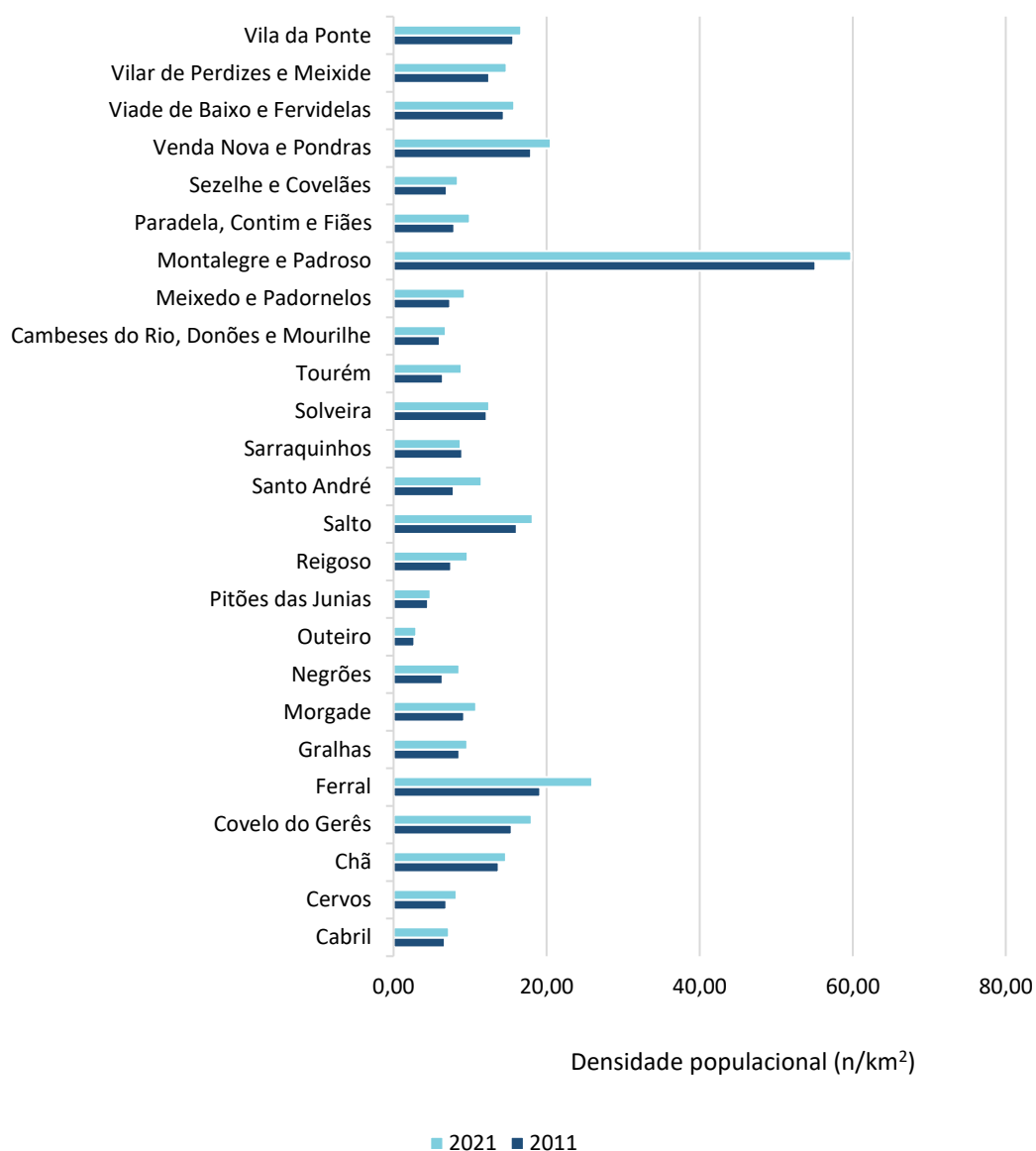


Figura 6. Densidade populacional (pessoas/Km²), 2011 e 2021 nas freguesias e união das freguesias de Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 19 de março de 2024), Censos 2011/2021.

Saldo populacional

No período 2019-23, o crescimento natural foi negativo, entre -1,66% (2019) e -1,29% (2021), e o saldo migratório positivo, com variações anuais entre 1,7% (2019) e 0,37% (2021), resultando em saldo populacional negativo (Figura 7).

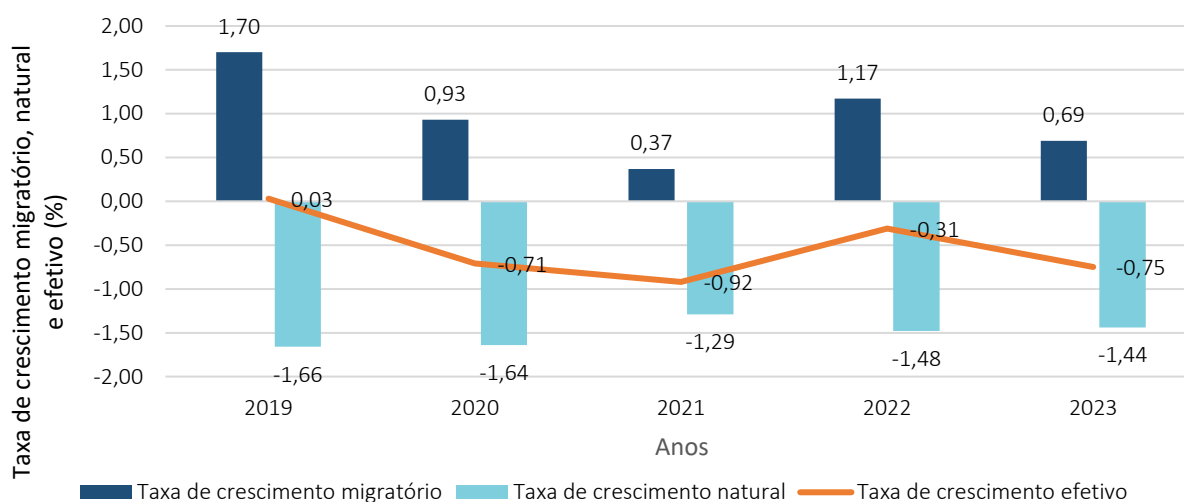


Figura 7. Crescimento natural, migratório e efetivo, 2019-2023 – Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 18 de junho de 2024). Indicadores demográficos.

Índice de envelhecimento

O índice de envelhecimento traduz a relação entre a população idosa e a população jovem através do quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o de pessoas até aos 14 anos, expresso por 100 pessoas entre os 0 e os 14 anos. Entre 2011 e 2023, o índice aumentou, em Montalegre, na Região do Alto Tâmega e em Portugal, mas em Montalegre foi sempre superior, atingindo 541 por 100 em 2023 (Figura 8).

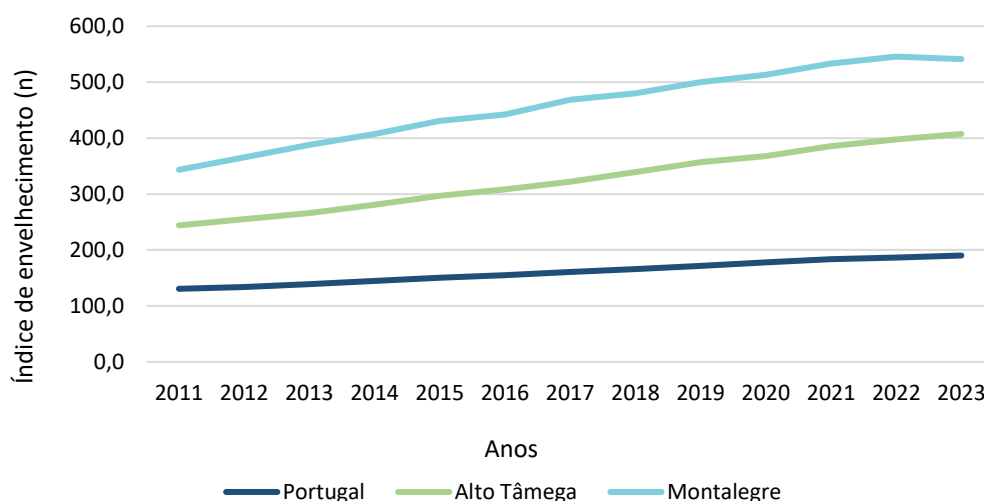


Figura 8. Índice de envelhecimento, 2011-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 18 de junho de 2024). Estimativas anuais da população residente.

Índice de dependência de jovens

Em Portugal, no Alto Tâmega, e em Montalegre vem diminuindo o índice de dependência de jovens - pessoas entre os 0 e os 14 anos por cada 100 pessoas entre os 15 e os 64 anos (Figura 9). Montalegre apresenta os valores mais baixos, refletindo menor pressão dos jovens sobre a população economicamente ativa.

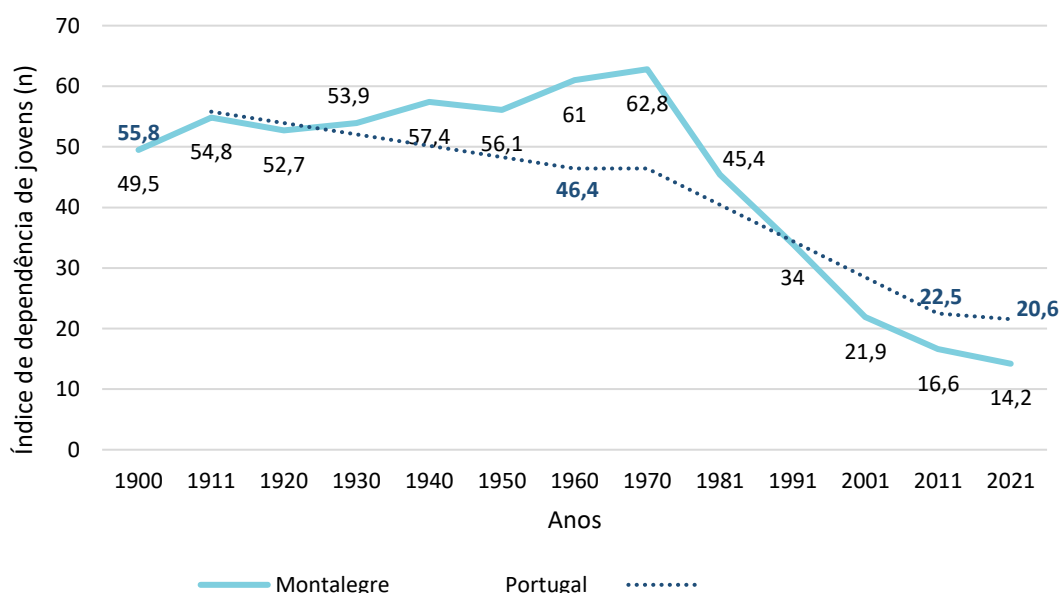


Figura 9. Índice de dependência de jovens, 2011-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 18 de junho de 2024). Estimativas anuais da população residente.

Índice de dependência de idosos

O índice de dependência de idosos representa a razão entre a população idosa (65 ou mais anos) e a população em idade ativa (15-64 anos). Em Montalegre, entre 1900 e 1960, este índice manteve-se aproximadamente constante e semelhante ao restante país, registando-se cerca de 11 pessoas idosas para 100 pessoas em idade ativa. A partir de 1960, o índice de dependência de idosos aumentou consideravelmente, atingindo o valor de 76 no último censo da população, em 2021 (Figura 10).

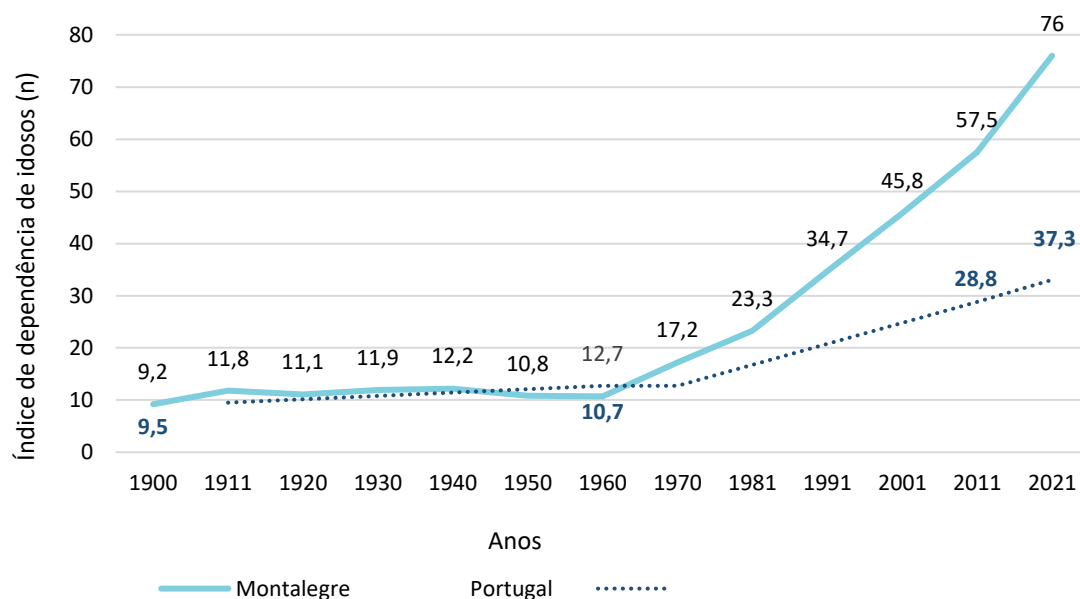


Figura 10. Índice de dependência de idosos, 1900-2021 – Portugal e Montalegre.

Fonte: INE.

Nos anos mais recentes, o município de Montalegre apresenta valores consistentemente mais elevados não só em comparação com o todo nacional, mas também com a região do Alto Tâmega onde se insere. Assim, existe uma elevada pressão sobre a população em idade ativa em Montalegre, com 79 pessoas idosas por cada 100 pessoas entre os 15 e os 64 anos, em 2023.

Índice de dependência total

O índice de dependência total quantifica a relação entre a população economicamente dependente — composta pelos grupos etários dos 0 aos 14 anos e com 65 ou mais anos — e a população em idade ativa — 15 aos 64 anos. No período compreendido entre 2011 e 2023, verificou-se uma tendência crescente deste indicador

no município de Montalegre, como aliás no Alto Tâmega e na generalidade do território nacional, embora mais acentuado em Montalegre (Figura 11).

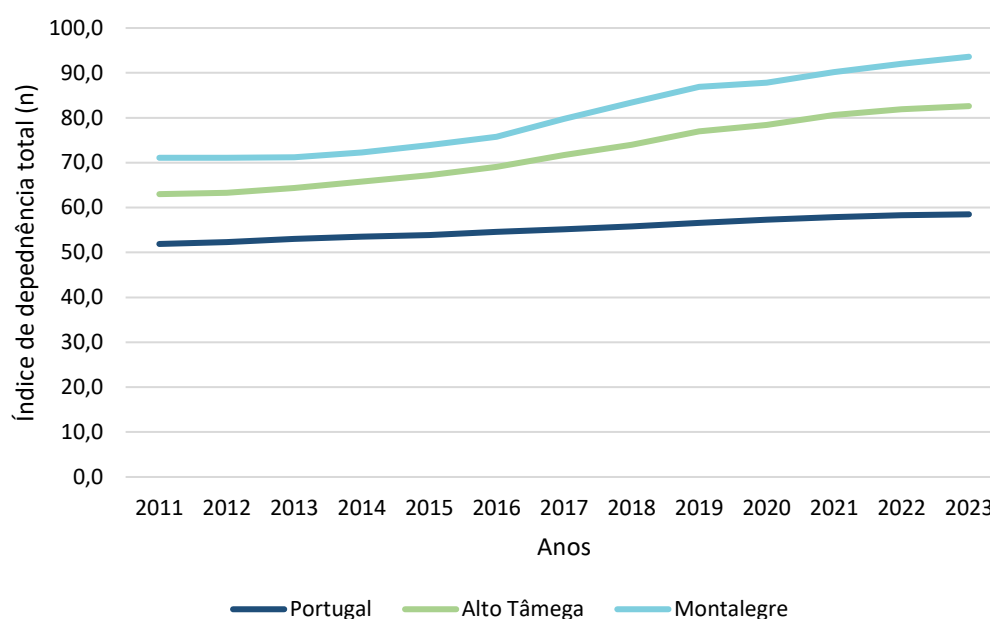


Figura 11. Índice de dependência total, 2011-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 18 de junho de 2024). Estimativas anuais da população residente.

Proporção da população idosa a residir só

Em Montalegre, 30% das pessoas com 65 ou mais anos residem sozinhas, um valor similar ao do Alto Tâmega, mas superior ao de Portugal. A freguesia de Tourém apresenta a mais elevada proporção de idosos a residir sós (43,9%), enquanto Pitões das Júnias tinha em 2021 o valor mais baixo (21,2%) (Tabela 2).

Tabela 2. Proporção da população idosa a residir só (%), 2021 - Portugal, Alto Tâmega e Montalegre, por freguesias e União das Freguesias.

Localização geográfica	(%)
Portugal	24,8
Alto Tâmega	27,4
Montalegre	30,4
Cabril	28,6
Cervos	36,4
Chã	27,4
Covelo do Gerês	31,7
Ferral	24,6
Gralhas	30,9
Morgade	35,6
Negrões	38,5
Outeiro	31,0
Pitões das Júnias	21,2
Reigoso	37,9
Salto	28,2
Santo André	30,0
Sarraquinhos	29,1
Solveira	39,0
Tourém	43,9
UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	35,9
UF de Meixedo e Padornelos	30,6
UF de Montalegre e Padroso	24,2
UF de Paradela, Contim e Fiães	36,9
UF de Sezelhe e Covelães	34,8
UF de Venda Nova e Pondras	30,7
UF de Viade de Baixo e Fervidelas	33,6
UF de Vilar de Perdizes e Meixide	37,0
Vila da Ponte	28,6

Fonte: INE (informação atualizada a 18 de junho de 2024). Indicadores demográficos.

Natalidade

Em Portugal, em 1970 a natalidade bruta foi de 21 nascimentos por 1000 habitantes, decrescendo para 9,6 por 1000 em 2010. Na década 2013-23 oscilou em torno de 8 por 1000. A região do Alto Tâmega e Montalegre apresentaram valores inferiores, cerca de metade (Figura 12).

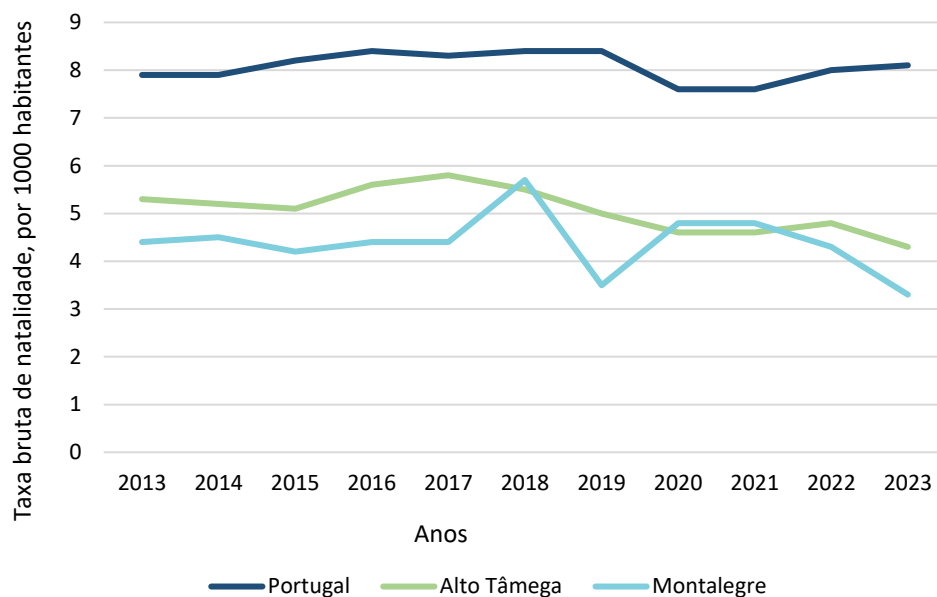


Figura 12. Natalidade bruta (por mil habitantes), 2013-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 18 de junho de 2024). Indicadores demográficos.

A fecundidade geral (número de nados vivos durante um determinado período sobre o número médio de mulheres em idade fértil - 15 a 49 anos - no mesmo período) no município de Montalegre variou entre 25,5 por 1000 mulheres, em 2013 e 22,9 por 1000, em 2023. No entanto, em 2018 observou-se uma fecundidade geral de 39,4, superior à de Portugal e do Alto Tâmega, que importa compreender (Figura 13).

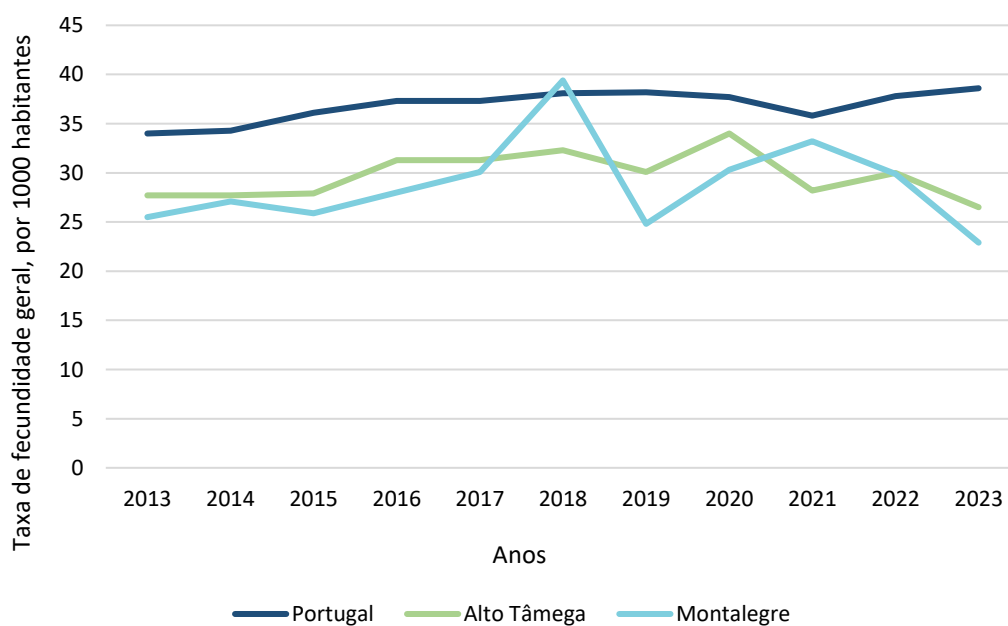


Figura 13. Fecundidade geral (por mil habitantes), 2013-2023 - Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 18 de junho de 2024). Indicadores demográficos.

Capítulo 2 – Recursos comunitários

2.1. Equipamentos sociais

Existem 4 equipamentos sociais para a infância e juventude no município de Montalegre, nenhum atingindo a capacidade máxima de utentes (Tabela 3).

Tabela 3. Equipamentos sociais para a infância e juventude (n), 2024 – Montalegre.

Crianças e Jovens	Equipamentos	Capacidade	Utentes
Creche	1	80	53
Estabelecimentos de educação pré-escolar	3	200	150
Total	4	280	203

Fonte: Carta Social, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Informação consultada em abril de 2025.

Para pessoas idosas existem 18 equipamentos no município (Tabela 4), com 18% das vagas por ocupar. Para adultos com deficiência existe apenas 1 equipamento, com uma taxa de ocupação de 100%. No caso das pessoas em situação de dependência, existem 4 equipamentos com vagas disponíveis para 84 utentes, das quais 59 estão ocupadas.

Tabela 4. Equipamentos sociais para pessoas adultas (n), 2024 – Montalegre.

Pessoas idosas	Equipamentos	Capacidade	Utentes
Centro de dia	3	65	35
Estrutura residencial para pessoas idosas	8	248	235
Serviço de apoio domiciliário a idosos	7	233	178
Total	18	546	448

Pessoas adultas com deficiência	Equipamentos	Capacidade	Utentes
Centro de atividade e capacitação para a inclusão	1	30	30
Total	1	30	30

Pessoas em situação de dependência	Equipamentos	Capacidade	Utentes
Equipas de Cuidados Continuados Integrados	2	44	20
Unidade de Longa Duração e Manutenção	1	30	30
Unidade de Média Duração e Reabilitação	1	10	9
Total	4	84	59

Fonte: Carta Social, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Informação consultada em abril de 2025.

No município existe apenas 1 equipamento para a família e comunidade, cujo número de utentes ultrapassa a capacidade (Tabela 5).

Tabela 5. Equipamentos sociais para a família e comunidade (n), 2024 – Montalegre.

Família e comunidade em geral	Equipamentos	Capacidade	Utentes
Serviço de atendimento e acompanhamento social	1	400	445
Total	1	400	445

Fonte: Carta Social, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
Informação consultada em abril de 2025.

2.2. Equipamentos educativos

No município de Montalegre, a rede escolar está estruturada para assegurar o acesso à educação do pré-escolar até ao ensino secundário, incluindo também ofertas de formação profissional (Tabela 6).

Tabela 6. Rede escolar de natureza institucional pública, ano letivo 2024/2025 – Montalegre.

Agrupamento de Escolas	Designação da Escola	Ciclos de estudos
	Jardim de Infância de Cabril Jardim de Infância de Salto	Educação pré-escolar
Agrupamento de Escolas Dr. Bento da Cruz, Montalegre	Escola Básica e Secundária Dr. Bento da Cruz	2.º e 3.º Ciclos; Secundário; Profissional
	Escola Básica e Secundária do Baixo Barroso – Venda Nova	2.º e 3.º Ciclos; Secundário; Profissional
	Centro Escolar de Montalegre	Pré-escolar; 1.º Ciclo
	Escola Básica de Cabril	Pré-escolar; 1.º Ciclo
	Escola Básica N.º 1 de Salto	Pré-escolar; 1.º Ciclo

Fonte: DGEstE – Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares.

2.3. Equipamentos desportivos e de lazer

Em Montalegre, há uma rede diversificada de equipamentos desportivos e de lazer, distribuídos pelas diferentes freguesias. Destacam-se estádios municipais, piscinas, pavilhões polidesportivos e parques infantis, muitos integrados nas zonas mais rurais do município, reforçando a importância de atividades desportivas e de lazer nas comunidades locais, e refletindo uma oferta desde o recreio infantil e a atividade física ao ar livre até ao desporto federado (Tabela 7).

Tabela 7. Equipamentos desportivos municipais disponíveis em Montalegre, 2025.

Estádios
Estádio Municipal da Lage Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Vilar de Perdizes Gestora Responsável: Grupo Desportivo de Vilar de Perdizes
Estádio Municipal Dr. Diogo Vaz Pereira Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Centro Desportivo e Cultural de Montalegre
Piscinas
Piscina de Santo André Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Santo André Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Santo André
Piscina Municipal de Montalegre Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Infraestruturas Desportivas Multifuncionais
Pavilhão Gimnodesportivo Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Campo do Barracão Entidade Proprietária: Associação A Colmeia Gestora Responsável: Associação A Colmeia
Campo Padre Manuel José Jorge Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Grupo Desportivo e Cultural de Salto
Circuito Internacional de Montalegre Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Complexo Desportivo e Lazer do Eiredo Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Cabril Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Cabril
Polidesportivos
Polidesportivo Aldeia Nova Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Chã Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Chã
Polidesportivo da Corujeira Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Polidesportivo da Lamachã Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Negrões Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Negrões

Polidesportivo da Vila da Ponte Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Vila da Ponte Gestora Responsável: União de Freguesias de Viade de Baixo e Fervidelas
Polidesportivo de Ferral Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Ferral Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Ferral
Polidesportivo de Morgade Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Morgade Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Morgade
Polidesportivo de Santo André Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Santo André Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Santo André
Polidesportivo de São Vicente Entidade Proprietária: Junta de Freguesia da Chã Gestora Responsável: Junta de Freguesia da Chã
Polidesportivo de Sarraquinhos Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Sarraquinhos Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Sarraquinhos
Polidesportivo de Sidrós Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Ferral Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Ferral
Polidesportivo de Vilar de Perdizes e Ginásio ao Ar Livre Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Vilar de Perdizes Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Vilar de Perdizes
Polidesportivo nos Pisões Entidade Proprietária: União de Freguesias de Viade de Baixo e Fervidelas Gestora Responsável: União de Freguesias de Viade de Baixo e Fervidelas
Polidesportivo Salto (Torrão da Veiga) Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Salto
Polidesportivo Venda Nova Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: União de Freguesias de Venda Nova e Pondras
Parques Infantis
Parque Infantil Bairro Albino Fidalgo I (Bairro do Castro) Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Parque Infantil Bairro Albino Fidalgo II (Cerrado) Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Parque Infantil da Escola EB1 de Montalegre Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre

Parque Infantil da Pipela Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Parque Infantil de Santo André Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Santo André Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Santo André
Parque Infantil de São Vicente Entidade Proprietária: Junta de Freguesia da Chã Gestora Responsável: Junta de Freguesia da Chã
Parque Infantil de Vilar de Perdizes Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Vilar de Perdizes Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Vilar de Perdizes
Parque Infantil do Cávado II (Parque Fernando Rodrigues) Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Parque Infantil do Complexo de Eiredo Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Cabril Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Cabril
Parque Infantil e Ginásio ao Ar Livre – circuito de máquinas Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Pitões das Júnias Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Pitões das Júnias
Parque Infantil e Ginásio ao Ar Livre – circuito de máquinas (Campo Pequeno) Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Parque Infantil e Ginásio ao Ar Livre – máquinas de fitness Entidade Proprietária: Junta de Freguesia de Solveira Gestora Responsável: Junta de Freguesia de Solveira
Parque Infantil e Ginásio ao Ar Livre – Torrão da Veiga Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre
Parque Infantil EB1 de Cabril Entidade Proprietária: Câmara Municipal de Montalegre Gestora Responsável: Câmara Municipal de Montalegre

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

2.4. Equipamentos culturais

Os equipamentos culturais do município refletem a diversidade e a riqueza do seu património histórico e cultural, e desempenham um papel essencial na promoção da cultura local, na valorização das tradições e na dinamização da vida comunitária. Através de museus, centros interpretativos, bibliotecas e espaços expositivos, Montalegre pode promover a herança cultural barroã, criando oportunidades para que residentes e visitantes explorem a história, a arte e a identidade do município, não se devendo esquecer que podem e devem ser um fator relevante para a promoção da qualidade de vida e a saúde dos habitantes (Tabela 8).

Tabela 8. Estruturas culturais no município de Montalegre.

Castelo de Montalegre
A sua construção iniciou-se em 1279 e teve como principal finalidade a defesa militar, dada a sua localização de fronteira com a Galiza. Apesar do seu propósito original, nunca foi utilizado em contexto de conflito, uma vez que a convivência entre as populações da região manteve-se pacífica ao longo dos séculos. Atualmente, o castelo está preservado e permite a visita às suas torres, com vistas panorâmicas sobre a paisagem envolvente.
Ecomuseu do Barroso
Situado nas imediações do castelo, o Ecomuseu do Barroso apresenta uma coleção representativa da história, cultura e tradições locais, destacando os principais elementos que marcaram o desenvolvimento das regiões de Montalegre e Boticas. O espaço inclui ainda uma loja com produtos regionais.
Museu Costa – Zona industrial de Montalegre
O Museu Costa reúne uma coleção privada de veículos motorizados antigos e está acessível ao público durante os fins de semana.
Centro Interpretativo do Planalto de Mourela
Centro Interpretativo do Lobo Ibérico
Centro para a Valorização do Barroso
O Centro SIPAM do Barroso (Sistemas Importantes do Património Agrícola Mundial do Barroso), está instalado no antigo Centro de Formação Agrícola de Aldeia Nova. Trata-se de um investimento que valoriza uma identidade coletiva, com instalações de excelência que integram o Centro de Apoio à Realização de Atividades de Montanha e o Centro de Demonstração e Prova de Produtos Endógenos. Este espaço dinamizador da certificação da FAO, engloba divulgação, estudo e degustação, mas também investigação sobre este território onde os habitantes mantiveram, durante séculos, as práticas agrícolas, silvícolas ou pastoris.

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

2.5. Equipamentos de saúde

No âmbito da reforma da organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), implementada em 2024, foi criada a Unidade Local de Saúde (ULS) de Trás-os-Montes e Alto Douro, a qual integrou o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, assim como 3 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): o ACES de Trás-os-Montes – Alto Tâmega e Barroso; o ACES Douro I – Marão e Douro Norte e o ACES Douro II – Douro Sul.

A sede da UCSP de Montalegre localiza-se na vila de Montalegre e serve, sobretudo, a população que reside na zona norte e nordeste do município. Os restantes polos, localizados em Salto, Venda Nova, Ferral e Cabril fornecem suporte à população residente no sul e sudoeste de Montalegre, através de cuidados prestados por médicos e enfermeiros.

O município de Montalegre conta com quatro farmácias, duas localizadas na União das Freguesias de Montalegre e Padroso (Farmácia Caldas e Farmácia Canedo), uma na União das Freguesias de Vilar de Perdizes e Meixide (Farmácia Martins) e outra na freguesia de Salto (Farmácia Central do Salto). Esta distribuição reflete uma maior concentração de farmácias em localidades com maior densidade populacional, carecendo deste tipo de equipamentos as freguesias e uniões das freguesias menos centrais.

Os tempos médios de deslocação, em minutos, às unidades de saúde mais próximas (hospital e centro de saúde) apresentam uma distribuição assimétrica no território municipal. As freguesias e uniões das freguesias com maiores núcleos populacionais apresentam tempos de deslocação inferiores, nomeadamente, Montalegre e Padroso, Salto, Ferral, Venda Nova e Pondras, Meixedo e Padornelos, Cabril, Covelo do Gerês e Gralhas. Pelo contrário, Tourém apresenta o maior tempo médio de deslocação, sendo a freguesia com piores indicadores de acessibilidade aos cuidados de saúde (Figura 14).

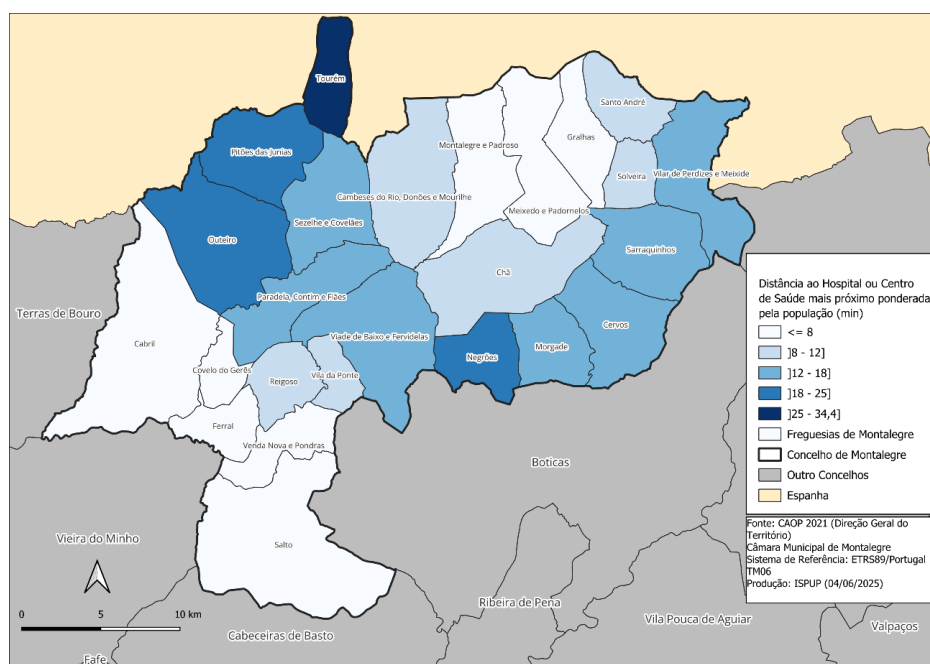


Figura 14. Distância viária ao Hospital ou Centro/Extensão de Saúde mais próximo/a (em minutos) – Montalegre, por freguesias e união das freguesias. **Fonte:** CAOP 2021 (Direção Geral do Território) e ISPUP.

No caso das farmácias, observam-se tempos de deslocação inferiores a 10 minutos, sobretudo nas freguesias e uniões das freguesias localizadas a nordeste do município, incluindo Montalegre e Padroso, Meixedo e Padornelos, Gralhas, Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe e Chã. Contrariamente, para as freguesias localizadas a sul e a sudoeste, os tempos de deslocação são maiores, atingindo em Cabril mais de 50 minutos (Figura 15).

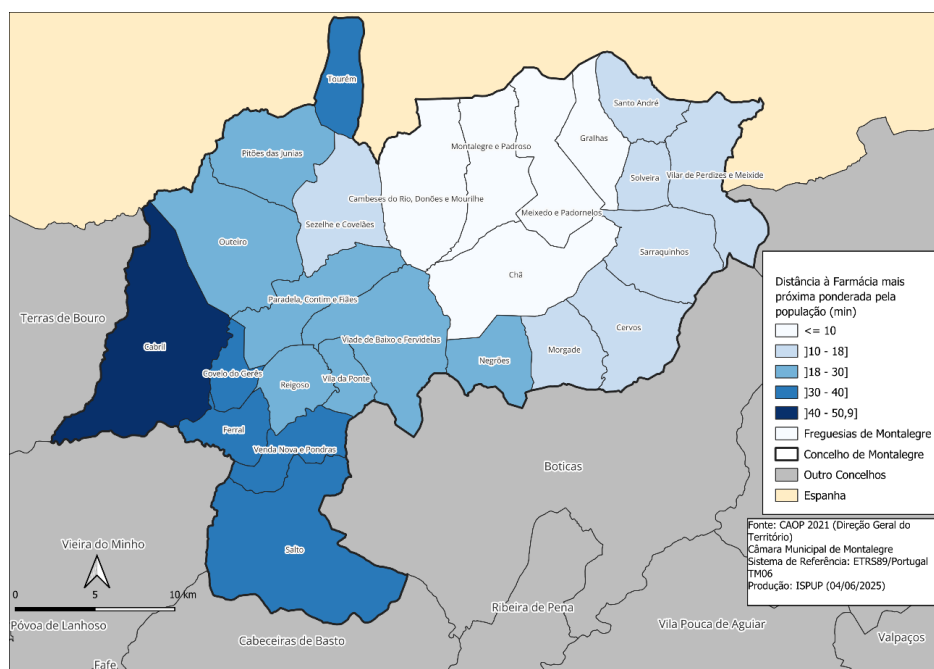


Figura 15. Distância viária à farmácia mais próxima (em minutos) – Montalegre, por freguesias e união das freguesias. **Fonte:** CAOP 2021 (Direção Geral do Território) e ISPUP.

Capítulo 3 – A Saúde – Determinantes e resultados através dos ODS

Enquadramento

Nunca é demais lembrar que a saúde "é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", definição que resultou das longas discussões encetadas durante a primeira Conferência de Saúde Internacional que teve lugar em Nova Iorque, em 1946 e que foi aceite como um compromisso internacional aquando da criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948.

Importa também recordar que, como se escreve no Preâmbulo da Constituição da OMS, "o gozo do mais elevado nível de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição económica ou social". Embora de forma menos explícita mas mais abrangente, se reconhece também o primado da saúde no artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: "toda a gente tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência por circunstâncias fora de seu controlo", bem como lembra que "a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais". Assim se evocam valores e determinantes da saúde que estão para além das características individuais ou das circunstâncias biológicas, considerando a responsabilidade dos contextos sociais e políticos.

A Constituição da República Portuguesa (Artigos 64.º e 63.º) não só incorpora os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, como vai além ao identificar obrigações do Estado e criar mecanismos concretos para garantir esses direitos — como sejam o Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social.

Sabemos bem que a saúde e a doença se distribuem de forma desigual entre pessoas e comunidades, territórios e países. Perceber essa desigualdade é essencial simultaneamente para compreender como e qual é a dimensão do modificável, e

sobretudo do prevenível, desenvolvendo instrumentos e intervenções eficientes para aumentar o capital de saúde e diminuir a carga de doença. Ou seja, não basta conhecer o quantitativo de diferentes indicadores de saúde, recolher métricas, mas há que pensar esses indicadores em perspetiva, tendo em vista os fatores sociais, comerciais e políticos que os determinam. E fazê-lo sempre de modo a não “culpar a vítima” – ou seja, os indivíduos que afinal têm grande limitação para fazer escolhas – mas antes identificando de que modo os vários níveis de ação global, nacional ou regional interferem na dinâmica local de saúde e a podem modificar.

Falamos cada vez mais em saúde planetária, tendo compreendido que a saúde humana e a civilização humana dependem de sistemas naturais que estão a ser degradados a um nível sem precedentes, com ameaças ambientais para as quais os atuais modelos de governação são inadequados. É necessário um novo foco na melhoria da qualidade de vida e na oferta de cuidados de saúde para todos, promovendo padrões de consumo sustentáveis e equitativos (2015, *The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health*), e isto transporta-nos para uma aproximação ainda mais complexa que a de uma saúde única. Em Montalegre, esta preocupação é de uma grande pertinência tanto pelo seu carácter de Património Agrícola Mundial, como pela sua exemplaridade num espaço nacional progressivamente mais desequilibrado na distribuição populacional e na desigualdade geográfica dos recursos investidos.

As organizações internacionais, multilaterais, continuam a desenvolver esforços no sentido de reduzir as desigualdades nos mais diversos aspetos da vida social. Assim, foram adotados pelas Nações Unidas em Nova Iorque, em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com o compromisso de trabalhar para a sua plena implementação até 2030. Foi então decidido “erradicar a pobreza e a fome em todo o lado; combater as desigualdades dentro e entre países; construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas; proteger os direitos humanos e promover a igualdade de género e a emancipação das mulheres e raparigas; e assegurar a proteção duradoura do planeta e dos seus recursos naturais”, vislumbrando “um mundo livre de pobreza, fome, doença e miséria, onde toda a vida possa prosperar... um mundo livre de medo e violência. Um mundo com literacia universal. Um mundo com acesso equitativo e universal a uma educação de qualidade a todos os níveis, à assistência médica e à proteção social, onde o bem-estar físico, mental e social seja assegurado”.

Foi reconhecido que os dados de referência para várias das metas continuavam indisponíveis e foi feito um apelo a que os Estados reforçassem a recolha de dados, e desenvolvessem as linhas de base nacionais e globais onde não existissem. Sem informação em tempo útil, de qualidade e partilhada de forma transparente, sem métricas padronizadas, torna-se impraticável fundamentar a evolução do progresso em direção aos objetivos – é mesmo verdadeiramente impossível estabelecê-la com seriedade.

A informação que descreve e analisa a realidade portuguesa social e de saúde, particularmente à medida que caminhamos para os níveis mais avançados de desagregação, caracteriza-se também pela fragmentação e, com excessiva frequência, até pela ausência. Propor exercícios de estratégia e planeamento nestas circunstâncias pode resultar em pouco mais que declarações banais ou então arriscadas fantasias.

Apesar de todas as dificuldades, o processo que nos pode levar até 2030, bem como os resultados esperados constituem desafios extraordinários à nossa capacidade de melhorar a saúde. Tanto no que tem de mais diretamente governável, como enquanto potenciação de múltiplas dimensões da organização social das comunidades. Por isso, assistimos a um esforço concertado de entidades públicas e privadas em se reverem nesse caminho em direção aos objetivos, congregarem vontades e competências, e sobretudo a uma monitorização do percurso para poder intervir. Os municípios portugueses estão nesse desafio e seguem a evolução dos indicadores.

A estratégia consiste, então, em incorporar o esforço da identificação dos objetivos internacionalmente negociados, identificar aquilo que já está resolvido e acompanhar cuidadosamente o que há que melhorar, estar atento à mudança que no mundo e no nosso espaço se vai concretizando e integrá-la na observação do percurso em direção às metas aceites, com a missão de garantir que Montalegre é um município saudável, pois acompanha e intervém nos determinantes da saúde na sua mais alargada aceção.

Montalegre acompanha 136 indicadores de referência distribuídos pelos 17 ODS. Em termos gerais, apresenta-se o progresso atual para cada ODS (Figura 16). É evidente o atraso no caminho para atingir o objetivo 3 – Saúde de qualidade, em relação ao qual esta Estratégia Municipal de Saúde deverá particularmente ser útil a encontrar as soluções apropriadas.

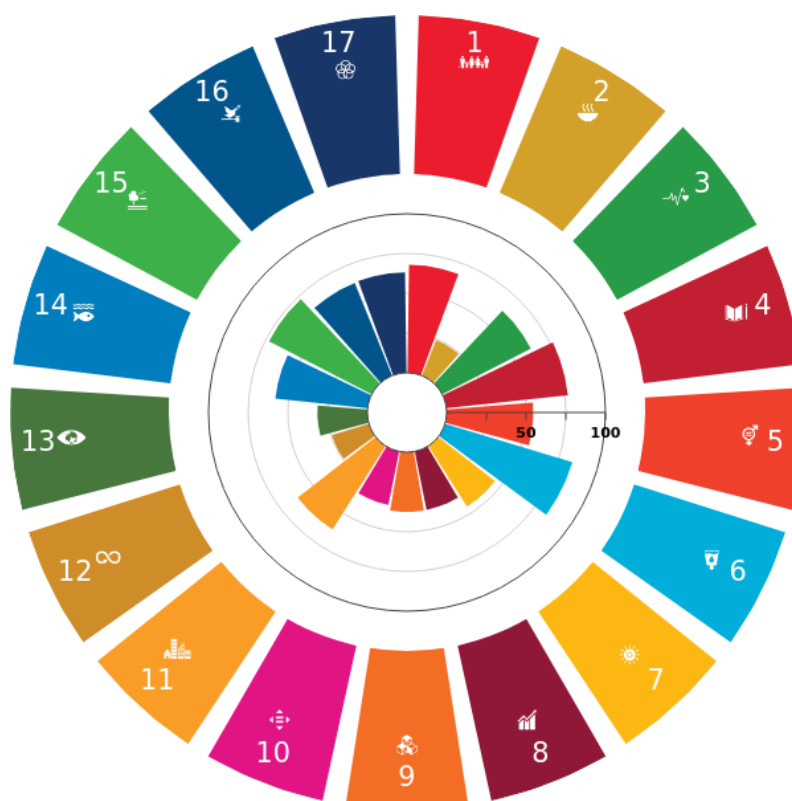


Figura 16. Desempenho dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no município de Montalegre.
Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Os indicadores considerados para a construção do gráfico polar municipal de Montalegre são os indicadores de referência, ou seja, indicadores comuns a todos os municípios de Portugal, cuja seleção é da responsabilidade da Plataforma ODS Local, respeitando os seguintes critérios:

Alinhamento	Indicadores alinhados, de forma direta, com os da ONU – ou indicadores indiretos alternativos (<i>proxies</i>), quando a sua inexistência ou as especificidades nacionais e/ou municipais o exigirem.
Diacronia	Indicadores que registem as modificações ocorridas ao longo do tempo (séries temporais), estando garantidos métodos de recolha compatíveis e informação relativa a vários momentos distintos.
Desagregação	Indicadores desagregados à escala do município, de forma a permitir uma caracterização fiável e comparável de cada um dos territórios.
Representatividade	Indicadores para os quais existem dados para a maioria dos municípios (com exceção do ODS 14 – “Proteger a Vida Marinha”).
Fiabilidade	Indicadores cuja fonte de informação são entidades públicas de âmbito nacional (e.g., INE) e outras instituições produtoras e/ou fornecedoras de informação estatística nacional (e.g., Direções Gerais e Institutos Públicos) a partir de dados obtidos de forma rigorosa e com metodologias conhecidas e comparáveis.

O comprimento do raio relativo a cada um dos ODS representa o valor médio aritmético do progresso cumulativo dos indicadores de referência desse mesmo ODS, correspondendo a sua magnitude ao posicionamento do último valor observado em relação aos respetivos valor-base e valor-meta. A sinalética para cada indicador de referência visa refletir o seu desempenho tendo em conta: 1) a definição dos valores-limite (base e meta); 2) a normalização de valores e 3) a análise do desempenho dos municípios a dois níveis: distância ao valor-meta, evolução da tendência (https://odslocal.pt/perguntas-frequentes#indicadores_progresso), de acordo com a seguinte sinalética:

	O valor observado mais recente em Montalegre já atingiu o valor meta de 2030.
	O valor observado mais recente em Montalegre ainda não atingiu o valor meta, mas situa-se a mais de metade do caminho até 2030.
	O valor observado mais recente em Montalegre é melhor que o valor base, mas situa-se a menos de metade do caminho até 2030.
	O valor observado mais recente em Montalegre está aquém do valor base.
	Se a tendência observada se mantiver, Montalegre irá atingir o valor meta até 2030.
	Se a tendência observada se mantiver, Montalegre não atingirá o valor meta, mas ficará a mais de metade do caminho até 2030.
	Se a tendência observada se mantiver, Montalegre não atingirá o valor meta e ficará a menos de metade do caminho até 2030.
	Se a tendência observada se mantiver, Montalegre não atingirá o valor meta e ficará aquém do valor base até 2030.



ODS 1 – Erradicar a pobreza

Para o cumprimento do ODS 1, é fundamental atuar na promoção da inclusão social, na redução de desigualdades evitáveis e no fortalecimento de redes de apoio, garantindo que nenhum munícipe fique para trás. A erradicação da pobreza é fundamental para o bem-estar comunitário e para um futuro sustentável com mais saúde. O conhecimento exato dos cidadãos pobres e em risco de pobreza merece uma avaliação cuidada e a sua diminuição será um grande indicador de sucesso também em saúde.

Indicadores de referência

	Valor médio do subsídio de desemprego da segurança social (€)
	Beneficiárias/os do rendimento social de inserção, da segurança social por 1.000 habitantes em idade ativa (%)
	Proporção de beneficiárias/os de subsídios de doença da segurança social em relação à população em idade ativa (15-64 anos) (%)
	Proporção de novas/os beneficiárias/os de subsídios de desemprego da segurança social em relação à população em idade ativa (15-64 anos) (%)
	Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%)
	Proporção de alojamentos servidos por abastecimento de água (%)
	Proporção de população desempregada e inscrita nos centros de emprego e de formação profissional (%)
	Proporção de participação comunitária em projetos cofinanciados no total de receitas de capital das câmaras municipais (%)
	Proporção de aquisições de bens de capital no total de despesas das câmaras municipais (%)
	Valor médio das pensões da segurança social (€)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Habitação

De acordo com o recenseamento da população e habitação de 2021, no município de Montalegre só 0,03% população reside em alojamentos familiares não clássicos. Isto quer dizer que só 3 ou 4 pessoas vivem em alojamento que não satisfaz inteiramente as condições do chamado alojamento familiar, pelo tipo e precariedade da construção, porque é móvel, improvisado e não foi construído para habitação, mas funciona como residência habitual de, pelo menos, uma família. Em Montalegre, esse valor é percentualmente inferior tanto ao do Alto Tâmega e Barroso como ao de Portugal (Tabela 9). Será muito mais importante agir numa perspetiva dirigida ao problema da habitação (e não no âmbito de avaliações genéricas) recenseando as características das residências por critérios bem definidos de conforto e salubridade geral. Talvez esse conhecimento nos aproxime mais das necessidades da população, e informe políticas de reabilitação que não terão merecido a atenção desejável.

Tabela 9. Proporção da população residente em alojamentos familiares não clássicos de residência habitual (%), 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

2021	(%)
Portugal	0,11
Alto Tâmega	0,09
Montalegre	0,03

Fonte: INE (informação atualizada a 19 de março de 2024), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

A proporção de agregados familiares com aquecimento central em Montalegre está em linha com a região do Alto Tâmega, muito superior ao todo nacional, como de esperar da natureza mais extrema das condições climáticas (Tabela 10). O aquecimento não central, em particular a lareira aberta, é a principal fonte de aquecimento nos agregados familiares residentes neste município. Esta forma de aquecimento, além de pouco eficiente, é fonte importante de acidentes domésticos e contribui para a má qualidade do ar interior, responsável por patologia respiratória crónica. Desconhece-se o seu real efeito na saúde em Montalegre, mas sendo a sua frequência entre freguesias muito variada, podem daí retirar-se chaves de interpretação para as desigualdades de indicadores de saúde entre freguesias. A informação existente, faz com que se possam e devam tomar desde já medidas de mitigação e a promoção de fontes alternativas de calor mais eficientes.

Tabela 10. Proporção de agregados domésticos privados nos alojamentos familiares clássicos de residência habitual por tipo de aquecimento utilizado com maior frequência (%), 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre, por freguesias e união das freguesias.

	Aquecimento central	Aquecimento não central				Nenhum
		Lareira aberta	Recuperador de calor	Aparelhos móveis (e.g., aquecedores elétricos, a gás)	Aparelhos fixos (e.g., salamandra, aquecedores de parede)	
Portugal	14,0	14,3	7,4	28,4	5,8	30,2
Alto Tâmega	34,7	28,9	15,4	8,8	3,9	8,3
Montalegre	32,2	41,1	14,6	3,8	2,3	5,9
Cabril	21,6	53,3	17,6	1,0	2,0	4,5
Cervos	25,2	51,4	15,9	0,9	0,9	5,6
Chã	36,8	46,2	9,0	1,4	1,4	5,1
Covelo do Gerês	11,3	53,2	16,1	3,2	1,6	14,5
Ferral	13,6	47,2	25,6	5,6	1,6	6,4
Gralhas	38,1	51,5	8,2	1,0	1,0	0,0
Morgade	28,9	34,4	24,4	2,2	2,2	7,8
Negrões	24,6	35,4	27,7	3,1	6,2	3,1
Outeiro	27,6	51,7	13,8	0,0	0,0	6,9
Pitões das Júnias	50,0	22,7	18,2	3,0	1,5	4,5
Reigoso	9,1	69,7	13,6	0,0	1,5	6,1
Salto	32,4	36,8	18,1	3,1	2,3	7,2
Santo André	25,7	51,4	14,3	2,9	2,9	2,9
Sarraquinhos	25,2	63,1	5,8	1,0	1,0	3,9
Solveira	53,2	28,6	11,7	1,3	2,6	2,6
Tourém	32,1	46,4	8,9	3,6	3,6	5,4
UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	35,9	48,4	10,2	1,6	1,6	2,3
UF de Meixedo e Padornelos	37,1	35,5	17,7	3,2	0,8	5,6
UF de Montalegre e Padroso	47,1	19,3	13,2	10,3	5,1	5,1
UF de Paradela, Contim e Fiães	22,1	54,1	15,6	3,3	0,0	4,9
UF de Sezelhe e Covelães	39,1	40,0	14,8	0,9	1,7	3,5
UF de Venda Nova e Pondras	29,3	46,0	12,7	2,0	1,3	8,7
UF de Viade de Baixo e Fervidelas	21,3	51,4	12,2	4,5	2,1	8,4
UF de Vilar de Perdizes e Meixide	26,9	47,2	15,7	3,2	0,9	6,0
Vila da Ponte	24,7	45,5	7,8	1,3	2,6	18,2

Fonte: INE (informação atualizada a 19 de março de 2024), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

Em Montalegre, cerca de 10% dos alojamentos familiares estão sobrelotados, um pouco mais que na região do Alto Tâmega, mas menos que no todo nacional. A freguesia de Sarraquinhos regista a maior proporção de alojamentos familiares sobrelotados (17,5%) e Gralhas a menor (2,1%) (Tabela 11).

Tabela 11. Proporção de alojamentos familiares clássicos (de residência habitual) sobrelotados (%), 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre, por freguesias e união das freguesias.

	(%)
Portugal	12,7
Alto Tâmega	7,5
Montalegre	9,9
Cabril	14,1
Cervos	14,0
Chã	6,9
Covelo do Gerês	12,9
Ferral	4,8
Gralhas	2,1
Morgade	4,4
Negrões	6,2
Outeiro	10,3
Pitões das Júnias	15,2
Reigoso	6,1
Salto	9,7
Santo André	5,7
Sarraquinhos	17,5
Solveira	11,7
Tourém	10,7
UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	14,1
UF de Meixedo e Padornelos	13,7
UF de Montalegre e Padroso	10,7
UF de Paradela, Contim e Fiães	11,5
UF de Sezelhe e Covelães	8,7
UF de Venda Nova e Pondras	6,7
UF de Viade de Baixo e Fervidelas	12,9
UF de Vilar de Perdizes e Meixide	6,9
Vila da Ponte	2,6

Fonte: INE (informação atualizada a 19 de março de 2024), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

De acordo com a Estratégia Local de Habitação, o município de Montalegre dispõe de um total de 148 fogos de habitação social, com distribuição predominante nas freguesias de Salto (69,5%) e os restantes 30,5% na União de Freguesias de Montalegre e Padroso (Tabela 12). Adicionalmente, registam-se em 2025 quatro famílias em lista de espera para habitação municipal de arrendamento social, as quais beneficiam atualmente de um programa de apoio à renda. De acordo com a informação disponibilizada pela Câmara Municipal de Montalegre, não foram identificadas pessoas em situação de sem-abrigo no município.

Tabela 12. Fogos de habitação social, 2023 – Montalegre.

Identificação	Freguesia ou União de Freguesias	Nº de fogos municipais
Núcleo da Borralha	Salto	103
Agrupamento Ex-Car	Montalegre e Padroso	5
Construção Prédio Albino Fidalgo I	Montalegre e Padroso	18
Construção Prédio Albino Fidalgo II	Montalegre e Padroso	18
Aquisição fogos Albino Fidalgo	Montalegre e Padroso	4
Total do município	-	148

Fonte: Estratégia Local de Habitação de Montalegre, 2023.

Saliente-se que a meta 1.4 – Proporção de alojamentos servidos por abastecimento de água – foi atingida em 2014 e permanece em 100%.

Emprego

De 2011 e 2022, o desemprego oscilou em Montalegre, entre um máximo de 8,2%, em 2015 e um mínimo de 5,4% em 2018, superior à de Portugal nos últimos anos (Figura 17).

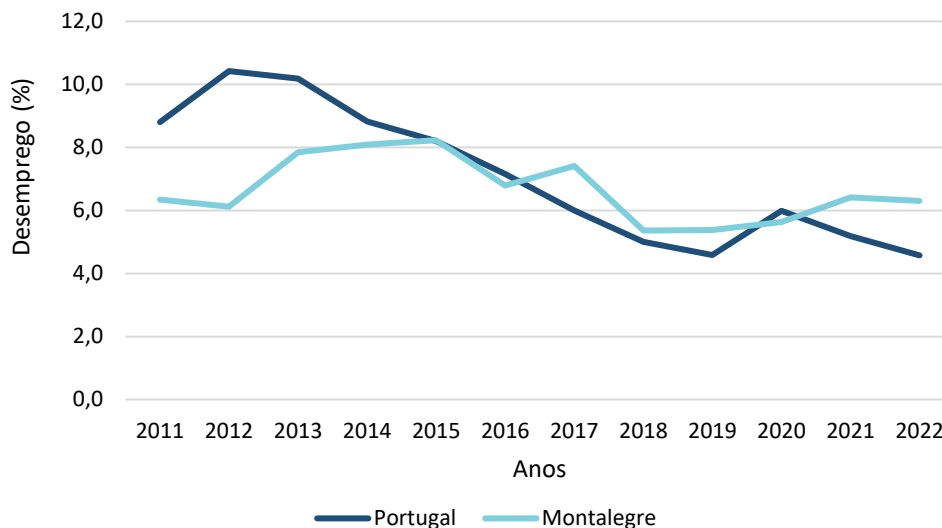


Figura 17. Desemprego (%), 2011-2022 – Portugal e Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 5 de fevereiro de 2025), Inquérito ao emprego (Séries - 2021).

A partir de 2013, o desemprego na população do sexo masculino residente no município foi superior à do sexo feminino, mantendo-se esta tendência até 2022. Contudo, a evolução do desemprego ao longo do período em análise foi semelhante em ambos os sexos (Figura 18) e superior no grupo etário dos 25 aos 34 anos. As razões permanecem por conhecer em profundidade, bem como a sua relação com a saúde (Figura 19).

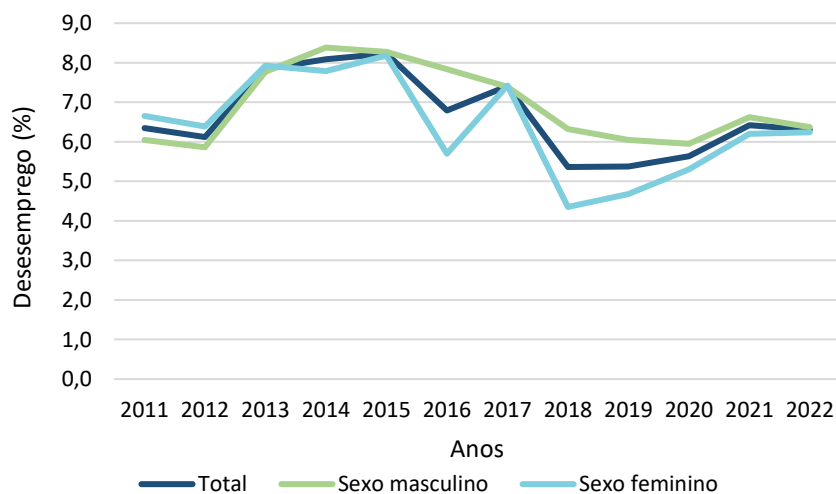


Figura 18. Desemprego (%), por sexo, 2011-2022 – Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 5 de fevereiro de 2025), Inquérito ao emprego (Séries - 2021).

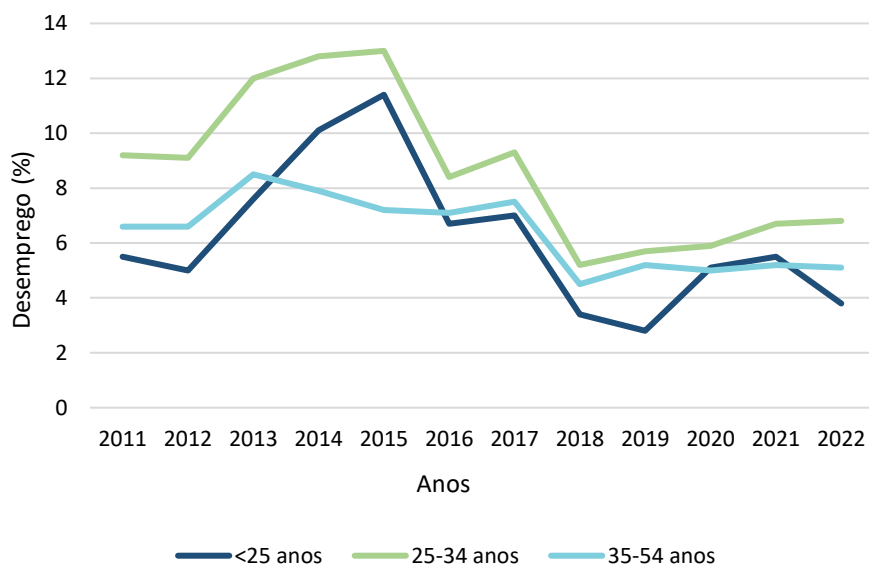


Figura 19. Desemprego (%), por grupo etário, 2011-2022 – Montalegre.

Fonte: INE (informação atualizada a 5 de fevereiro de 2025), Inquérito ao emprego (Séries - 2021).

Segundo os dados disponíveis, no âmbito do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas, 61 famílias – o que corresponde a, aproximadamente, 126 pessoas – beneficiam no ano de 2025 de apoio alimentar no município de Montalegre.



ODS 2 – Erradicar a fome

O ODS 2 propõe, até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular dos pobres e das pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo as crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano, assim como acabar com todas as formas de malnutrição, incluindo até 2025, as metas acordadas internacionalmente sobre o nanismo e a emaciação em crianças com menos de 5 anos. São também objetivos satisfazer as necessidades nutricionais dos adolescentes, grávidas e lactantes, e idosos. Esses são objetivos há muito ultrapassados em Portugal. Mas em relação a outras metas é essencial facilitar práticas agrícolas sustentáveis, circuitos curtos de produção e iniciativas de educação alimentar. A garantia de uma alimentação digna e sustentável é a base para uma comunidade saudável e resiliente. Montalegre tem uma especial responsabilidade neste domínio enquanto Património Agrícola Mundial. A saúde no futuro depende fundamentalmente da capacidade de assegurar um acesso equitativo a alimentação saudável e economicamente acessível.

Indicadores de referência

 	Proporção da superfície agrícola candidata a apoios para pequena agricultura (%)
 	Valor Acrescentado Bruto por trabalhador na agricultura, produção animal, caça, florestas e pescas
 	Proporção da superfície agrícola candidata a apoios para manutenção em zonas desfavorecidas (%)
 	Proporção da superfície agrícola candidata a apoios para manutenção de agricultura biológica (%)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.



ODS 3 – Saúde de qualidade

O ODS 3 incide sobre os domínios mais diretamente associados à saúde. É central o acesso universal aos cuidados de saúde, mas em Montalegre os indicadores de mortalidade são preocupantes.

Indicadores de referência

		Taxa quinquenal de óbitos de crianças (0 a 4 anos) por mil nados-vivos (‰)
		Taxa quinquenal de mortalidade por hepatite viral, padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de mortalidade por vírus da imunodeficiência humana [HIV], padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de mortalidade por tuberculose, padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de óbitos por envenenamento (intoxicação) acidental por drogas, medicamentos e substâncias biológicas, padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de óbitos por doenças do aparelho respiratório, padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de mortalidade por tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões, padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de mortalidade prematura (antes dos 75 anos) padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de mortalidade por suicídios e lesões auto provocadas voluntariamente, padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de mortalidade por diabetes <i>mellitus</i> , padronizada por 100 mil habitantes
		Taxa quinquenal de mortalidade por tumores malignos (‰)
		Índice de gravidade dos acidentes de viação com vítimas (nº)
		Taxa quinquenal de nados-vivos de mães adolescentes (%)
		Farmácias e postos farmacêuticos móveis por 1000 habitantes (nº)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Acesso aos serviços de saúde

De acordo com o Registo Nacional de Utentes, em fevereiro de 2025, estavam inscritos na UCSP de Montalegre 9.062 utentes e apenas dois não tinham médico de família, por opção própria. A Figura 20 mostra a evolução do número de utentes que claramente acompanha a evolução da demografia do município.

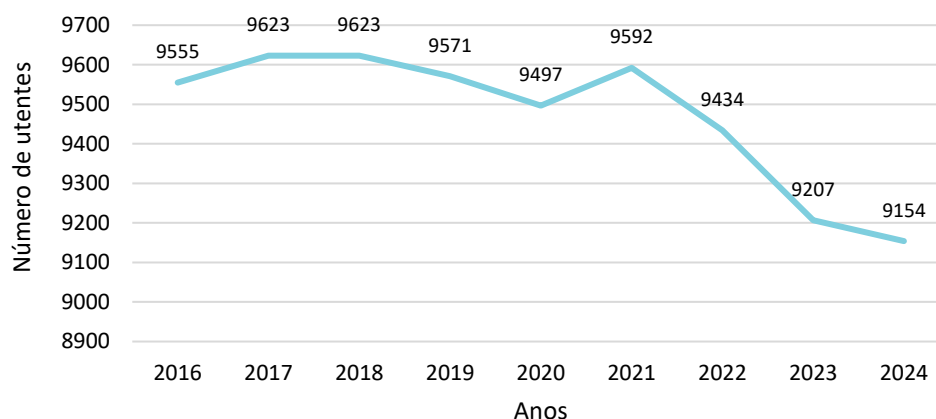


Figura 20. Número de utentes inscritos na UCSP de Montalegre, 2016-2024.

Fonte: Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A UCSP de Montalegre, integrada na Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, conta com uma equipa multidisciplinar composta por 14 profissionais de enfermagem, 8 médicos e 8 assistentes técnicos. Estes recursos humanos asseguram a prestação de cuidados de saúde de proximidade à população, em articulação com a UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade de Montalegre (Tabela 13).

Tabela 13. Número de recursos humanos em saúde, por grupo profissional – UCSP de Montalegre.

Grupo profissional	n	Soma de ETC
Enfermagem	14	13,8
Médico	8	10,0
Assistente Técnico	8	8,0

Fonte: Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Segurança viária

Verifica-se que a proporção de acidentes de viação com vítimas em estradas nacionais e nas restantes vias (excluem-se autoestradas, que não atravessam o município) manteve-se aproximadamente constante em Montalegre, no período entre 2021 e 2023 (Tabela 14), mais alta nas estradas nacionais que no resto do país.

Tabela 14. Acidentes de viação com vítimas (%), por tipo de via, 2021-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

	Estradas nacionais			Restantes vias		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Portugal	17,9	18,3	19,0	77,1	76,1	75,5
Alto Tâmega e Barroso	24,3	25,9	26,9	72,2	69,7	70,1
Montalegre	36,4	28,9	33,3	63,6	71,1	66,7

Fonte: INE (atualização dos dados: 11 de março de 2025), Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

Em Montalegre, a grande maioria dos acidentes de viação com vítimas apresentaram vítimas não mortais. Em 2023, apenas 3,0% dos acidentes com vítimas incluíram vítimas mortais neste município (Tabela 15).

Tabela 15. Acidentes de viação com vítimas, por tipo de consequências (%), 2021-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

	Acidentes de viação com vítimas					
	Não mortais			Mortais		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Portugal	98,3	98,3	98,4	1,7	1,7	1,6
Alto Tâmega e Barroso	98,0	97,3	96,7	2,0	2,7	3,3
Montalegre	100,0	100,0	97,0	0,0	0,0	3,0

Fonte: INE (atualização dos dados: 11 de março de 2025), Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária.

Mortalidade geral

Entre 2019 e 2023, a taxa bruta de mortalidade por 1.000 habitantes em Montalegre foi superior à do Alto Tâmega e de Portugal. Em 2022, Montalegre registou a taxa bruta de mortalidade mais alta do período, 20,6 por 1.000 (Figura 21).

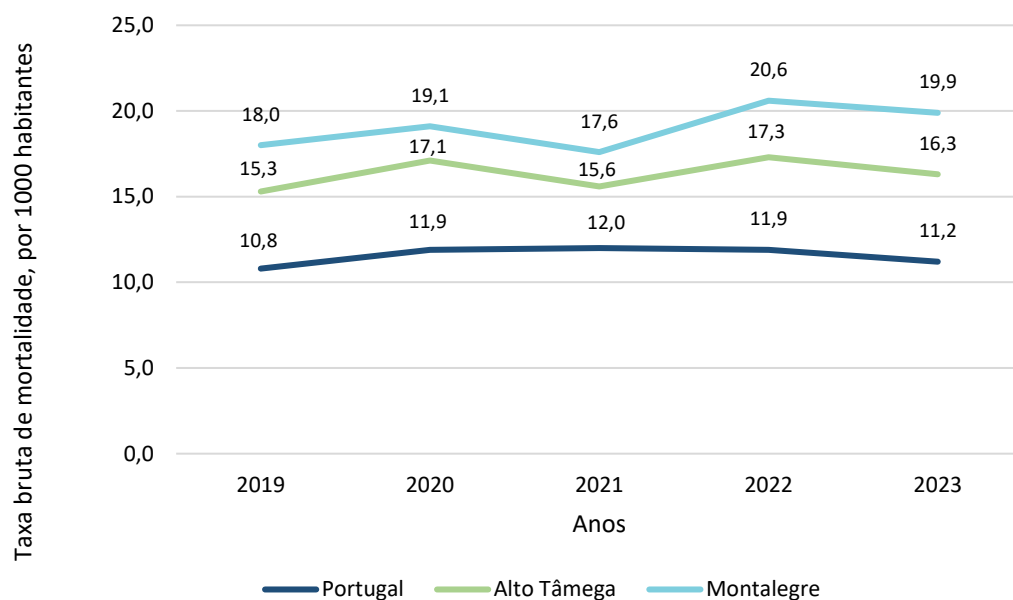


Figura 21. Taxa bruta de mortalidade, por 1.000 habitantes, 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 18 de junho de 2024), Indicadores demográficos.

Mortalidade proporcional

No grupo etário dos 50 aos 79 anos, os tumores apresentam a maior contribuição para a mortalidade (Figura 22). No grupo etário dos 50 aos 64 anos, destacam-se as doenças do aparelho circulatório e as causas externas (lesão e envenenamento). No caso da população com idade compreendida entre os 65 e os 79 anos, salientam-se as doenças do aparelho circulatório como a segunda causa de mortalidade. A partir dos 80 anos, as doenças do aparelho circulatório são as que mais contribuem para a morte, seguindo-se os tumores e doenças do aparelho respiratório.

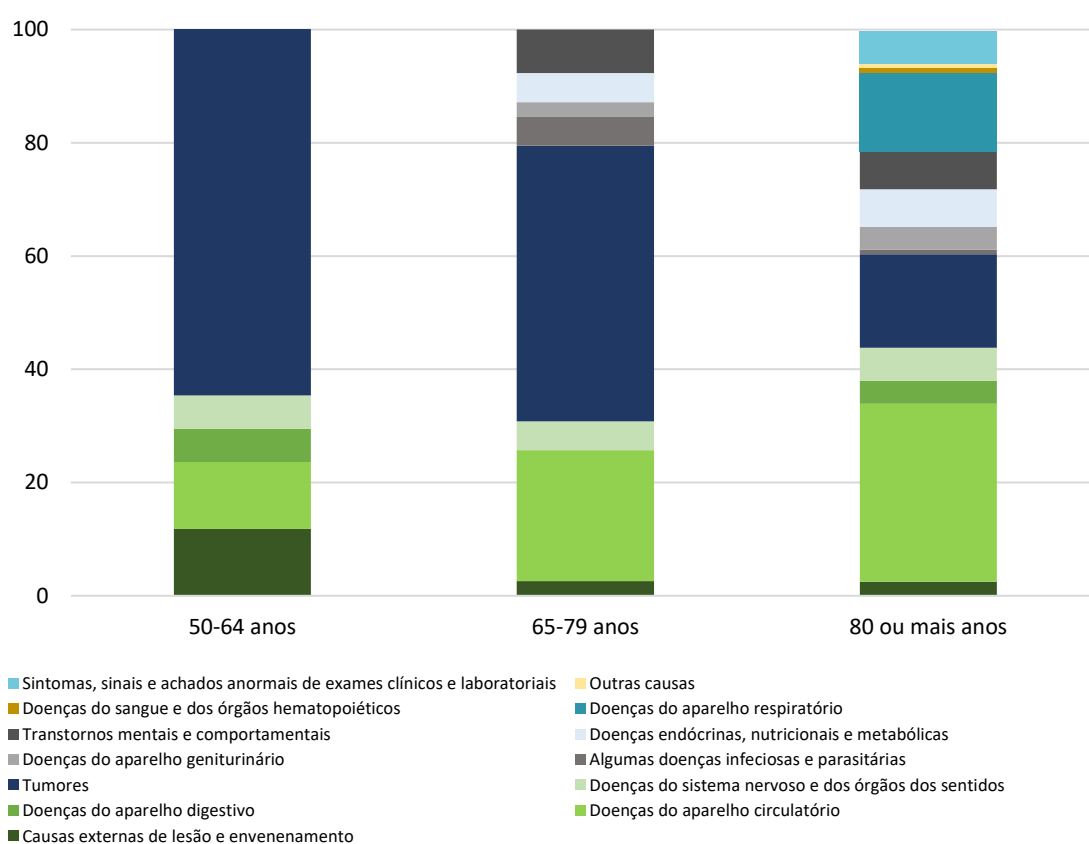


Figura 22. Mortalidade proporcional, por grupo etário, para os grandes grupos de causas de morte, 2022 – Montalegre.

Fonte: Cálculos ISPUP, a partir dos dados do INE.

Taxa de mortalidade geral padronizada pela idade

No município de Montalegre, a taxa de mortalidade total padronizada para a idade, entre 2019 e 2023, é máxima (15 por 1000) na freguesia de Sarraquinhos e mínima (4,6 por 1000) em Vilar da Ponte (Tabela 16).

Tabela 16. Taxa de mortalidade total padronizada por composição etária, por todas as causas de morte, 2019-2022 – freguesias e união das freguesias de Montalegre.

Todas as causas de morte	
2019-2022	
Cabril	10,1
Cervos	9,0
Chã	11,8
Covelo do Gerês	8,0
Ferral	14,0
Gralhas	10,7
Morgade	8,8
Negrões	10,0
Outeiro	13,2
Pitões das Júnias	11,7
Reigoso	12,1
Salto	9,3
Santo André	14,9
Sarraquinhos	15,0
Solveira	14,6
Tourém	8,1
UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	8,0
UF de Meixedo e Padornelos	13,0
UF de Montalegre e Padroso	11,2
UF de Paradela, Contim e Fiães	13,1
UF de Sezelhe e Covelães	6,9
UF de Venda Nova e Pondras	11,8
UF de Viade de Baixo e Fervidelas	11,0
UF de Vilar de Perdizes e Meixide	8,2
Vila da Ponte	4,6

Fonte: Cálculos elaborados pela equipa do ISPUP, a partir dos dados do INE.

Também a razão padronizada de mortalidade mostrou uma variação acentuada entre freguesias, sem um padrão de distribuição geográfico imediatamente evidente e que, também por isso, importa estudar. Observam-se valores superiores para as freguesias de Ferral, Sarraquinhos, Solveira, Outeiro e Santo André. Pelo contrário, Vila da Ponte, União das Freguesias de Cambeses do Rio e Mourilhe, Tourém, Covelo de Gerês e União das Freguesias de Sezelhe e Covelães apresentam os valores mais baixos (Figura 23).

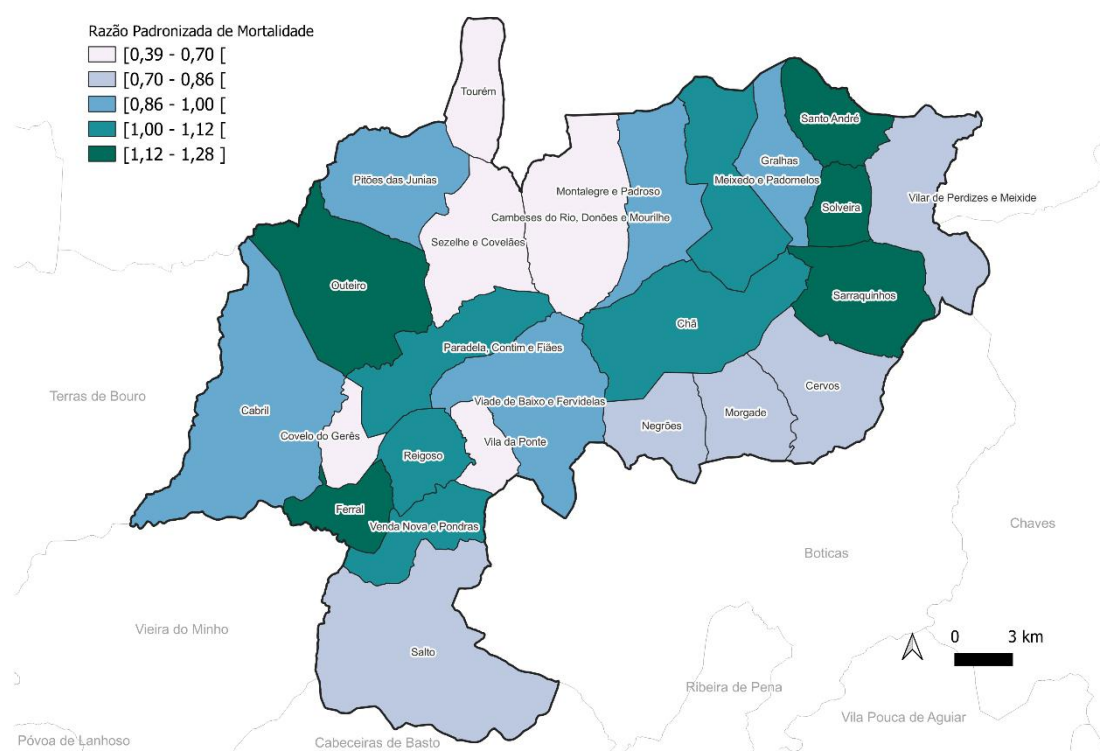


Figura 23. Razão padronizada de mortalidade, 2019-2022 – Montalegre.

Fonte: Cálculos ISPUP, a partir dos dados do INE.

Mortalidade prematura

Após o triénio 2014-2016, verificou-se em Montalegre um aumento da taxa de mortalidade prematura (óbitos ocorridos antes dos 70 anos) por todas as causas de morte, e padronizada para a composição por idade, ao contrário do observado em Portugal e no Alto Tâmega onde a taxa permaneceu estável (Tabela 17). Entre 2017-2019 e 2020-2022, registou-se uma redução dessa taxa em Montalegre, que, no entanto, permaneceu superior à verificada em 2014-2016.

Tabela 17. Taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por todas as causas de morte, em ambos os sexos, (2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Todas as causas de morte								
Portugal			Alto Tâmega			Montalegre		
2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022
215,4	209,5	214,8	214,4	214,3	224,2	189,7	277,8	214,6

Fonte: Cálculos ISPUP, a partir dos dados do INE.

Mortalidade prematura por causa específica

A partir do triénio 2017-2019, a taxa de mortalidade prematura por tumores malignos, padronizada para a composição etária, foi em Montalegre superior à de Portugal e do Alto Tâmega. O tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões apresenta a taxa de mortalidade prematura mais alta neste município, seguido pelo tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas e pelo tumor maligno do cólon. De notar que nesse período não se verificaram mortes prematuras por cancro da próstata.

Relativamente às doenças do aparelho circulatório, Montalegre segue a tendência de mortalidade prematura da região do Alto Tâmega e de Portugal, mas a taxa de mortalidade por doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares é mais alta no município de Montalegre do que no Alto Tâmega e em Portugal.

A taxa de mortalidade prematura por doenças do aparelho digestivo, observa-se que Montalegre apresenta valores ligeiramente superiores aos de Portugal, mas inferiores aos do Alto Tâmega.

A taxa de mortalidade prematura por doenças do aparelho geniturinário em Montalegre está em linha com o registado quer no Alto Tâmega como em Portugal.

A taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas é inferior no município de Montalegre comparativamente com a Região do Alto Tâmega e Portugal.

No caso dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, não se registaram mortes na população residente em Montalegre com idade inferior a 70 anos (Tabela 18), um facto assinalável e a merecer validação.

Tabela 18. Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por causa específica em ambos os sexos, triénios 2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

		Portugal			Alto Tâmega			Montalegre		
		2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022
Tumores malignos	Total	91,2	89,9	85,0	76,4	80,6	89,8	64,6	106,5	101,7
	Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	4,6	4,7	4,6	5,1	5,6	6,9	2,5	0,0	0,0
	Tumor maligno do esófago	2,8	2,9	2,5	3,9	6,7	6,1	2,7	11,6	7,5
	Tumor maligno do estômago	7,6	7,1	6,2	9,3	9,0	9,4	5,1	12,7	7,9
	Tumor maligno do cólon	6,9	6,3	5,9	ND	6,5	5,2	7,6	10,3	10,1
	Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	4,4	4,9	4,6	4,5	5,3	4,2	2,5	2,1	10,9
	Tumor maligno do pâncreas	4,6	4,8	5,1	2,0	3,2	4,5	0,0	6,2	4,5
	Tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões	19,8	19,4	17,9	17,3	12,1	13,6	17,8	12,7	19,8
	Melanoma maligno da pele	1,0	1,0	0,9	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
	Tumor maligno da mama	6,9	7,0	6,7	4,2	5,9	6,1	6,9	7,0	6,7
	Tumor maligno do colo do útero	1,0	1,1	1,0	0,9	0,8	0,8	1,0	1,1	1,0
	Tumor maligno do ovário	1,5	1,5	1,4	0,4	0,9	2,3	0,0	0,0	0,0
	Tumor maligno da próstata	1,9	1,9	1,8	1,1	1,3	1,6	0,0	0,0	0,0
	Tumor maligno do rim, exceto pelve renal	1,3	1,4	1,2	0,6	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0

	Tumor maligno da bexiga	1,8	1,7	1,3	0,0	2,3	1,3	0,0	2,4	0,0
	Tumor maligno do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados	6,5	6,1	5,5	5,3	4,0	5,2	9,2	9,2	4,3
Doenças do aparelho circulatório	Total	40,1	38,5	35,9	38,6	34,8	36,7	36,1	29,8	39,7
	Doenças isquémicas do coração	15,9	15,5	14,6	15,5	12,5	16,6	14,7	9,8	22,1
	Outras doenças cardíacas (exceto transtornos valvulares não-reumáticos e doenças valvulares)	5,7	5,9	5,3	7,0	8,1	6,6	7,6	10,7	4,5
	Doenças cerebrovasculares	11,5	10,5	9,5	11,0	8,4	9,2	4,9	8,4	13,2
Doenças do aparelho digestivo	Total	13,0	12,6	13,0	24,7	20,9	21,6	10,6	32,7	14,9
	Doenças crónicas do fígado	7,1	6,5	6,5	18,5	16,1	12,9	8,2	21,7	12,6
Doenças do aparelho respiratório	Total	10,8	9,7	8,9	13,3	15,2	6,7	7,6	16,1	0,0
	Pneumonia	4,1	3,3	2,9	2,6	4,4	2,8	2,7	4,4	0,0
Doenças do aparelho geniturinário	Total	1,9	2,0	2,2	1,5	2,2	3,1	0,0	6,7	2,9
	Doenças do rim e ureter	1,2	1,3	1,5	1,2	1,1	1,7	0,0	2,4	0,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Total	7,3	6,1	5,5	6,2	5,1	5,4	2,5	9,0	2,1
	Diabetes <i>mellitus</i>	5,1	4,1	3,4	3,5	2,0	3,4	2,5	6,6	2,1
Transtornos mentais e comportamentais	Total	1,6	2,0	2,7	2,9	4,1	1,8	0,0	9,0	0,0
	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	0,6	0,5	0,6	1,5	2,2	0,3	0,0	6,6	0,0

Fonte: Cálculos ISPUP, a partir dos dados do INE.

No triénio 2020-2022, a taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária por causas externas de lesão e envenenamento em Montalegre está em linha com a do Alto Tâmega e a de Portugal (Tabela 19) exceto no triénio 2017-2019. Essa taxa em Montalegre quase duplicou por mortes prematuras por lesões registadas como ignorado se foram acidentais ou intencionalmente infligidas. A razão desta ocorrência necessita de esclarecimento pois é essencial saber da qualidade da informação que fundamenta as estatísticas e as suas interpretações.

Tabela 19. Taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por causas externas de lesão e envenenamento, na população de ambos os sexos, triénios 2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

	Causas externas de lesão e envenenamento								
	Portugal			Alto Tâmega			Montalegre		
	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022
Total	21,4	21,0	20,2	23,0	24,8	22,4	23,0	44,9	22,2
Acidentes	10,2	10,6	11,1	14,6	14,7	14,0	15,5	19,8	17,8
Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente	6,7	6,2	5,9	2,9	3,4	4,3	7,5	4,7	4,5
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas	0,7	0,6	0,7	0,6	1,4	1,7	0,0	0,0	0,0
Lesões em que se ignora se foram acidentais ou intencionalmente infligidas	3,0	2,9	1,6	4,4	4,8	1,2	0,0	20,4	0,0

Fonte: Cálculos ISPUP, a partir dos dados do INE.

A taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária por doenças infecciosas e parasitárias em Montalegre foi nula, tanto no triénio 2017-2019 como em 2020-2022, não se tendo registado mortes por tuberculose ou infeção pelo VIH (Tabela 20).

Tabela 20. Taxa de mortalidade prematura padronizada para a composição etária, por 100.000 habitantes, por algumas doenças infecciosas e parasitárias na população com idade inferior a 70 anos de ambos os sexos, triénios 2014-16, 2017-19 e 2020-22 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

	Algumas doenças infecciosas e parasitárias								
	Portugal			Alto Tâmega			Montalegre		
	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022	2014-2016	2017-2019	2020-2022
Total	6,6	5,1	4,6	4,0	5,1	3,7	5,1	0,0	0,0
Tuberculose	0,6	0,6	0,6	0,4	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0
Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	3,1	2,2	1,5	0,9	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0
Hepatite viral	0,9	0,6	0,5	0,6	1,5	0,6	0,0	0,0	0,0

Fonte: Cálculos ISPUP, a partir dos dados do INE.

Mortalidade infantil

Entre 2018 e 2022, não se registaram óbitos em crianças com menos de 1 ano de idade no município de Montalegre (Tabela 21).

Tabela 21. Mortalidade infantil, por 1.000 nados vivos, 2018-2022– Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

2018-2022	P 1000
Portugal	2,7
Alto Tâmega e Barroso	1,9
Montalegre	0,0

Fonte: INE (atualização dos dados: 01 de novembro de 2024), Óbitos por causas de morte.

Anos de Vida Potencialmente Perdidos

A principal causa de anos de vida potencialmente perdidos em Montalegre são as doenças isquémicas do coração. Seguem-se os tumores malignos da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões (para o que o tabagismo é a causa fundamental) e pelos acidentes de transporte. Importa ainda realçar as doenças crónicas do fígado e as doenças cerebrovasculares cujos anos de vida potencialmente perdidos em Montalegre são superiores aos da região do Alto Tâmega e de Portugal (Tabela 22).

Tabela 22. Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por 100.000 habitantes, 2020-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Causa (Lista Sucinta Europeia)	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre
Todas as causas de morte	3491,3	4231,6	3.804,7
Doenças isquémicas do coração	214,2	300,9	456,0
Tumor maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões	219,6	241,5	312,7
Acidentes de transporte	154,8	184,9	299,7
Doenças crónicas do fígado	106,9	259,1	286,7
Doenças cerebrovasculares	119,9	167,3	195,4
Tumor maligno do estômago	85,0	156,5	182,4
Tumor maligno da mama	124,1	126,8	169,4
Tumor maligno do cólon	81,8	85,0	156,4
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	60,5	59,4	156,4
Tumor maligno do esófago	33,7	118,7	143,3

Fonte: Cálculos ISPUP, a partir dos dados do INE.

Saúde perinatal

Em Montalegre, entre 2019 e 2023, não se registaram nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, e tem-se mantido estável a proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos, semelhante ao que se verifica no Alto Tâmega e Barroso e em Portugal (Tabela 23).

Tabela 23. Proporção de nascimentos por idade materna - idade inferior a 20 anos (%) e igual ou superior a 35 anos, 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

	Localização geográfica	2019 % (n)	2020 % (n)	2021 % (n)	2022 % (n)	2023 % (n)
<20 anos	Portugal	2,4 (2077)	2,1 (1769)	1,9 (1591)	1,9 (1591)	1,9 (1646)
	Alto Tâmega e Barroso	2,3 (10)	1,7 (8)	2,1 (9)	2,2 (9)	1,4 (5)
	Montalegre	0,0 (0,0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
≥ 35 anos	Portugal	33,3 (28802)	33,7 (28486)	33,8 (26918)	33,2 (27769)	32,0 (27415)
	Alto Tâmega e Barroso	31,0 (133)	31,9 (151)	32,9 (127)	33,8 (137)	35,8 (128)
	Montalegre	36,4 (12)	37,5 (15)	40,9 (18)	20,5 (8)	43,3 (13)

Fonte: INE (atualização dos dados: 30 de abril de 2024), Nados-vivos.

A proporção de nascimentos pré-termo (Tabela 24) manteve-se estável em Portugal no período de 2019 a 2023. Na região do Alto Tâmega e Barroso apresentou oscilações relacionáveis com o pequeno número anual de partos (entre os 30 e 40 em Montalegre). A diminuição em 2020 verificou-se internacionalmente e tem sido relacionada com a resposta social à pandemia Covid-19.

Tabela 24. Proporção de nascimentos pré-termo (<37 semanas de gestação) (%), 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

	2019	2020	2021	2022	2023
Portugal	8,0	6,8	7,5	7,4	7,2
Alto Tâmega e Barroso	9,9	4,7	8,8	6,9	6,4
Montalegre	6,1	0,0	9,1	10,3	6,7

Fonte: INE (atualização dos dados: 30 de abril de 2024), Nados-vivos.

A proporção de nados-vivos com baixo peso teve variações muito marcadas que devem estar também na dependência do pequeno número de nascimentos (Tabela 25).

Tabela 25. Proporção de nados-vivos com baixo peso à nascença (%) (<2500g), 2019-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

	2019	2020	2021	2022	2023
Portugal	8,9	7,9	8,4	8,5	8,5
Alto Tâmega e Barroso	8,5	8,5	8,8	7,9	7,8
Montalegre	6,1	5,0	15,9	12,8	3,3

Fonte: INE (atualização dos dados: 30 de abril de 2024), Nados-vivos.

Morbilidade (Informação em Cuidados de Saúde Primários)

Entre 2021 e 2024, a hipertensão sem complicações manteve-se como o diagnóstico ativo mais prevalente nos Cuidados de Saúde Primários do município de Montalegre, entre 35,3% e 36,2%. As alterações dos lípidos, o excesso de peso, a obesidade e a diabetes não insulínica integraram o grupo dos cinco diagnósticos ativos mais frequentes (Tabela 26). Importa destacar que todos estes quadros clínicos demonstraram uma tendência crescente no período estudado. O maior crescimento relativo entre todos os diagnósticos analisados foi a alteração funcional do estômago.

Tabela 26. Proporção de utentes inscritos (%) com diagnóstico ativo nas diferentes patologias, 2021-2024 – Montalegre.

ICPC	2021	2022	2023	2024
Hipertensão sem complicações	36,2	36,1	35,3	35,7
Alteração dos lípidos	28,4	29,9	32,1	32,6
Excesso de peso	23,6	25,1	27,0	29,0
Obesidade	16,0	17,2	17,8	18,3
Diabetes não insulínica	10,2	10,9	12,1	12,6
Síndrome da coluna com irradiação de dor	10,4	11,1	11,9	12,5
Alteração funcional do estômago	7,7	8,5	9,9	10,7
Perturbação depressiva	7,0	7,5	8,1	8,7
Abuso do tabaco	6,8	7,1	7,9	8,1
Sintoma/queixa da região lombar	7,1	7,2	7,8	8,0
Doença viral outra/NE	5,5	8,4	7,5	7,3
Osteoartrose do joelho	5,5	6,0	6,4	6,5
Sintoma/queixa do joelho	5,6	5,6	6,1	6,4
Bursite/tendinite/sinovite NE	5,4	5,6	5,8	5,9
Neoplasia do sistema digestivo benigna/não especificada	3,7	4,3	5,2	5,5

Fonte: Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Em Montalegre, entre os utentes inscritos com idade inferior a 19 anos, independentemente do sexo, a manutenção de saúde ou atividades de medicina preventiva são os principais motivos para a realização de consultas nos Cuidados de Saúde Primários.

Nos utentes do sexo masculino os principais problemas estão relacionados com a saúde oral, doenças virais e condições urológicas específicas (fimose). No sexo feminino, destaca-se a saúde reprodutiva, problemas relacionados com a alimentação e a nutrição e a saúde oral (Tabela 27).

Tabela 27. Proporção de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com idade inferior a 19 anos (%) por problemas, 2023 – Montalegre.

Homens		Mulheres	
ICPC	%	ICPC	%
Manutenção de saúde/medicina preventiva	19,9	Manutenção de saúde/medicina preventiva	17,5
Doença dos dentes/gengiva	11,2	Doença viral outra/NE	11,1
Doença viral outra/NE	10,3	Excesso de peso	9,5

Fimose/prepúcio redundante	8,7	Tosse	9,3
Tosse	7,4	Contraceção feminina outra	9,3
Infeção respiratória superior aguda	7,4	Doença dos dentes/gengiva	8,5
Dermatite/eczema atópico	7,1	Obesidade	6,1
Excesso de peso	7,1	Infeção respiratória superior aguda	5,8
Sinusite aguda/crónica	6,4	Otite média aguda/miringite	5,6
Obesidade	6,1	Amigdalite aguda	5,0
Sintoma/queixa do aparelho respiratório outro	5,1	Acne	4,8
Amigdalite aguda	5,1	Diarreia	4,5
Rinite alérgica	5,1	Sinusite aguda/crónica	4,5
Otite média aguda/miringite	4,5	Sintoma/queixa do aparelho respiratório outro	4,2
Sintoma/queixa do comportamento da criança	4,5	Cistite/infeção urinária outra	4,2

Fonte: Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

No grupo etário dos 19 aos 64 anos, em homens, os principais problemas identificados nos Cuidados de Saúde Primários são as alterações dos lípidos, excesso de peso, hipertensão sem complicações, bem como o abuso de tabaco. Nas mulheres, destaca-se a obesidade e a saúde reprodutiva. A saúde mental e as dores musculoesqueléticas da coluna apresentam também um elevado peso. À semelhança dos homens, existe ainda uma elevada carga de dislipidemia e hipertensão (Tabela 28).

Tabela 28. Proporção de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com idade compreendida entre os 19 e os 64 anos (%), por motivo de consulta, 2023 – Montalegre.

Homens		Mulheres	
ICPC	%	ICPC	%
Alteração dos lípidos	28,2	Excesso de peso	24,3
Excesso de peso	24,6	Contraceção oral	23,6
Hipertensão sem complicações	19,1	Alteração dos lípidos	22,6
Abuso do tabaco	17,2	Obesidade	19,4
Obesidade	15,9	Hipertensão sem complicações	18,3
Síndrome da coluna com irradiação de dor	10,9	Contraceção feminina outra	14,7
Doença viral outra/NE	9,5	Perturbação depressiva	14,1
Sintoma/queixa da região lombar	9,0	Síndrome da coluna com irradiação de dor	13,1
Alteração funcional do estômago	9,0	Alteração funcional do estômago	12,6
Diabetes não insulínica	7,4	Doença viral outra/NE	10,8
Manutenção de saúde/medicina preventiva	6,0	Sintoma/queixa da região lombar	8,8
Sintoma/queixa do joelho	5,4	Abuso do tabaco	7,8
Bursite/tendinite/sinovite NE	5,1	Sinusite aguda/crónica	7,3
Neoplasia do sistema digestivo benigna/não especificada	4,7	Bursite/tendinite/sinovite NE	7,1
Abuso crónico do álcool	4,5	Manutenção de saúde/medicina preventiva	7,0

Fonte: Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Na população idosa de Montalegre (≥ 65 anos), observa-se uma elevada prevalência de doenças crónicas, como a hipertensão, que afeta 61,4% dos homens e 65,9% das mulheres, seguida pelas alterações lipídicas (46% nos homens, 48,4% nas mulheres), pela diabetes (25,1% e 20,7%, respetivamente) e a patologia prostática nos homens (17,8% com hiperplasia benigna).

Os problemas musculoesqueléticos, como a osteoartrose e as síndromes vertebrais, apresentam uma prevalência que varia entre 9 e 16%, com maior expressão nas mulheres, em quem é maior a carga de problemas de saúde mental (12,8% com perturbação depressiva) (Tabela 29).

Tabela 29. Proporção de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com idade igual ou superior a 65 anos (%), por motivo de consulta, 2023 – Montalegre.

Homens		Mulheres	
ICPC	%	ICPC	%
Hipertensão sem complicações	61,4	Hipertensão sem complicações	65,9
Alteração dos lípidos	46,0	Alteração dos lípidos	48,4
Excesso de peso	36,5	Excesso de peso	32,7
Diabetes não insulínica	25,1	Diabetes não insulínica	20,7
Obesidade	20,2	Obesidade	20,6
Hipertrofia prostática benigna	17,8	Osteoartrose do joelho	16,2
Síndrome da coluna com irradiação de dor	13,0	Síndrome da coluna com irradiação de dor	15,5
Neoplasia do sistema digestivo benigna/não especificada	11,1	Perturbação depressiva	12,8
Hipertensão com complicações	10,5	Alteração funcional do estômago	11,9
Fibrilação/flutter auricular	10,3	Hipertensão com complicações	9,1
Osteoartrose do joelho	9,8	Sintoma/queixa da região lombar	8,8
Alteração funcional do estômago	9,3	Sintoma/queixa do joelho	8,7
Gota	8,2	Catarata	8,2
Osteoartrose da anca	7,4	Fibrilação/flutter auricular	7,9
Sintoma/queixa da região lombar	7,2	Doença/condição de natureza/localização não especificada	7,9

Fonte: Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Na UCSP de Montalegre, a prevalência de utentes com diagnóstico de neoplasias aumentou entre 2020 e 2024, registando-se, contudo, valores inferiores aos do ACES do Alto Tâmega e Barroso (Figura 24).

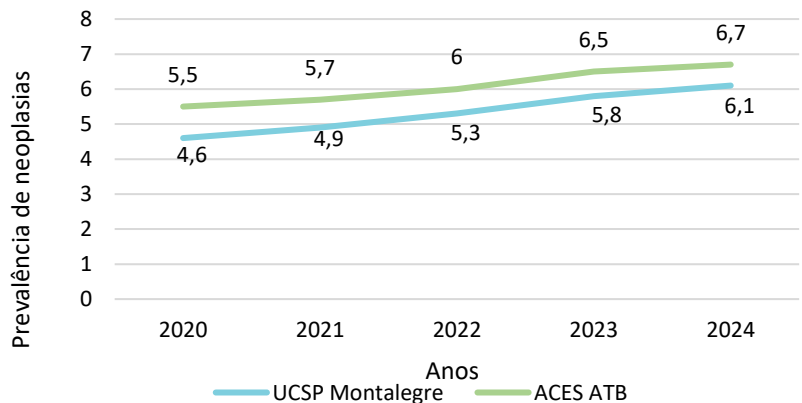


Figura 24. Prevalência de utentes com diagnóstico de neoplasia, 2020/2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Fonte: SIARS.

No caso da incidência de neoplasias, é possível observar que, entre 2021 e 2023, a UCSP de Montalegre registou valores semelhantes aos do ACES do Alto Tâmega e Barroso. Em 2024, foram registados 7,8 novos casos de neoplasias por 1.000 habitantes na UCSP de Montalegre e 9,0 novos casos de neoplasias por 1.000 habitantes no ACES do Alto Tâmega e Barroso (Figura 25).

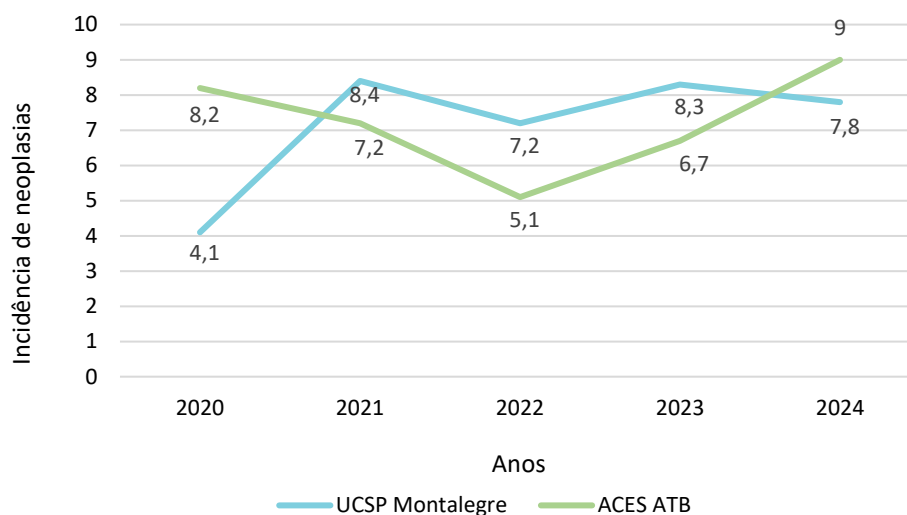


Figura 25. Incidência de utentes com diagnóstico de neoplasia, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Fonte: SIARS.

Ao analisar os diferentes tipos de neoplasias diagnosticadas em utentes da UCSP de Montalegre, verificou-se que entre 2020 e 2024 as neoplasias da mama e da próstata foram as mais frequentes. Importa referir que a neoplasia dos brônquios e/ou pulmões, apesar de ser a menos frequente, foi a que registou um maior crescimento no período analisado e é uma causa muito importante de morte por cancro.

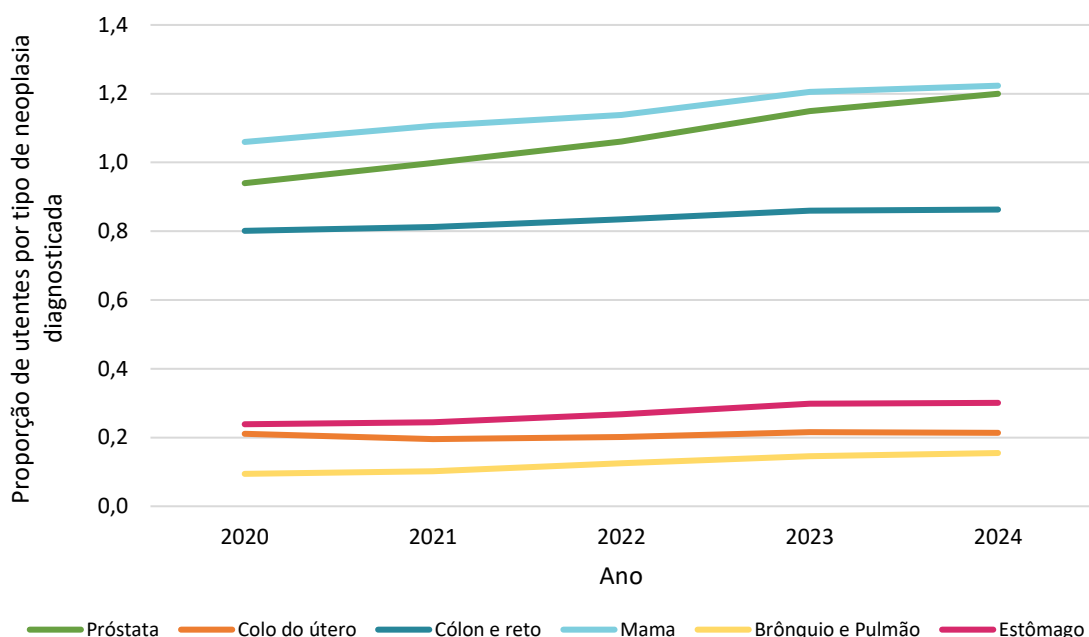


Figura 26. Proporção de utentes por tipo de neoplasia diagnosticada, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Fonte: SIARS.

Na UCSP de Montalegre, entre 2020 e 2024, a proporção de diagnósticos de neoplasia do colo do útero permaneceu constante e inferior à média observada no ACES Alto Tâmega e Barroso. Importa saber, após padronização para a composição etária, se estes dados revelam iniquidade no rastreio ou no diagnóstico (Tabela 30).

Tabela 30. Proporção de utentes com diagnóstico de neoplasia do colo do útero, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Unidade Funcional	Proporção utentes com diagnóstico de neoplasia do colo do útero									
	2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
UCSP Montalegre	11	0,12	10	0,10	10	0,11	10	0,11	10	0,11
ACES ATB	190	0,21	177	0,20	183	0,20	193	0,22	190	0,21

Fonte: SIARS.

Em 2020, na UCSP de Montalegre registaram-se 14 novos casos de neoplasia do colo do útero (1,47‰), valor que diminuiu em 2021 e 2022. Em 2023, houve um aumento para 14 novos casos (1,52‰), mas em 2024 não foram registados novos casos. Por sua vez, o ACES do Alto Tâmega e Barroso apresentou o valor máximo de novos casos de neoplasia do colo do útero em 2021, seguido de uma tendência decrescente, com uma redução muito acentuada em 2024 (Tabela 31).

Tabela 31. Novos casos de neoplasia do colo do útero, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Novos casos de neoplasia do colo do útero (proporção de incidência)										
Unidade Funcional	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰
UCSP Montalegre	14	1,47	9	0,94	8	0,85	14	1,52	0	0
ACES ATB	78	0,86	93	1,03	82	0,90	78	0,87	9	0,10

Fonte: SIARS.

Na UCSP de Montalegre, a proporção de utentes com diagnóstico de neoplasia do colón e reto manteve-se relativamente estável no período analisado, com valores muito próximos a 0,8‰, tal como no ACES de Alto Tâmega e Barroso (Tabela 32).

Tabela 32. Proporção utentes com diagnóstico de neoplasia do colón e reto, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Proporção utentes com diagnóstico de neoplasia do colón e reto										
Unidade Funcional	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰
UCSP Montalegre	72	0,76	64	0,67	68	0,72	69	0,75	72	0,79
ACES ATB	722	0,80	736	0,81	758	0,83	770	0,86	769	0,86

Fonte: SIARS

No período em análise, a proporção de novos casos de neoplasia do colón e reto apresentou o valor máximo de 1,06‰, em 2022 e mínimo de 0,42‰, em 2020. No caso do ACES do Alto Tâmega e Barroso, a partir de 2021 mantiveram-se valores próximos de 1 novo caso de neoplasia do colón e reto por 1.000 habitantes (Tabela 33).

Tabela 33. Proporção de novos casos de neoplasia do colón e reto, 2020-2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Novos casos de neoplasia do colón e reto (proporção de incidência)										
Unidade Funcional	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰
UCSP Montalegre	4	0,42	4	0,42	10	1,06	8	0,87	6	0,66
ACES ATB	54	0,60	89	0,98	86	0,95	72	0,80	73	0,82

Fonte: SIARS.

No que diz respeito à neoplasia da mama feminina, observou-se um ligeiro aumento da proporção de diagnósticos, atingindo o valor máximo de 1,12‰ em 2024. De forma semelhante, observou-se também no ACES do Alto Tâmega e Barroso um aumento da proporção de utentes com diagnóstico de neoplasia da mama (Tabela 34).

Tabela 34. Proporção utentes com diagnóstico de neoplasia feminina da mama, 2020/2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Proporção utentes com diagnóstico de neoplasia feminina da mama										
Unidade Funcional	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰
UCSP Montalegre	77	0,81	83	0,86	88	0,93	98	1,06	103	1,12
ACES ATB	955	1,06	1003	1,11	1034	1,14	1079	1,20	1090	1,22

Fonte: SIARS.

Na UCSP de Montalegre, entre 2020 e 2024, verificaram-se oscilações no número de novos casos de neoplasia feminina da mama, atingindo-se o valor máximo de 1,52‰ em 2023 e mínimo de 0,76‰ em 2024, refletindo o pequeno número de casos. O ACES do Alto Tâmega e Barroso, por sua vez, apresenta valores de incidência também com variação anual entre 0,9 e 1,0 casos por 1000 (Tabela 35).

Tabela 35. Proporção de novos casos de neoplasia da mama feminina, 2020/2024 – ACES Alto Trás-os-Montes - Alto Tâmega e Barroso e UCSP Montalegre.

Novos casos de neoplasia feminina da mama (proporção de incidência)										
Unidade Funcional	2020		2021		2022		2023		2024	
	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰	nº	‰
UCSP Montalegre	14	1,47	9	0,94	8	0,85	14	1,52	7	0,76
ACES ATB	78	0,86	93	1,03	82	0,90	78	0,87	90	1,01

Fonte: SIARS

Na UCSP de Montalegre, em dezembro de 2024, 75,1% dos utentes elegíveis tinham sido rastreados para cancro do cólon e reto. No caso do rastreio do cancro da mama, o valor registado foi 78,5%. O rastreio do cancro do colo do útero é o que apresenta uma menor proporção de mulheres elegíveis rastreadas, tendo apenas 55,8% completado o rastreio.

Incapacidades

O tipo de dificuldade mais prevalente na população de Montalegre relaciona-se com a visão, com 35,5% dos munícipes a referir ter algum grau de dificuldade. Importa ainda destacar que 9,3% da população residente em Montalegre refere ter muita dificuldade ou não conseguir andar ou subir degraus (Figura 27).

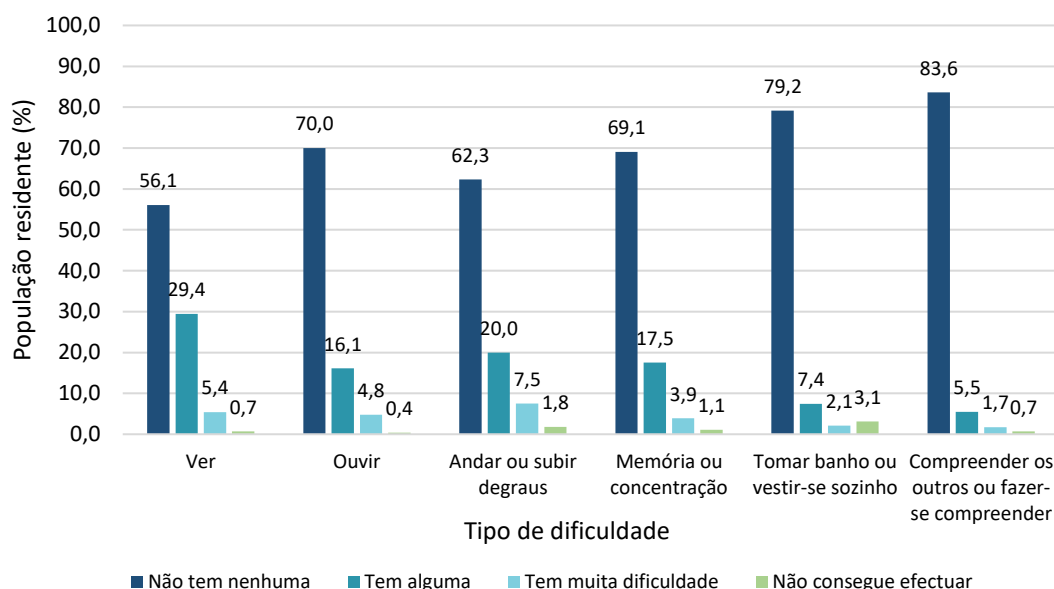


Figura 27. Proporção da população residente com dificuldades, tipo de dificuldade e grau de dificuldade, 2022 – Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 10 de abril de 2024), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

Doenças de Notificação Obrigatória - VIH/SIDA e tuberculose

Em Montalegre, só há registo de 3 casos de VIH: em 1998, 2001 e 2009 e 1 de SIDA em 2009. A incidência de tuberculose é sistematicamente inferior à nacional, mantendo-se relativamente estável, não tendo havido identificação de casos em 2021 (Tabela 36).

Tabela 36. Casos de tuberculose notificados, por 100.000 habitantes, 2019-2023 – Portugal e Montalegre.

	Portugal	Montalegre
2019	18,3	11,1
2020	14,7	11,3
2021	14,6	0,0
2022	14,5	11,3
2023	-	11,3

Fonte: Programa Nacional para a Tuberculose. Informação consultada a 15 de fevereiro de 2025.

No período analisado foi notificado 1 caso de tuberculose por ano, exceto em 2021 em que não foram notificados quaisquer casos (Tabela 37). A mediana de dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico diminuiu em 2020 e 2022, mas em 2023, atingiu o valor máximo (113 dias).

Tabela 37. Número de casos notificados de tuberculose e mediana de dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico, 2019-2023 – Montalegre.

	Número de casos notificados de tuberculose	Mediana entre o início dos sintomas e diagnóstico (dias)
2019	1	108
2020	1	39
2021	0	-
2022	1	31
2023	1	113

Fonte: Programa Nacional para a Tuberculose. Informação consultada a 15 de fevereiro de 2025.

Vacinação

Montalegre apresenta uma cobertura vacinal de 100%, com exceção para a vacina do tétano para as coortes de nascimento de 2016 e 2017 (Tabela 38).

Tabela 38. Cobertura vacinal do PNV recomendado por coorte, 2023 – Montalegre.

Coorte	Vacina	Montalegre
2011	Tétano	95,6
2016	Tétano	87,8
	Sarampo	95,1
2017	Tétano	88,0
	Sarampo	94,0
2021	Tétano	100,0
	Sarampo	100,0
	<i>N. meningitidis</i> C	100,0
	<i>N. meningitidis</i> B	92,3
	<i>S. pneumoniae</i> -13	100,0
2022	Tétano	100,0
	<i>N. meningitidis</i> B	100,0
	<i>S. pneumoniae</i> -13	100,0
2023	Tuberculose	-
	Hepatite B	96,5

Fonte: A saúde no Alto Tâmega e Barroso, Um Diagnóstico de Situação – 2ª edição.



ODS 4 – Educação de Qualidade

O ODS 4 reforça a associação entre educação, equidade e saúde, promovendo o acesso universal a uma educação de qualidade, desde a infância à idade adulta. Assim, embora se garanta através da escolaridade geral uma melhor preparação para lidar com a informação, importa incentivar programas de educação em saúde, formação parental e capacitação digital, criando sinergias entre as escolas e os serviços de saúde, tendo por base o tecido que constitui a comunidade.

Indicadores de referência

 	Taxa de transição/conclusão no ensino básico (%)
 	Taxa de transição / conclusão no ensino secundário (%)
 	Taxa real de escolarização na educação pré-escolar (%)
 	Taxa real de escolarização no ensino básico (%)
 	Taxa real de escolarização no ensino secundário (%)
 	Taxa de participação em cursos de dupla certificação nas modalidades do ensino secundário orientadas para jovens (%)
 	Proporção de indivíduos com 18 e mais anos de idade que participaram em cursos de educação e formação de adultos (%)
 	Número médio de alunas/os por computador com ligação à internet matriculadas/os no ensino não superior (n.º)
 	Número médio de alunas/os por computador matriculadas/os no Ensino Básico (n.º)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Escolaridade

Em Montalegre, a maioria da população residente apresenta o ensino básico como o nível de escolaridade completo mais elevado. Cerca de 20% dos munícipes não têm qualquer grau de escolaridade formal e apenas 7,9% finalizaram o ensino superior. A freguesia de Solveira apresenta a maior proporção de população com 15 ou mais anos sem qualquer nível de escolaridade completo (26,7%) enquanto a União das Freguesias de Montalegre e Padroso regista a maior proporção de residentes com o ensino superior (Tabela 39).

Tabela 39. Proporção da população residente com 15 e mais anos (%) por nível de escolaridade completo mais elevado, 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso, Montalegre, por freguesias e união das freguesias.

Localização geográfica	Nenhum	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior
Portugal	13,0	48,2	21,5	17,2
Alto Tâmega e Barroso	15,4	57,3	16,6	10,7
Montalegre	17,9	59,6	14,7	7,9
Cabril	24,6	60,5	10,7	4,1
Cervos	13,7	69,6	11,9	4,8
Chã	18,0	59,2	16,3	6,6
Covelo do Gerês	18,7	65,7	12,0	3,6
Ferral	18,4	64,5	13,3	3,8
Gralhas	19,4	65,6	10,2	4,8
Morgade	20,5	61,0	11,3	7,2
Negrões	20,5	59,8	15,9	3,8
Outeiro	17,5	64,3	13,3	4,9
Pitões das Júnias	9,9	67,5	9,9	12,6
Reigoso	13,8	76,2	4,6	5,4
Salto	17,6	58,3	15,9	8,2
Santo André	10,7	70,5	14,1	4,7
Sarraquinhos	23,7	65,0	7,0	4,3
Solveira	26,7	63,3	6,0	4,0
Tourém	12,7	70,0	9,1	8,2
UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	20,5	61,2	14,3	4,0
UF de Meixedo e Padornelos	18,1	66,0	7,9	7,9
UF de Montalegre e Padroso	14,8	48,0	22,9	14,3
UF de Paradela, Contim e Fiães	18,8	62,0	12,2	6,9
UF de Sezelhe e Covelães	15,3	66,8	12,2	5,7
UF de Venda Nova e Pondras	14,0	59,9	16,3	9,9

UF de Viade de Baixo e Fervidelas	19,4	61,7	12,5	6,3
UF de Vilar de Perdizes e Meixide	21,8	61,6	11,0	5,6
Vila da Ponte	21,6	57,5	12,6	8,4

Fonte: INE (atualização dos dados: 19 de março de 2024), Censos 2021.

Em Montalegre, a proporção de mulheres sem qualquer grau académico completo é superior à dos homens (Figura 28). Pelo contrário, constata-se que uma maior proporção de mulheres finalizou o ensino superior. Embora não tenhamos disposto de informação desagregada por coorte de nascimento é de prever que as diferenças de género no acesso e continuidade da escolaridade se tenham atenuado, Merecem contudo uma monitorização cuidada pois são indicadores sensíveis das desigualdades de género.

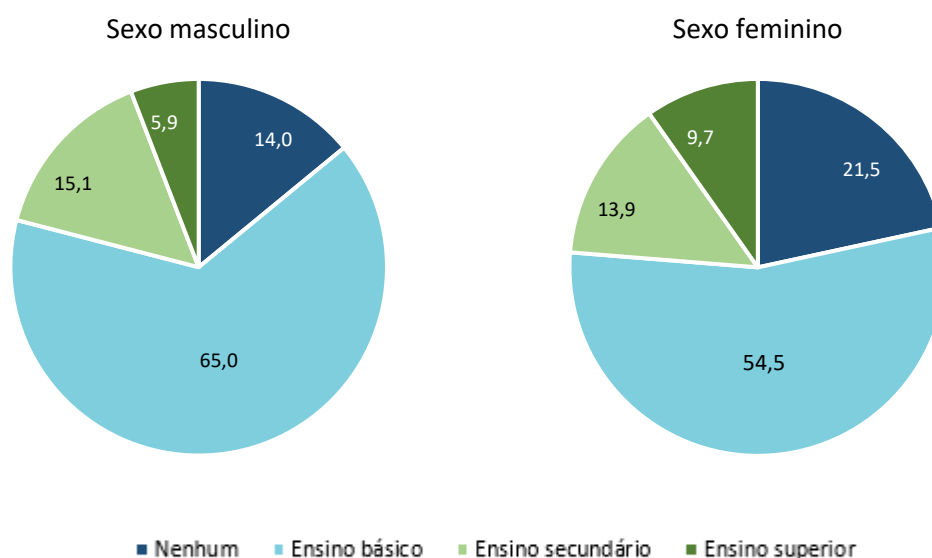


Figura 28. Distribuição da população residente por grau académico mais elevado completado e por sexo (%), 2021 – Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 19 de março de 2024), Censos 2021.

A prevalência de analfabetismo em Montalegre (9,6%) é superior à registada para a região do Alto Tâmega e Barroso e três vezes superior à de Portugal. A freguesia de Sarraquinhos apresenta a maior taxa de analfabetismo do município, seguida de Negrões (Figura 29).

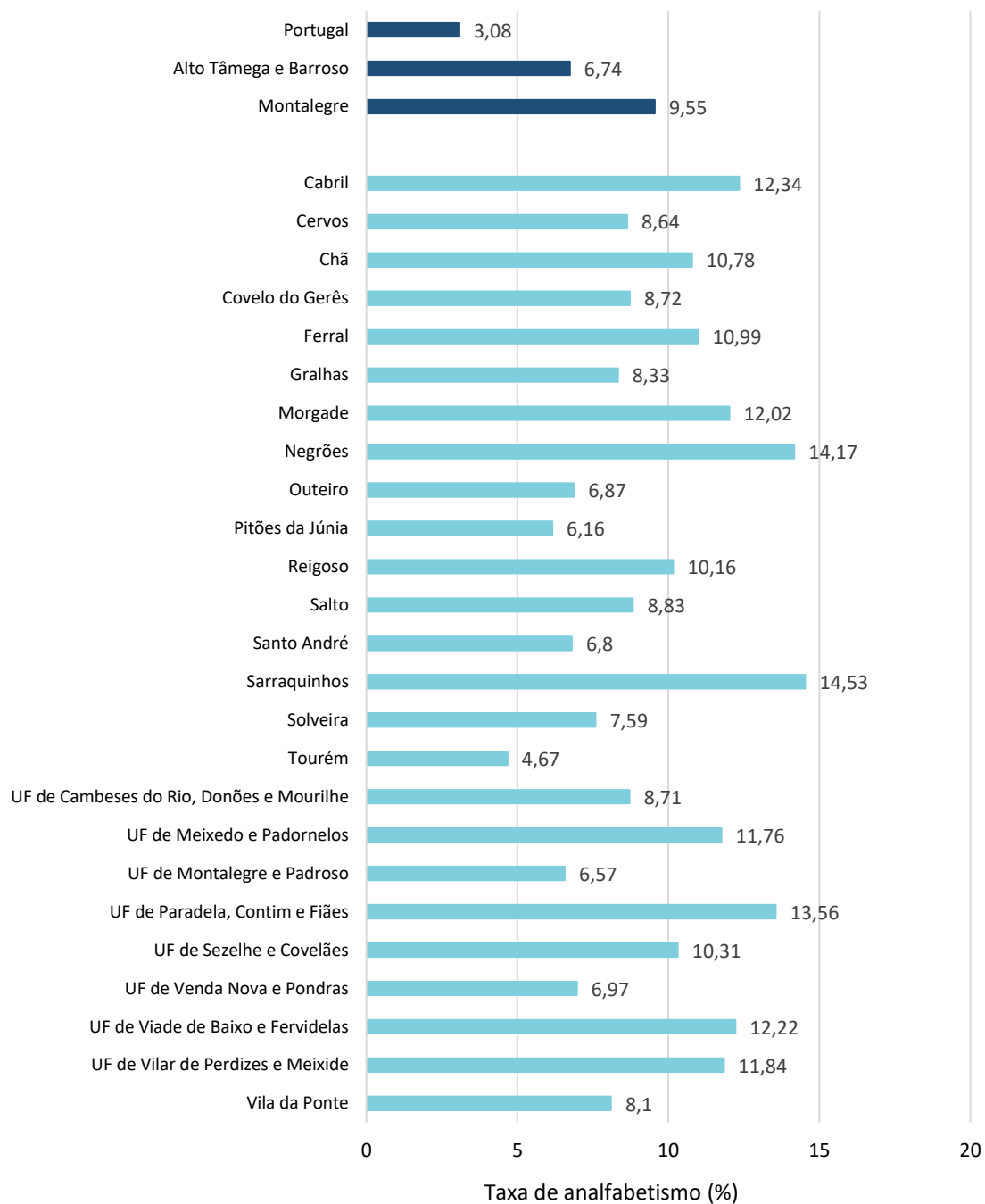


Figura 29. Taxa de analfabetismo (%), 2021 – Montalegre, por freguesias e união das freguesias.

Fonte: INE (atualização dos dados: 19 de março de 2024), Censos 2021.

A Tabela 39 apresenta o número de alunos/as matriculados/as no ensino não superior público no município de Montalegre, distribuídos por nível de ensino, no ano letivo 2022/2023 (Tabela 40).

Tabela 40. Número de alunos/as matriculados/as no ensino não superior, público, por nível de ensino, ano letivo 2022/2023 – Montalegre.

Ensino pré-escolar	Ensino básico – 1.º ciclo	Ensino básico – 2.º ciclo	Ensino básico – 3.º ciclo	Ensino secundário
145	202	104	145	179

Fonte: INE, Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência.

Última atualização dos dados a 29 de junho de 2024.

À semelhança de Portugal e da região do Alto Tâmega e Barroso, em Montalegre, a maior parte dos alunos do ensino não superior estão matriculados no ensino básico (Figura 30).

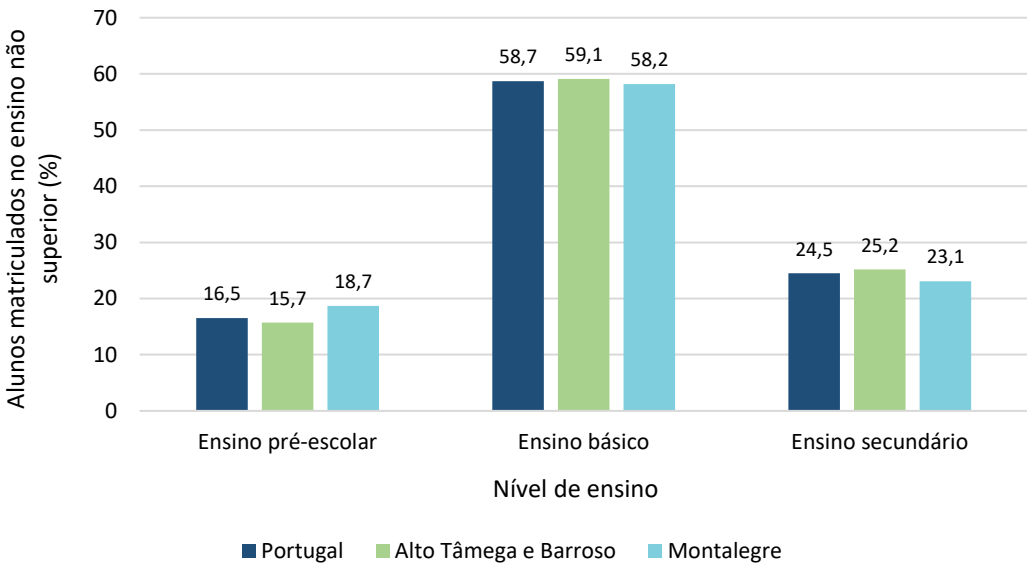


Figura 30. Proporção de alunas/os matriculadas/os no ensino não superior (%) 2022/2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 29 de junho de 2024), Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência.



ODS 5 – Igualdade de Género

O ODS 5 elege o combate às desigualdades de género às quais se reconhece um importante efeito na saúde física e mental. Para isso, pretende-se promover o acesso equitativo a cuidados saúde, educação sexual e oportunidades socioeconómicas. Neste sentido, é necessário atuar no reforço dos cuidados de saúde materna e planeamento familiar, na prevenção da violência de género e no incentivo da liderança feminina em decisões sobre políticas de saúde. Os indicadores escolhidos para observar em Montalegre não estão a ir de encontro ao esperado, particularmente no que à violência doméstica respeita.

Indicadores de referência

	Disparidade no ganho médio mensal (Entre sexos - %) da população empregada por conta de outrem
	Violência doméstica contra cônjuge ou análogos por 1000 habitantes (nº)
	Relação entre a duração das licenças parentais iniciais do pai e da mãe, da segurança social (%)
	Proporção de mulheres eleitas para as Câmaras Municipais nas eleições autárquicas (presidentes de câmara e vereadoras) (%)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Entre 2015 e 2022, verificou-se uma diminuição da disparidade no ganho médio mensal bruto entre os diferentes níveis de habilitação da população empregada por conta de outrem. No município de Montalegre, a diminuição dessa disparidade foi mais expressiva (-4,9 p.p.) em comparação com a região do Alto Tâmega (-3,0 p.p.) e a nível nacional (-3,7 p.p.) (Tabela 41).

Tabela 41. Disparidade no ganho médio mensal bruto (%) entre níveis de habilitação, da população empregada por conta de outrem (a tempo completo, com remuneração completa), 2015 e 2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Localização geográfica	2015	2022
Portugal	34,9	31,2
Alto Tâmega	21,2	18,2
Montalegre	17,9	13,0

Fonte: INE. Última atualização dos dados a 27 de setembro de 2024.



ODS 6 – Água Potável e Saneamento

O ODS 6 assume especial relevância na garantia do acesso universal a água segura e saneamento básico, na gestão sustentável dos recursos hídricos, com monitorização da qualidade da água e ainda na sensibilização comunitária sobre higiene e consumo responsável.

Indicadores de referência

	↑	Proporção de alojamentos servidos por abastecimento de água (%)
	↑	Água segura (percentagem de água controlada e de boa qualidade para consumo humano) (%)
	⇒	Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%)
	↑	Proporção da área das massas de água superficiais com estado global "bom e superior" (%)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Em 2023, Montalegre contava com um total de 123 sistemas de abastecimento público de água de consumo. A região do Alto Tâmega e Barroso possui 3 oficinas de engarrafamento de águas para consumo humano (em Boticas, Chaves e Vila Pouca de Aguiar) mas Montalegre, não possui nenhum destes estabelecimentos. A região possui um total de 6 zonas balneares interiores, três das quais se localizam no município de Montalegre, embora nenhuma classificada como identificada (informação da Unidade de Saúde Pública do Alto Tâmega e Barroso)

A região do Alto Tâmega e Barroso evidencia um forte compromisso com a preservação ambiental, nomeadamente no que respeita ao tratamento de águas residuais. No ano de 2022, encontravam-se em funcionamento 180 Estações de Tratamento de Águas Residuais (ETAR) na região, três das quais estavam localizadas no município de Montalegre. Estas infraestruturas desempenham um papel essencial na

gestão sustentável dos recursos hídricos e na preservação da qualidade da água, contribuindo para a proteção dos ecossistemas e para a minimização do impacto ambiental das atividades humanas. A distribuição das ETAR pelos diferentes municípios da região do Alto Tâmega e Barroso está descrita na Tabela 42.

Tabela 42. Número de estações de tratamento de águas residuais, 2022 – municípios da Região do Alto Tâmega e Barroso.

Boticas	33
Chaves	55
Montalegre	3
Ribeira de Pena	20
Valpaços	17
Vila Pouca de Aguiar	52

Fonte: INE. Última atualização dos dados a 27 de setembro de 2024.

ODS 7 – Energias Renováveis e Acessíveis

O ODS 7 estabelece metas para o acesso universal a fontes de energia renováveis, a preços acessíveis. Adicionalmente, importa promover a transição energética municipal, aumentando a participação de energias limpas no consumo local, bem como fomentar parcerias com instituições académicas e empresas no sentido de criar e implementar soluções tecnológicas inovadoras em energia sustentável.

Indicadores de referência

 	Consumo de combustível automóvel por habitante (tep / hab.)
 	Proporção de edifícios com certificação energética com classificação A a C (%)
 	Consumo de energia elétrica na iluminação das vias públicas, por habitante (kWh/hab.)
 	Consumo de energia elétrica na iluminação interior de edifícios do Estado, por habitante (kWh/hab.)
 	Consumo doméstico de energia elétrica por habitante (kWh/hab.)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Energia

Com base nos dados do INE referentes ao consumo de energia elétrica no município de Montalegre, entre 2018 e 2023, é possível identificar padrões distintos entre os diferentes tipos de consumo (em kWh). O setor doméstico destaca-se como o principal consumidor de energia elétrica, com valores consistentemente elevados ao longo do período analisado e uma tendência geral de crescimento. Em contraste, o setor agrícola apresenta um peso muito reduzido no total do consumo de energia elétrica, registando valores notoriamente inferiores aos demais setores. O consumo relativo à iluminação pública evidenciou uma quebra acentuada, entre 2018 e 2019, estabilizando nos anos seguintes, esta redução estando associada a medidas de eficiência energética

implementadas pelo município de Montalegre como, por exemplo, a substituição de luminárias tradicionais por tecnologia LED, mais eficiente e sustentável.

O consumo de energia elétrica no interior de edifícios do Estado manteve-se relativamente estável ao longo do período analisado. Os setores não domésticos (e.g., comércio e serviços) e o industrial apresentaram uma evolução mais oscilante, refletindo possíveis variações na atividade económica local (Figura 31).

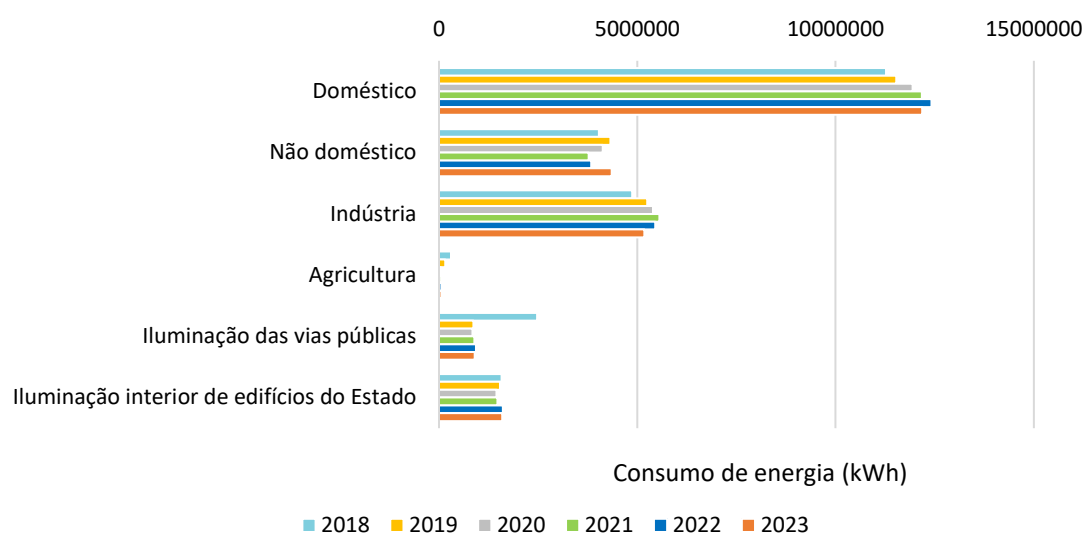


Figura 31. Consumo de energia elétrica (kWh) por tipo de consumo, 2018-2022 – Montalegre.

Fonte: INE. Última atualização dos dados a 26 de fevereiro de 2025.

ODS 8 – Trabalho Digno e Crescimento Económico

O ODS 8 reconhece o emprego digno e o crescimento económico sustentável como fatores essenciais para a saúde e bem-estar das comunidades. O seu objetivo passa por promover oportunidades de trabalho produtivo e inclusivo, garantindo igualdade salarial e condições laborais seguras para todos, incluindo grupos vulneráveis. A concretização deste ODS contribui para a redução de desigualdades e para a melhoria da saúde da população e mostra que há ainda muito trabalho a fazer.

Indicadores de referência

 	Índice de renovação da população em idade ativa (n.º)
 	Rendimento bruto declarado deduzido do IRS liquidado por habitante em relação ao valor nacional (%)
 	Taxa de atração líquida da população empregada por conta de outrem (%)
 	Pessoal ao serviço nos estabelecimentos por 100 indivíduos residentes com 15 ou mais anos
 	Proporção de novas/os beneficiárias/os de subsídios de desemprego da segurança social em relação à população em idade ativa (15-64 anos) (%)
 	Disparidade no ganho médio mensal (entre sexos - %) da população empregada por conta de outrem
 	Ganho médio mensal no município em relação ao valor nacional (%)
 	Proporção de trabalhadores por conta de outrem com contrato de trabalho sem termo (%)
 	Museus por 10 mil habitantes
 	Visitantes de museus por habitante (n.º)
 	Estabelecimentos de outra intermediação monetária (bancos, caixas económicas e caixas de crédito agrícola mútuo) por 10.000 habitantes (n.º)
 	Caixas multibanco por 10.000 habitantes (n.º)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

No município de Montalegre, à semelhança da região do Alto Tâmega e em Portugal, a maioria da população residente encontra-se empregada no setor dos serviços. Apesar de a proporção de pessoas empregadas na agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca ser relativamente baixa, esta continua a ser superior à registada na região do Alto Tâmega e no país (Tabela 43).

Tabela 43. População empregada, por setor de atividade (%), 2018-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

	Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca			Indústria, construção, energia e água			Serviços		
	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre
2018	2,0	1,8	3,4	30,9	35,4	33,7	67,1	62,8	62,9
2019	2,0	1,9	2,9	30,4	35,3	31,9	67,6	62,9	65,2
2020	2,1	1,8	5,0	30,9	34,1	31,0	67,0	64,1	64,1
2021	2,0	1,6	5,4	30,4	33,3	32,8	67,5	65,0	61,9
2022	2,0	1,7	3,5	29,7	31,1	30,9	68,3	67,2	65,6

Fonte: INE (atualização dos dados: 27 de setembro de 2024), MTSSS/GEP, Quadros de pessoal.

Em termos de profissão, no município de Montalegre, destacam-se os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e os vendedores (Figura 32). Os trabalhadores não qualificados assumem um peso relevante, representando 17,3% da população empregada.

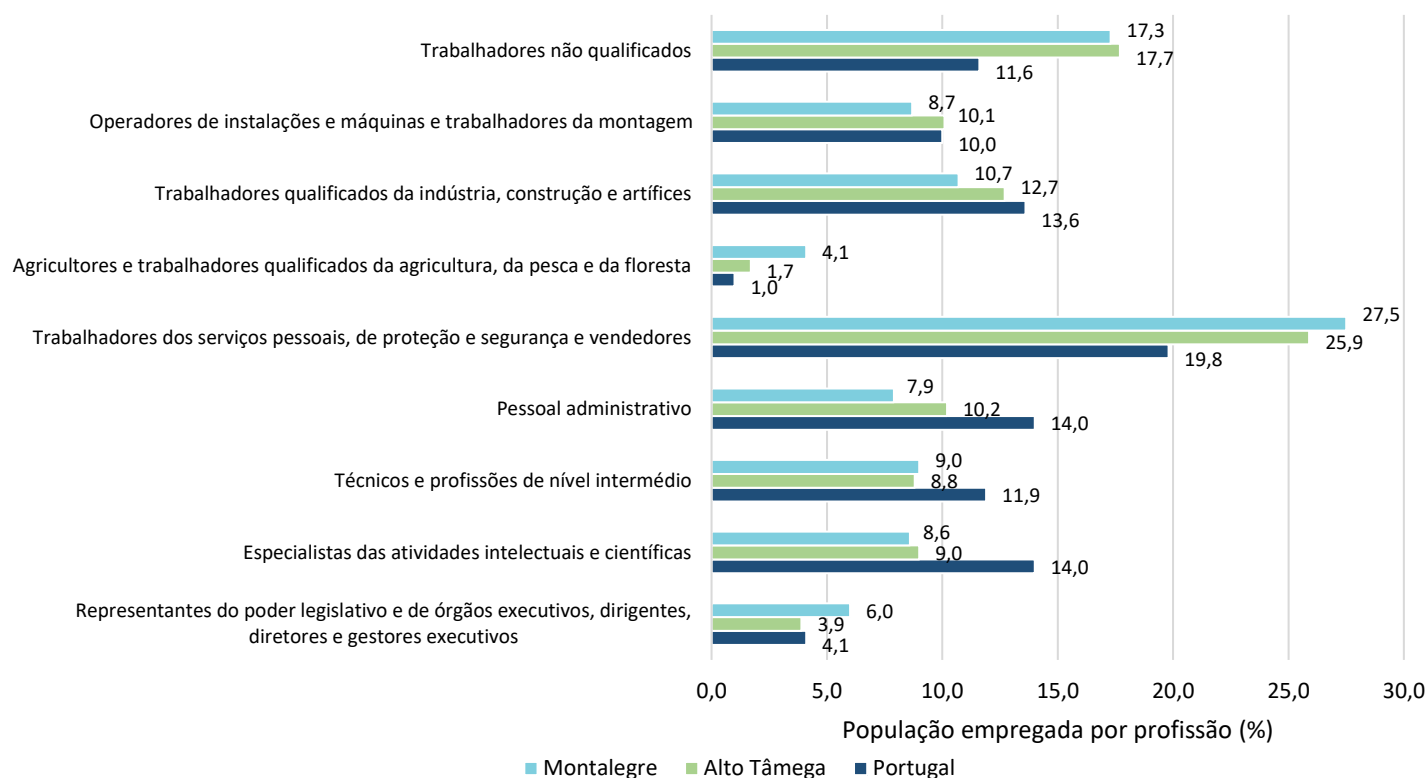


Figura 32. População empregada por profissão (%; Classificação Portuguesa das Profissões), 2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (atualização dos dados: 27 de setembro de 2024), MTSSS/GEP, Quadros de pessoal.

Indicadores económicos

Apesar de se observar um ligeiro aumento no valor mediano do rendimento bruto declarado deduzido do IRS liquidado por sujeito passivo em Montalegre, este valor continua a ser inferior ao registado na região do Alto Tâmega e Barroso, bem como à média nacional (Figura 33).

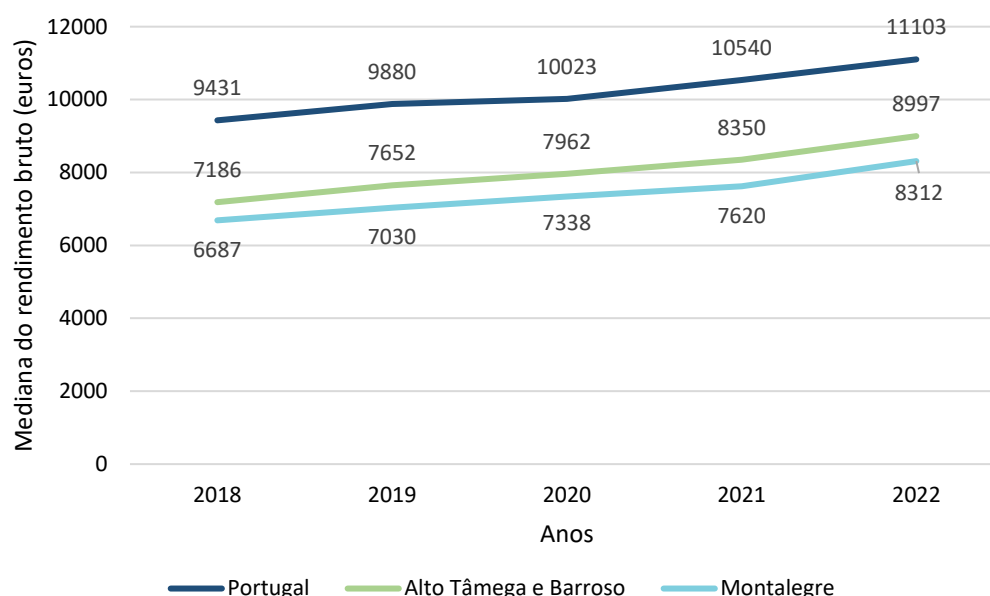


Figura 33. Valor mediano do rendimento bruto declarado deduzido do IRS liquidado por sujeito passivo (€), 2022 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 10 de julho de 2024), Estatísticas do Rendimento ao nível local com base na informação produzida pelo Ministério das Finanças - Autoridade Tributária e Aduaneira.

Verifica-se que o poder de compra *per capita*, no município de Montalegre, manteve-se constante entre 2013 e 2021, embora abaixo do valor registado para a região do Alto Tâmega (Tabela 44).

Tabela 44. Poder de compra *per capita*, 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre
2013	100	71,4	65,7
2015	100	69,9	63,6
2017	100	69,5	62,4
2019	100	70,4	63,3
2021	100	73,5	65,1

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 06 de novembro de 2023), Estudo sobre o poder de compra concelhio.

ODS 9 – Indústria, Inovação e Infraestruturas

O ODS 9 pretende promover infraestruturas de qualidade e processos industriais sustentáveis como base para o bem-estar comunitário, através da modernização de equipamentos públicos com critérios de saúde e sustentabilidade, do apoio à transição ecológica das empresas locais, reduzindo impactos ambientais e do desenvolvimento de soluções tecnológicas que melhorem a saúde pública e a qualidade de vida. As parcerias com instituições do ensino superior da região podem ser uma estratégia com bons resultados no futuro próximo.

Indicadores de referência

	Proporção de participação comunitária em projetos cofinanciados no total de receitas de capital das câmaras municipais (%)
	Investigadoras/es equivalente a tempo integral (ETI) por 1000 habitantes nas instituições e empresas com investigação e desenvolvimento (n.º)
	Despesa em investigação e desenvolvimento das instituições e empresas com investigação e desenvolvimento, por habitante [€ (milhares) / hab.]]
	Proporção de pessoas coletivas e entidades comparadas constituídas em atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares (%)
	Índice de Presença na Internet das Câmaras Municipais Portuguesas
	Acessos à Internet de banda larga em local fixo por 100 habitantes (n.º)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

ODS 10 – Reduzir as Desigualdades

O ODS 10 visa combater as disparidades socioeconómicas dentro e entre países, reconhecendo que a desigualdade é um obstáculo ao desenvolvimento sustentável e à saúde pública. O objetivo centra-se na promoção da inclusão social, económica e política de todos os munícipes, independentemente das suas características como, por exemplo, género, idade ou condição socioeconómica. A redução das desigualdades contribui diretamente para sociedades mais justas e coesas, com impactos positivos no bem-estar coletivo e, em particular, na saúde. As diferenças de estatuto social reconhecem-se como um determinante central das desigualdades em saúde.

Indicadores de referência

	Desigualdade na distribuição do rendimento bruto declarado dos sujeitos passivos (P80/P20) (n.º)
	Coeficiente de Gini do rendimento bruto declarado por agregado fiscal (%)
	Valor mediano do rendimento bruto declarado por sujeito passivo no município em relação ao valor mediano em Portugal (%)
	Ganho médio mensal no município em relação ao valor nacional (%)
	Impacto redistributivo da política fiscal de rendimentos

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

A partir dos dados do INE, é possível constatar que o coeficiente de Gini do rendimento bruto declarado, deduzido do IRS liquidado por sujeito passivo, registou uma ligeira diminuição, entre 2018 e 2022, em Portugal, na região do Alto Tâmega e Barroso e em Montalegre indicando uma diminuição moderada da desigualdade na distribuição dos rendimentos declarados.

Portugal apresenta os valores mais baixos do coeficiente de Gini, o que evidencia uma distribuição de rendimentos menos desigual a nível nacional do que na região do Alto Tâmega e Barroso e no município de Montalegre (Tabela 45). Apesar de os dados

revelarem uma tendência de aproximação gradual aos valores nacional, a região do Alto Tâmega e Barroso, assim como o município de Montalegre continuam a registar níveis de desigualdade superiores à média nacional, refletindo diferenças estruturais na distribuição dos rendimentos declarados nestes territórios.

Tabela 45. Coeficiente de Gini do rendimento bruto declarado deduzido do IRS liquidado por sujeito passivo (%), 2018-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

Localização geográfica	2018	2019	2020	2021	2022
Portugal	37,0	36,5	36,4	36,1	35,7
Alto Tâmega e Barroso	38,6	37,8	37,5	36,9	36,2
Montalegre	38,2	37,4	37,0	37,0	35,9

Fonte: INE. Última atualização dos dados a 10 de julho de 2024.

Entre 2015 e 2022, verificou-se um aumento generalizado dos ganhos médios mensais em todos os níveis de escolaridade em Portugal, refletindo deste modo a valorização crescente das qualificações no mercado de trabalho. A região do Alto Tâmega e, em particular, o município de Montalegre registaram rendimentos inferiores à média nacional (Tabela 46), sobretudo nos níveis de educação mais baixos. À medida que o nível de educação aumenta, a diferença entre os rendimentos a nível nacional e os da região do Alto Tâmega e de Montalegre tende a diminuir, evidenciando uma menor disparidade salarial entre os trabalhadores mais qualificados.

Tabela 46. Ganho médio mensal (€) bruto, por nível de educação, da população empregada por conta de outrem (a tempo completo, com remuneração completa), 2015 e 2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

	2015			2022		
Nível de educação	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre
Inferior ao 1.º ciclo	704,2	606,4	-	896,5	795,2	-
1.º ciclo do ensino básico	779,7	697,7	684,8	976,8	890,6	885,4
2.º ciclo do ensino básico	804,4	684,2	676,3	1.032,3	912,2	869,4
3.º ciclo do ensino básico	861,2	705,4	709,4	1.066,8	926,1	892,3
Ensino secundário	1.072,3	856,3	926,9	1.214,4	1.030,4	1.013,8
Curso técnico superior	-	-	-	1.291,5	1.103,8	1.372,4
Bacharelato	1.803,3	1.141,2	781,5	2.067,6	1.494,0	1.115,4
Licenciatura	1.820,2	1.203,2	1.035,3	2.031,9	1.414,3	1.212,1
Mestrado	1.760,2	1.244,0	1.336,0	2.199,4	1.496,4	1.425,1
Doutoramento	2.487,4	1.353,5	-	2.886,2	2.487,3	-

Fonte: INE. Última atualização dos dados a 27 de setembro de 2024.

ODS 11 – Cidades e Comunidades Sustentáveis

O ODS 11 reconhece o papel central dos espaços urbanos na promoção da qualidade de vida, destacando a necessidade de os tornar mais inclusivos, seguros e resilientes. Este objetivo promove a garantia de acesso à habitação adequada, espaços verdes, transportes sustentáveis e serviços básicos, enquanto prepara as comunidades para os desafios ambientais e sociais. A concretização deste ODS contribui para ambientes urbanos mais saudáveis, reduzindo desigualdades territoriais e melhorando o bem-estar das populações.

Indicadores de referência

		Valor mediano das vendas por m2 de alojamentos familiares nos últimos 12 meses (€)
		Área artificializada em Solo Urbano (%)
		Solo Rústico ocupado por tecido edificado (%)
		Reconstruções concluídas por 100 construções novas concluídas (n.º)
		Evolução da eficiência dos territórios artificializados por habitante (%)
		Bens imóveis classificados por 10 mil habitantes (n.º/hab)
		Despesas dos municípios em proteção da biodiversidade e paisagem por habitante (€/hab.)
		Despesas do município em património cultural por habitante (€/hab.)
		Proporção de superfície ardida (%)
		Habitantes por bombeiro (n.º)
		Proporção de resíduos urbanos recolhidos seletivamente (%)
		Proporção de resíduos urbanos depositados em aterro (%)
		Resíduos urbanos recolhidos por habitante (kg/hab.)
		Proporção de Solo Urbano não artificializado (%)
		Proporção de espaços verdes em solo urbano (%)
		Proporção da área da unidade geográfica ocupada por edificação isolada ou dispersa (%)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Qualidade do ar

À data da elaboração da presente Estratégia Municipal de Saúde, Montalegre não dispõe de estações de monitorização da qualidade do ar integradas na rede nacional gerida pela APA – Agência Portuguesa do Ambiente e pelas CCDR – Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional. A ausência destes equipamentos deve-se, em parte, aos critérios estabelecidos pelo Decreto-Lei n.º 102/2010, que define a necessidade de instalação de estações de monitorização com base em fatores como, por exemplo, densidade populacional, níveis de poluição e presença de fontes emissoras relevantes. Porém, a inexistência de monitorização local limita a capacidade de deteção de variações pontuais na qualidade do ar, especialmente em contextos específicos, como o uso de lenha para aquecimento doméstico ou a ocorrência de incêndios florestais. Para colmatar esta lacuna, seria recomendável a realização de campanhas de medição temporárias e/ou a instalação de sensores de baixo custo, medidas que possibilitariam uma avaliação mais precisa da qualidade do ar no território e contribuiriam para um melhor conhecimento e gestão ambiental no município de Montalegre.

ODS 12 – Produção e Consumo Sustentáveis

O ODS 12 reconhece que os atuais padrões de consumo e produção são insustentáveis a longo prazo, considerando a pressão que exercem sob os recursos naturais. O objetivo visa promover a eficiência no uso dos recursos, a redução do desperdício e a adoção de práticas sustentáveis em toda a cadeia de valor – desde a produção até ao consumo final. A concretização deste ODS contribui para a preservação ambiental, a segurança alimentar e a saúde pública, ao reduzir a exposição a poluentes e promover estilos de vida mais saudáveis.

Indicadores de referência

	Resíduos urbanos recolhidos por habitante (kg/hab.)
	Proporção de resíduos urbanos recolhidos seletivamente (%)
	Proporção de resíduos urbanos preparados para reutilização e reciclagem (%)
	Deposição de resíduos urbanos biodegradáveis (RUB) em aterro (%)
	Associados de organizações não governamentais de ambiente por 1000 habitantes (n.º)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Em Montalegre tanto em 2018 como em 2022 o registo de associados das organizações não governamentais de ambiente por 1000 habitantes é zero, não existe nenhuma organização não governamental de ambiente, mas nesse período as despesas em ambiente do município por habitante subiram de 63 para 220 euros. No mesmo período, na região Norte do país havia cinco associados das organizações não governamentais de ambiente por 1000 habitantes, havia 28 organizações não governamentais de ambiente, mas as despesas em ambiente por habitante eram menores, tendo subido de 57 para 66 euros por habitante.

Resíduos urbanos

Em 2020, a deposição de resíduos urbanos biodegradáveis em aterro foi de 92,8 (tendo sido em 2018 94,0) %. No Norte do país o valor foi cerca de metade, 42,3% em 2020 e 43,6% em 2018. A proporção de resíduos urbanos preparados para reutilização e reciclagem, em 2023, foi em Portugal continental de 32,7%, no Norte de 28,0% e em Montalegre, de 21,3%, quando em 2020 era de 9,7% (38,8% então no continente português).

A quantidade de toneladas de resíduos urbanos recolhidos no município de Montalegre é inferior face à região do Alto Tâmega e Barroso, como seria de esperar em acordo com a dimensão da população residente, contabilizadas tanto por tipo de recolha, tipo de destino ou tipo de material reciclável (Figura 34).

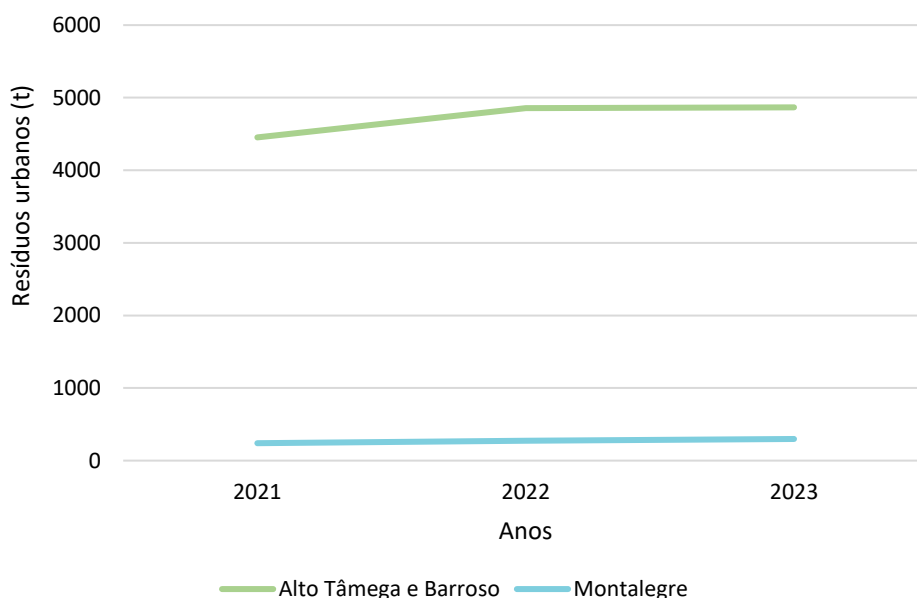


Figura 34. Resíduos urbanos recolhidos (t) recolhidos por ano e tipo de material reciclável, 2021 -2023 – Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 31 de janeiro de 2025), estatísticas dos resíduos urbanos.

Em Montalegre, a recolha de resíduos urbanos, por tipo de material reciclável, *per capita*, manteve-se semelhante entre 2021 e 2023. Importa destacar que o vidro é o resíduo urbano mais recolhido, *per capita*, neste município (Tabela 47).

Tabela 47. Resíduos urbanos recolhidos (t), por tipo de material reciclável, *per capita*, 2021-2023 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

	2021			2022			2023		
	Portugal	Alto Tâmega e Barroso	Montalegre	Portugal	Alto Tâmega e Barroso	Montalegre	Portugal	Alto Tâmega e Barroso	Montalegre
Papel e cartão	2,2	2,1	0,9	2,2	2,2	1,0	2,2	2,2	1,0
Plástico	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Metal	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Vidro	1,8	1,9	1,2	2,1	2,3	1,5	2,0	2,2	1,6
Madeira	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Equipamentos elétricos e eletrónicos	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Pilhas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Volumosos	0,6	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
Óleos alimentares	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outros n.e.	0,3	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Biodegradáveis	1,3	0,1	0,0	1,6	0,0	0,0	2,0	0,1	0,1
Embalagens de cartão para alimentos líquidos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Têxteis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Embalagens de plástico, metal e/ou compósitas	1,3	1,1	0,5	1,4	1,2	0,5	1,4	1,2	0,6

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 31 de janeiro de 2025), estatísticas dos resíduos urbanos.

As freguesias e as uniões das freguesias do município de Montalegre apresentam cobertura total de recolha indiferenciada de resíduos. No caso da recolha seletiva de resíduos, verificam-se diferenças territoriais, registando-se os valores mais elevados em Gralhas, Pitões das Júnias, Santo André, Solveira, Tourém, Montalegre e Padroso, Sezelhe e Covelães e Vilar de Perdizes e Meixide. Pelo contrário, os valores mais baixos foram registados em Sarraquinhos, Venda Nova e Pondras, Salto e Reigoso (Tabela 48).

Tabela 48. Proporção de alojamentos servidos por recolha, indiferenciada e seletiva, de resíduos (%), 2024 – freguesias e união das freguesias de Montalegre.

Freguesias e União das Freguesias de Montalegre	Alojamentos	Recolha indiferenciada		Recolha seletiva	
		Alojamentos com acesso ao serviço	%	Alojamentos com acesso ao serviço	%
Cabril	470	470	100	214	45,5
Cervos	280	280	100	130	46,4
Chã	702	702	100	379	54,0
Covelo do Gerês	164	164	100	113	68,9
Ferral	420	420	100	191	45,5
Gralhas	353	353	100	353	100,0
Morgade	201	201	100	121	60,2
Negrões	235	235	100	97	41,3
Outeiro	146	146	100	108	74,0
Pitões das Júnias	210	210	100	210	100,0
Reigoso	232	232	100	68	29,3
Salto	1102	1102	100	309	28,0
Santo André	245	245	100	245	100,0
Sarraquinhos	334	334	100	72	21,6
Solveira	269	269	100	269	100,0
Tourém	238	238	100	238	100,0
Vila da Ponte	139	139	100	115	82,7
UF de Cambeses do Rio, Donões e Mourilhe	428	428	100	279	65,2
UF de Meixedo e Padornelos	492	492	100	477	97,0
UF de Montalegre e Padroso	1315	1315	100	1315	100,0
UF de Paradela, Contim e Fiães	407	407	100	222	54,5
UF de Sezelhe e Covelães	318	318	100	318	100,0
UF de Venda Nova e Pondras	521	521	100	131	25,1
UF de Viade de Baixo e Fervidelas	854	854	100	415	48,6
UF de Vilar de Perdizes e Meixide	467	467	100	467	100,0

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.



Adotar medidas urgentes para combater as alterações climáticas e os seus impactos.

ODS 13 – Ação Climática

O ODS 13 reconhece as alterações climáticas como uma ameaça global urgente, com impactos diretos na saúde humana e nos ecossistemas. O objetivo visa promover medidas urgentes para combater as mudanças climáticas e seus impactos, através da redução de emissões, reforço da resiliência e integração de políticas climáticas em todos os setores. A concretização deste ODS é fundamental para prevenir riscos à saúde pública, como eventos climáticos extremos, propagação de doenças e insegurança alimentar.

Indicadores de referência

	Proporção de superfície das áreas classificadas (%)
	Consumo de combustível automóvel por habitante (tep / hab.)
	Emissão de gases de efeito estufa (kt CO ₂ eq)
	Associados de organizações não governamentais de ambiente por 1000 habitantes (n.º)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Em Montalegre, os edifícios e os transportes são os principais setores responsáveis pela emissão de gases com efeito de estufa (Figura 35).

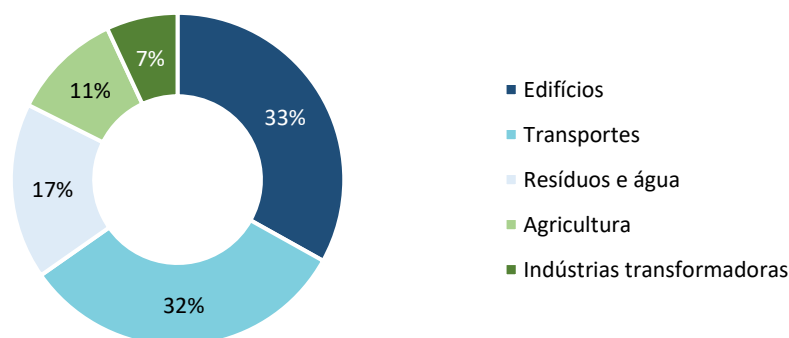


Figura 35. Emissões médias de Gases com Efeito de Estufa, por setor (%), 2022 – Montalegre.

Fonte: MEM (Monitorização de Emissões Municipais), IN+ (Centro de Estudos em Inovação, Tecnologia e Políticas de Desenvolvimento).

Entre 2010 e 2020, registou-se em Montalegre uma redução das emissões de gases com efeito de estufa, apesar de um pico em 2011 (Figura 36).

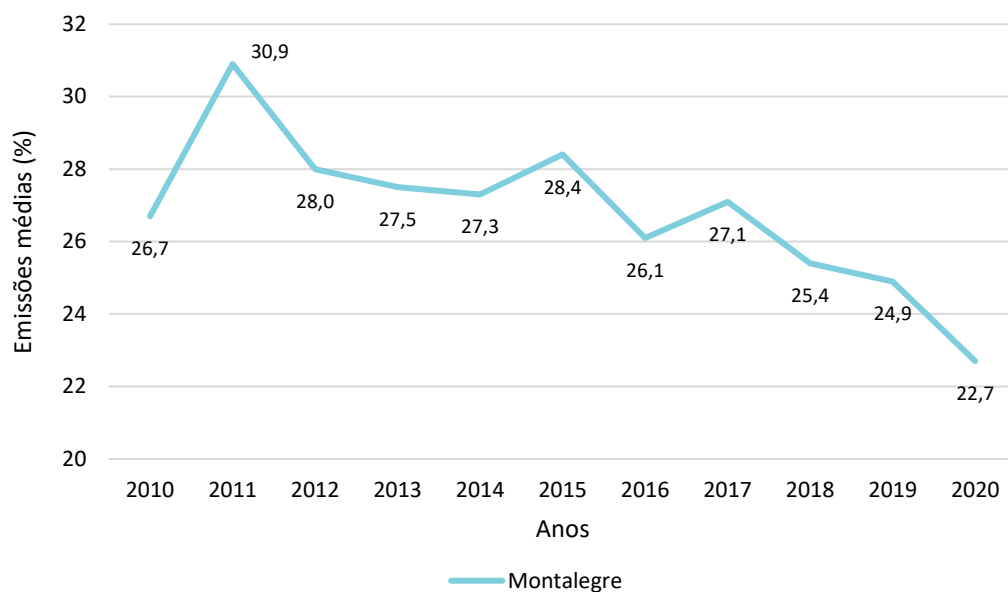


Figura 36. Evolução das emissões médias de Gases de Efeito Estufa (%), 2010-2020 – Montalegre.

Fonte: MEM+ (Monitorização de Emissões Municipais), IN+ (Centro de Estudos em Inovação, Tecnologia e Políticas de Desenvolvimento).

De 2011 a 2019, essas emissões médias *per capita* foram superiores a 2.500 kgCO₂e, diminuindo para 2.110,9 kgCO₂e em 2021 e subindo 8,3% em 2022 (Figura 37).

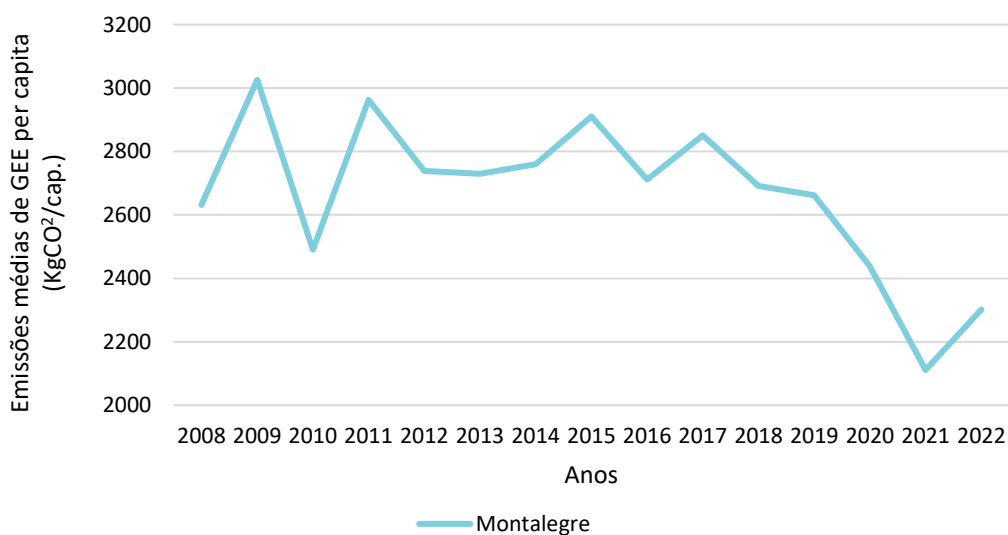


Figura 37. Evolução das emissões médias de Gases de Efeito Estufa, *per capita* (kgCO₂e/cap), 2008-2022 – Montalegre.

Fonte: MEM+ (Monitorização de Emissões Municipais), IN+ (Centro de Estudos em Inovação, Tecnologia e Políticas de Desenvolvimento).

Temperatura mínima, média e máxima do ar (°C)

Registou-se um aumento consistente das temperaturas mínimas, médias e máximas (Figuras 38, 39 e 40), compatível com os padrões de alterações climáticas e aquecimento global, ainda que com oscilações interanuais. Montalegre, a região do Alto Tâmega e Portugal Continental apresentam um padrão semelhante, mas em Montalegre os valores foram sistematicamente inferiores, refletindo a maior altitude e a localização geográfica do território.

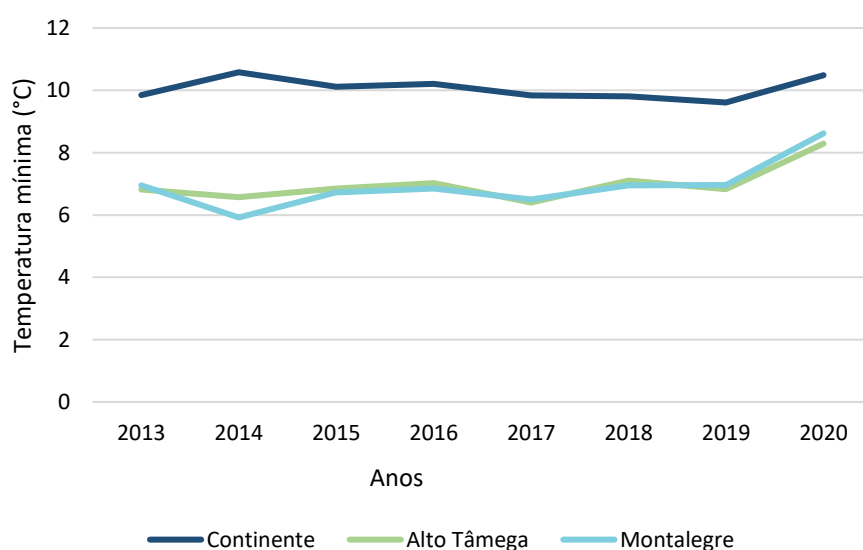


Figura 38. Evolução das temperaturas mínimas (°C), 2013-2020 – Portugal Continental, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE/IPMA. Última atualização dos dados a 16 de dezembro de 2021.

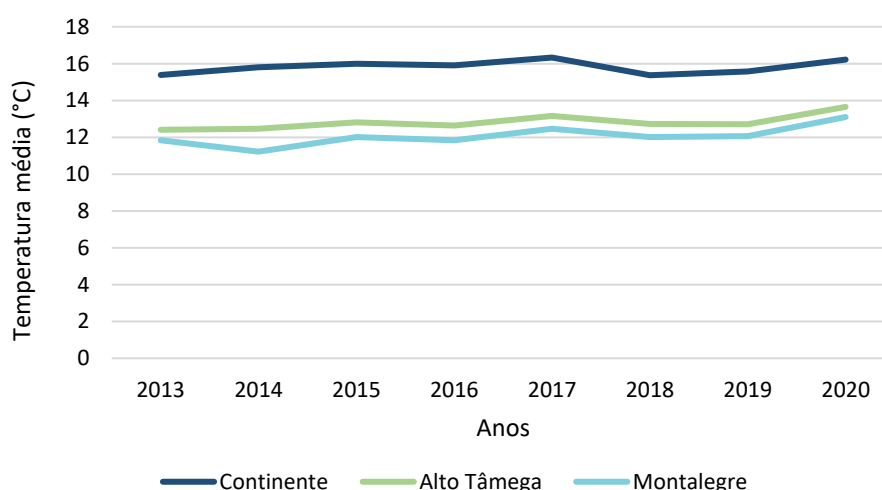


Figura 39. Evolução das temperaturas médias (°C), 2013-2020 – Portugal Continental, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE/IPMA. Última atualização dos dados a 16 de dezembro de 2021.

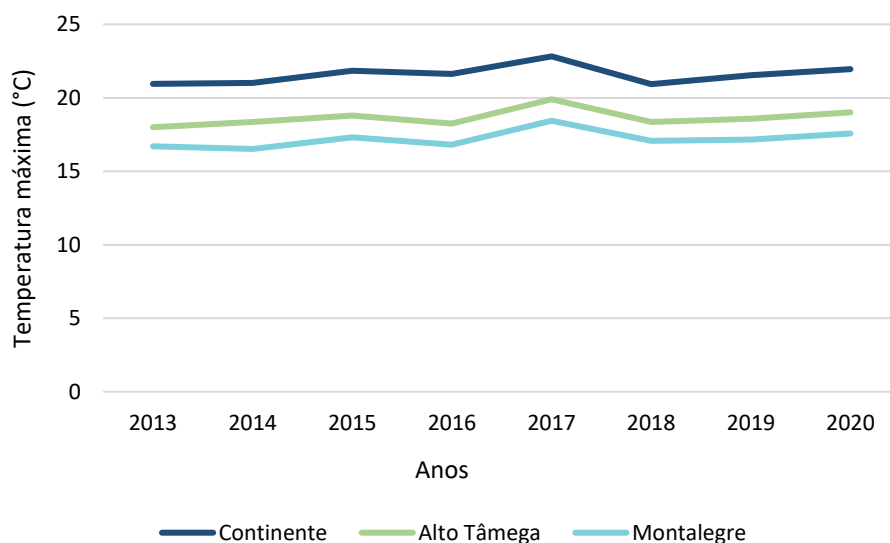


Figura 40. Evolução das temperaturas máximas (°C), 2013-2020 – Portugal Continental, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE/IPMA. Última atualização dos dados a 16 de dezembro de 2021.

Movimentos pendulares

Em Montalegre, como no Alto Tâmega e em Portugal, a proporção da população que utiliza transportes coletivos nas deslocações pendulares para a escola ou trabalho, diminuiu entre 2011 e 2021 (Figura 41), com apenas 15,3% dessa população a utilizar transportes coletivos em 2021. Como consequência, aumentou a proporção da população que utilizou transportes individuais (Figura 42), tendo-se mantido quase inalterada, com cerca de 21% em 2021, a população que estuda ou trabalha que se deslocou a pé, valor semelhante ao do Alto Tâmega, mas superior ao da totalidade do país (Figura 43).

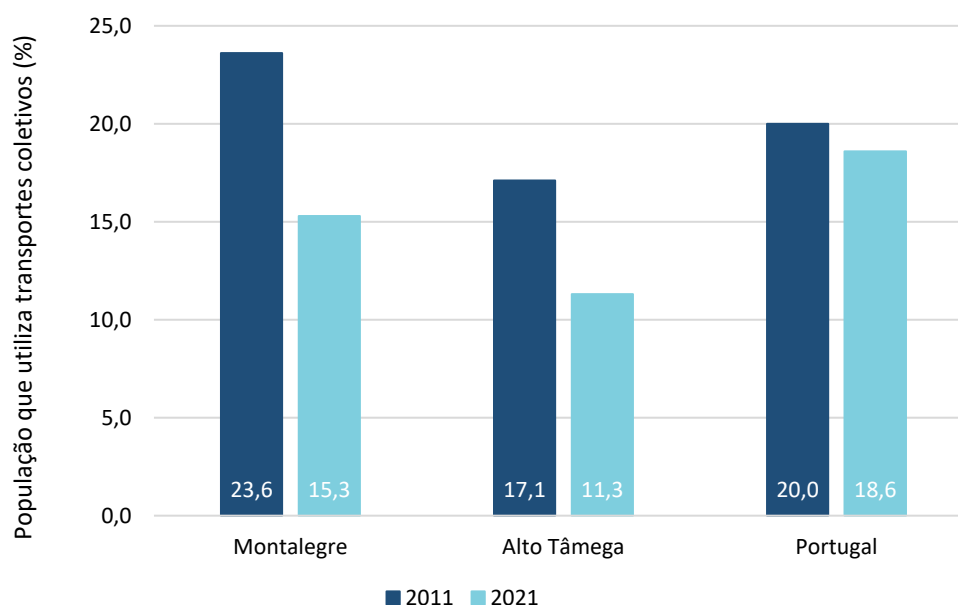


Figura 41. Proporção da população que utiliza transportes coletivos nas suas deslocações pendulares para a escola ou trabalho (%), 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 2 de agosto de 2024), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

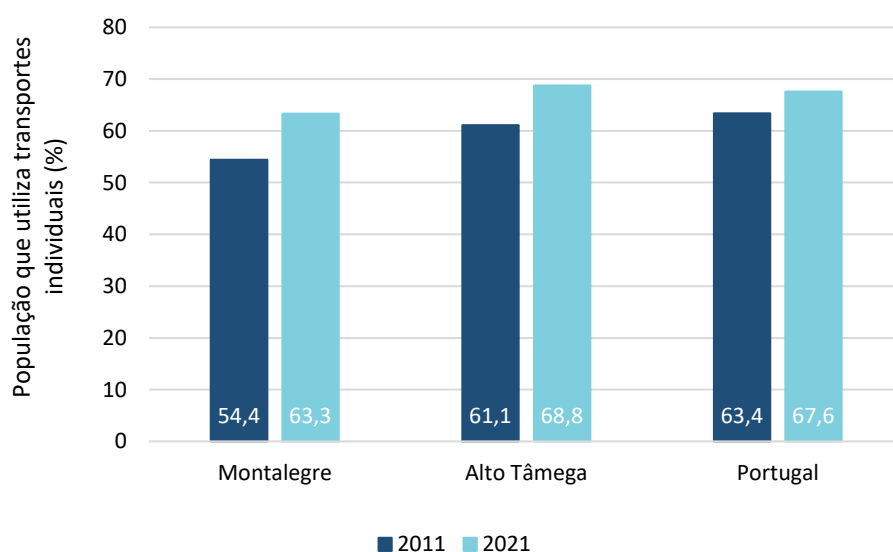


Figura 42. Proporção da população que utiliza transportes individuais nas suas deslocações pendulares para a escola ou trabalho (%), 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 2 de agosto de 2024), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

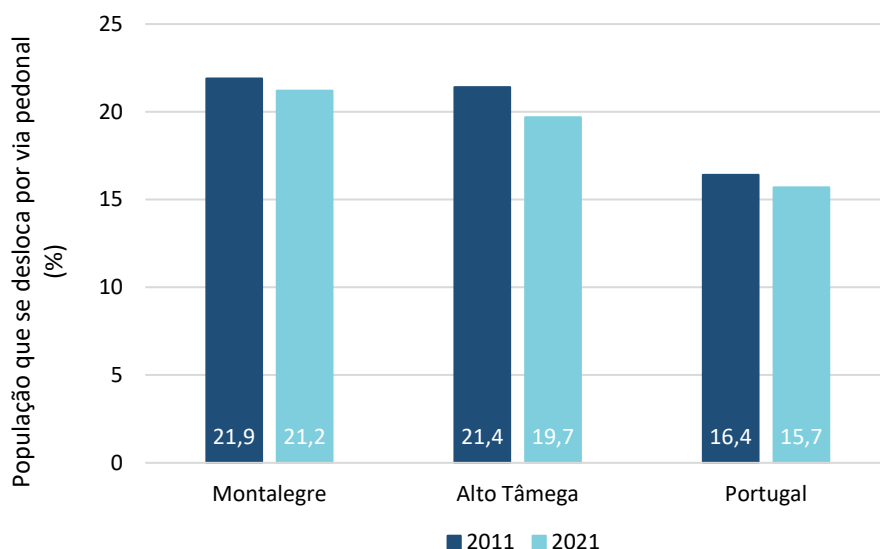


Figura 43. Proporção da população que se desloca por via pedonal nas suas deslocções pendulares para a escola ou trabalho (%), 2011 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 5 de maio de 2023), Recenseamento da população e habitação - Censos 2011/2021.

Em Montalegre, a duração média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante, que utilizou o modo de transporte individual foi ligeiramente superior à registada para a região do Alto Tâmega e Barroso e muito similar à de Portugal (Tabela 49).

Tabela 49. Duração média dos movimentos pendulares (minutos) da população residente empregada ou estudante que utiliza o modo de transporte individual, 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

Localização geográfica	2021
Portugal	17,8
Alto Tâmega e Barroso	15,8
Montalegre	18,2

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 19 de março de 2024), Recenseamento da população e habitação - Censos 2021.

Vulnerabilidade a desastres climáticos – secas, inundações, incêndios florestais

A carta de risco de incêndio rural no município de Montalegre, mostra uma distribuição espacial de risco “Médio”, “Alto” ou “Muito Alto” por todo o território (Figura 44), destacando-se as áreas localizadas a norte, nordeste, este, central e sudoeste.

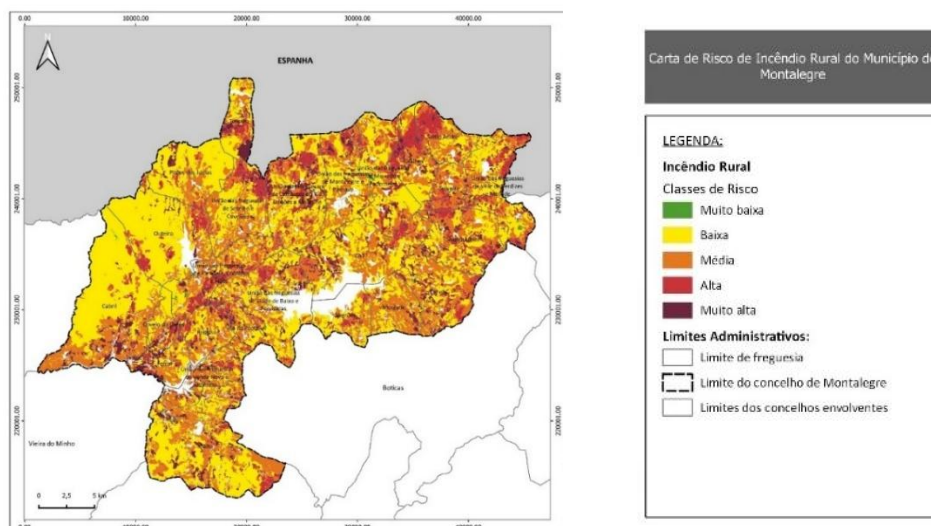


Figura 44. Carta de risco de incêndio rural, 2023 – Montalegre.

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

Uma grande parte do território de Montalegre, apresenta perigosidade de incêndio rural “Alta” e “Muito Alta” (Figura 45). Importa destacar a elevada perigosidade de incêndio rural na região a norte, nordeste e este, perto da zona de fronteira com Boticas e Chaves.

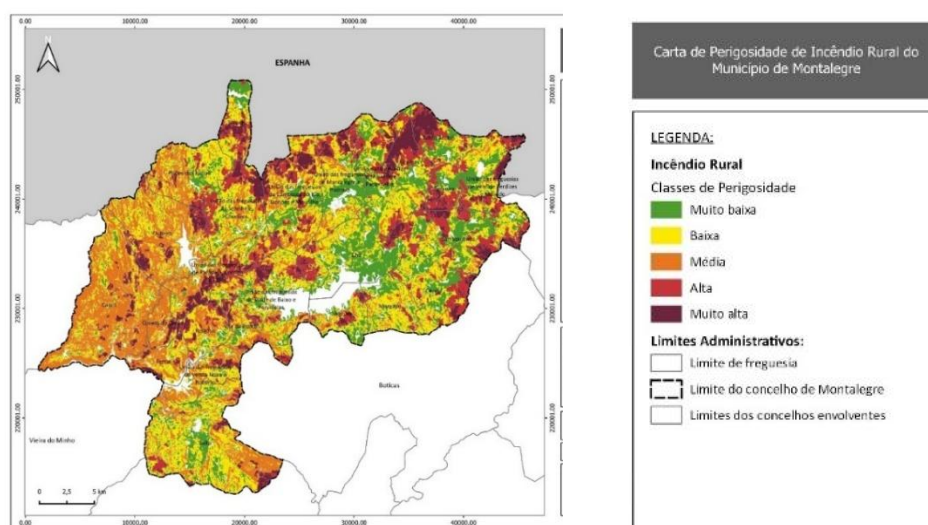


Figura 45. Carta de perigosidade de incêndio rural, 2023 – Montalegre.

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

A carta de suscetibilidade de fitossanidade (Figura 46) permite perceber que as áreas com suscetibilidade elevada estão, maioritariamente, localizadas na região sul do município, nomeadamente nas freguesias de Cabril, Covelo do Gerês, Ferral, Salto, e na União das Freguesias da Venda Nova e Pondras.

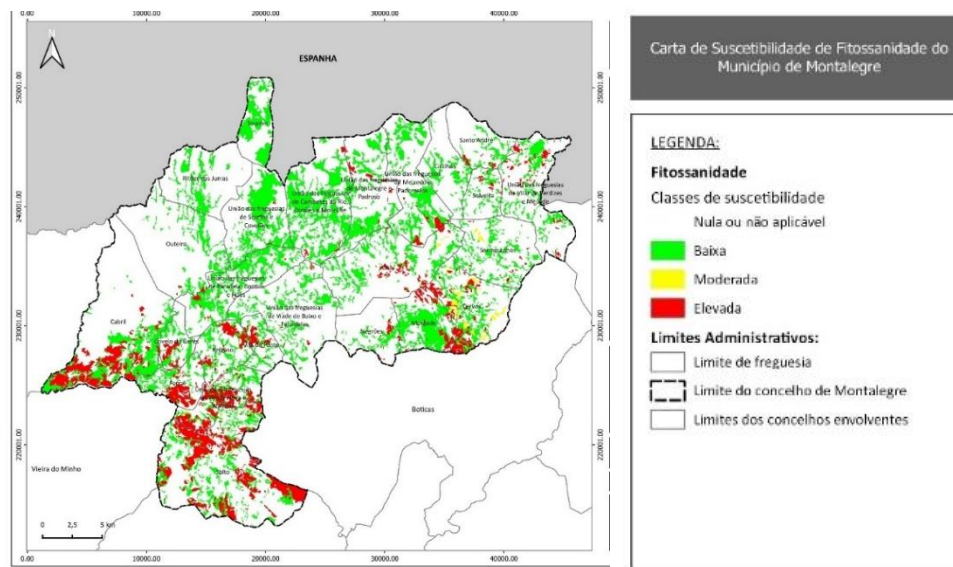


Figura 46. Carta de suscetibilidade de fitossanidade, 2023 – Montalegre.

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

As áreas com suscetibilidade mais elevada de desertificação e erosão dos solos (Figura 47) são generalizadas, mas localizam-se ainda mais na zona norte e este do município, bem como as áreas com suscetibilidade elevada de secas e escassez de água (Figura 48).

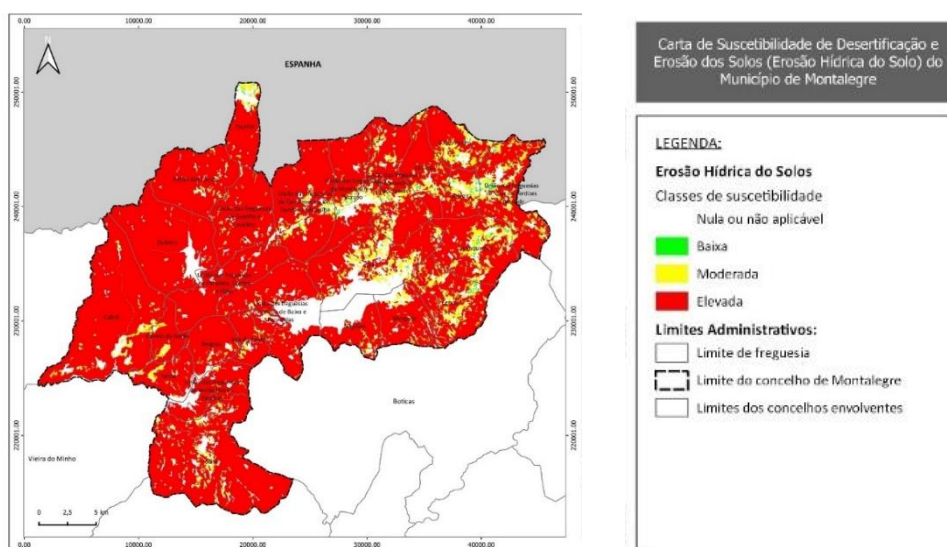


Figura 47. Carta de sustentabilidade de desertificação e erosão dos solos, 2023 – Montalegre.

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

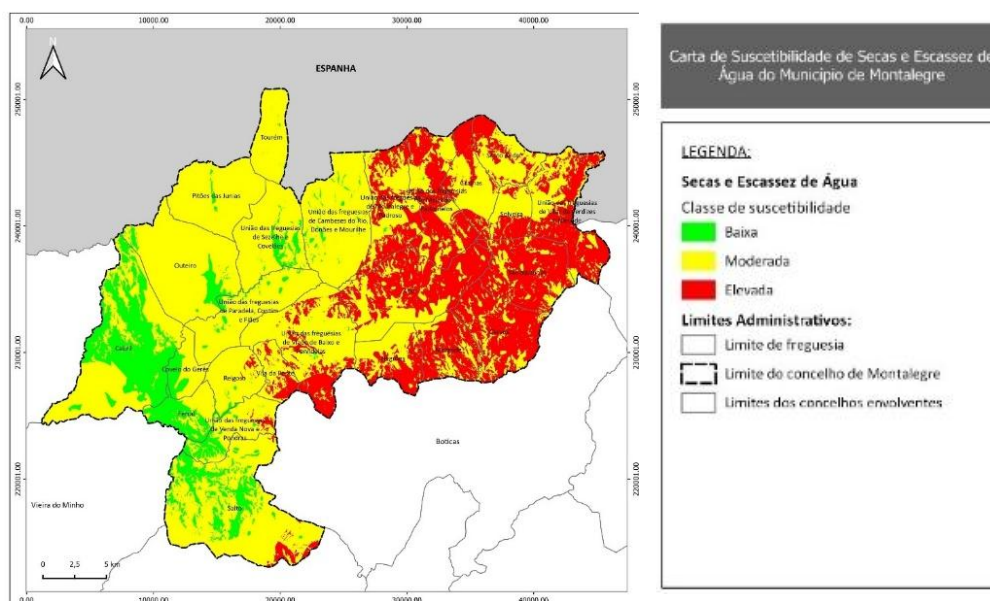


Figura 48. Carta de sustentabilidade de secas e escassez de água, 2023 – Montalegre.

Fonte: Câmara Municipal de Montalegre.

ODS 14 – Proteger a vida marítima

O ODS 14 reconhece o papel vital dos oceanos no equilíbrio ecológico global e no bem-estar humano. O objetivo visa proteger os ecossistemas marinhos, combater a poluição oceânica e promover o uso sustentável dos recursos marinhos, assegurando a sua preservação para as gerações futuras. A concretização deste ODS é essencial para manter a biodiversidade marinha, garantir a segurança alimentar e prevenir riscos à saúde humana associados à degradação dos oceanos. Apesar da relativa distância ao mar, também nas zonas do interior se refletem muitas das consequências da agressão ambiental sobre as águas oceânicas e devem naturalmente ser preservado o capital aquífero local.

Indicadores de referência

 	Plástico recolhido (t) por 10.000 habitantes
 	Proporção de massas de água com bom estado / potencial ecológico (%)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

A proporção da superfície das massas de água com bom estado ou potencial ecológico, face à área total, é muito superior no município de Montalegre relativamente ao Alto Tâmega e Portugal (Tabela 50) e tem até crescido.

Tabela 50. Proporção da superfície das massas de água com bom estado/ potencial ecológico (%), 2012, 2015, 2018 e 2021 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

	Portugal	Alto Tâmega	Montalegre
2012	44,5	73,1	87,1
2015	42,0	73,5	97,7
2018	42,0	73,5	97,7
2021	39,1	59,7	99,7

Fonte: INE (Última atualização destes dados: 20 de maio de 2022), Agência Portuguesa do Ambiente.



Proteger, restaurar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, travar e reverter a degradação dos solos e travar a perda de biodiversidade.

ODS 15 – Proteger a Vida Terrestre

O ODS 15 lida com a importância dos ecossistemas terrestres para o equilíbrio do planeta e para o bem-estar humano. O objetivo visa limitar a perda de biodiversidade, combater a desertificação e promover o uso sustentável dos recursos naturais, assegurando a conservação dos *habitats*.

Indicadores de referência

	Proporção de superfície das áreas classificadas (%)
	Proporção de massas de água com bom estado / potencial ecológico (%)
	Sapadores florestais por 10 km2 de área florestal (nº)
	Proporção de superfície ardida (%)
	Solos de elevado valor pedológico e ecológico com usos não artificializados (%)
	Territórios artificializados per capita (m2/hab.)
	Proporção de espaços naturais no Solo Rústico (%)
	Proporção de florestas de eucalipto por unidade territorial (%)
	Proporção de florestas de eucalipto em área de floresta (%)
	Despesas dos municípios em proteção da biodiversidade e paisagem por habitante (€/hab.)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

ODS 16 – Paz, Justiça e Instituições Eficazes

O ODS 16 visa promover o Estado de Direito, garantir o acesso equitativo à justiça e fortalecer instituições transparentes e responsáveis em todos os níveis. A sua plena concretização é fundamental para reduzir desigualdades, proteger direitos essenciais e criar ambientes seguros que favoreçam o bem-estar coletivo e o progresso social. Salienta-se o atraso no indicador que mede a violência doméstica, uma causa reconhecida de morte, doença e recurso diminuído a cuidados.

Indicadores de referência

		Crimes contra a vida em sociedade por 10 000 habitantes
		Crimes contra o património por 10 000 habitantes
		Crimes contra as pessoas por 10 000 habitantes
		Crimes contra o Estado por 10 000 habitantes
		Violência doméstica contra cônjuge ou análogos por 1000 habitantes (nº)
		Rácio dívida / receita do município (%)
		Índice de Transparência Municipal
		Taxa de abstenção nas eleições para a Assembleia da República (%)
		Taxa de abstenção nas eleições autárquicas (%)
		Proporção de mulheres eleitas para as Câmaras Municipais nas eleições autárquicas (presidentes de câmara e vereadoras) (%)
		Disparidade no ganho médio mensal (Entre sexos - %) da população empregada por conta de outrem
		Participação dos cidadãos proporcionada pela Câmara Municipal na internet

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Criminalidade e violência

Entre 2011 e 2022, o município de Montalegre destacou-se pela elevada variabilidade na criminalidade, apresentando valores sistematicamente superiores aos registados quer no Alto Tâmega, quer em Portugal. Entre 2011 e 2022, observou-se um pico de 2015 a 2017. Portugal apresentou uma tendência de redução da criminalidade, sendo o valor mais baixo registado em 2020, influencia provável da pandemia Covid-19. A região do Alto Tâmega acompanhou a trajetória nacional (Figura 49). Contudo, embora o município de Montalegre tenha registado frequências mais elevadas e irregulares, observa-se uma convergência progressiva com a diminuição no contexto regional e nacional.

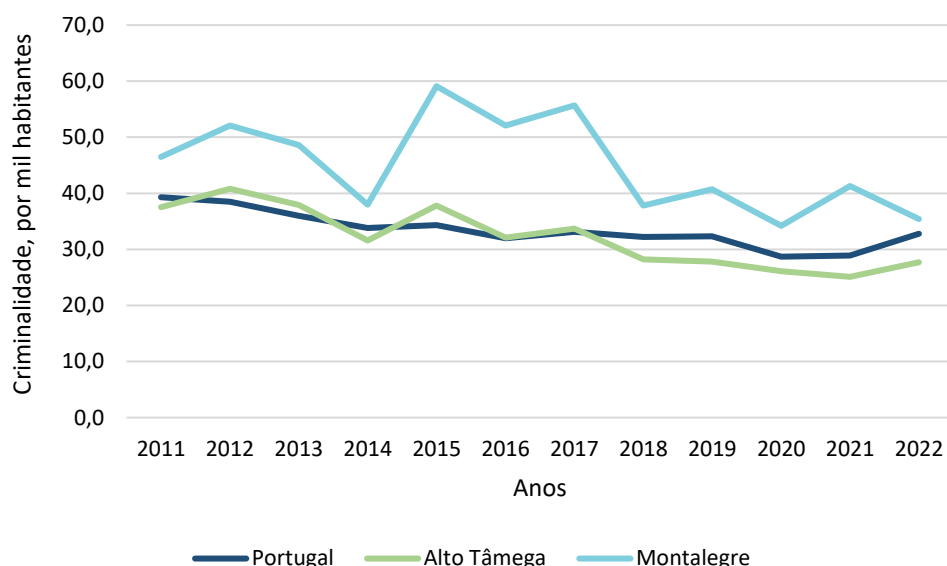


Figura 49. Criminalidade (%), 2011-2022 – Portugal, Alto Tâmega e Montalegre.

Fonte: INE. Última atualização dos dados a 16 de junho de 2023.

Em 2024, o município de Montalegre apresentou frequências mais elevadas de crimes contra a integridade física face ao que ocorreu na região do Alto Tâmega e em Portugal. No entanto, os crimes contra o património são os que registam as frequências mais altas nos três níveis analisados (Figura 50).

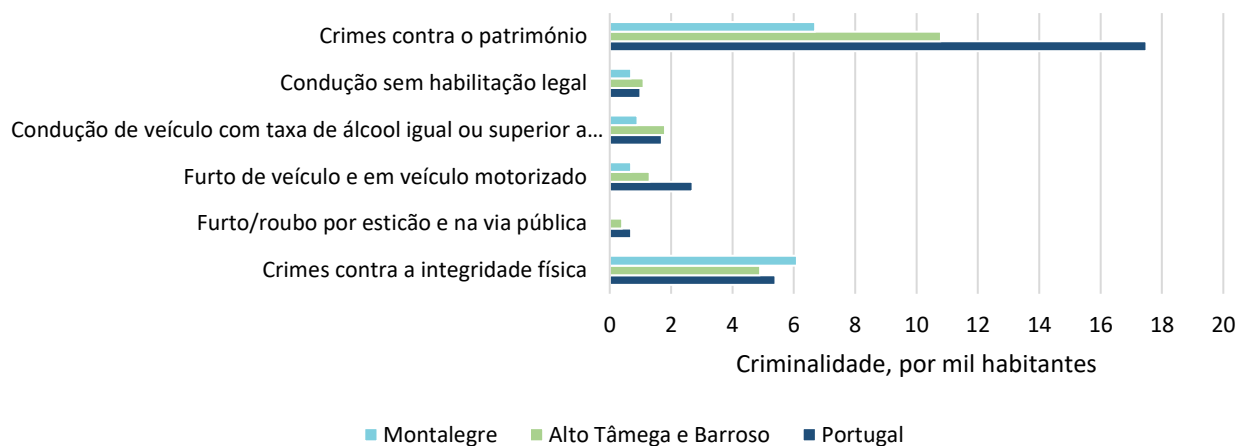


Figura 50. Criminalidade (%) por categoria de crime, 2024 – Portugal, Alto Tâmega e Barroso e Montalegre.

Fonte: INE. Última atualização dos dados a 31 de março de 2025.

ODS 17 – Parcerias para a Implementação dos Objetivos

O ODS 17 dá relevo à cooperação internacional como determinante fundamental para alcançar as metas de desenvolvimento sustentável. O seu propósito último é unir governos, diferentes setores das atividades públicas e privadas e a sociedade civil para partilhar recursos, tecnologia e soluções inovadoras. No caso de Montalegre, valorizam-se indicadores centrados nas formas de financiamento no que se relacionam com as pessoas que servem e também em aspetos ligados com o acesso a tecnologias de comunicação e à internet. Em particular, a tecnologias e soluções que aumentem a eficiência em cuidados de saúde, ajudando a ultrapassar as barreiras físicas e psicológicas associadas com as distâncias.

Importante também garantir a capacidade de estabelecer pontes com áreas ou países menos desenvolvidos.

Indicadores de referência

 	Proporção dos impostos no total de receitas das câmaras municipais (%)
 	Relação entre receitas e despesas das câmaras municipais (%)
 	Receitas das câmaras municipais por habitante (€/hab.)
 	Dívida das câmaras municipais por habitante (€/hab.)
 	Acessos à Internet de banda larga em local fixo por 100 habitantes (n.º)
 	Número médio de alunas/os por computador com ligação à Internet matriculadas/os no ensino não superior (n.º)

Fonte: ODS Local. Informação consultada em abril de 2025.

Estratégia e Plano de Saúde do Município de Montalegre

Integração da informação sobre o território e as pessoas – as estatísticas e as vozes

A presença da saúde em todas as políticas é a ideia fundamental no desenho da Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre. Essa aproximação deve facilitar uma atitude de promoção do capital de saúde individual e do capital comunitário, pensar as ações de modo a minimizar os riscos de doença e ter em vista garantir equidade em saúde. Favorece uma estratégia de governação em que há a centralidade da saúde em políticas e decisões públicas nos diversos setores e níveis de gestão, libertando espaço para criar um futuro mais saudável, construído sobre bases de bem-estar e prosperidade, e não espartilhado na mitigação de doença.

Esta abordagem, favorecida pela OMS desde a Declaração de Alma-Ata de 1978, investe na intervenção sobre os determinantes não clínicos e privilegia a atuação em setores como a educação, a habitação, as políticas industriais ou agrícolas e a justiça social. Pela sua natureza, esses setores estão mais próximos de uma tradução comunitária dependente do poder local e intervir sobre eles tem um efeito mais evidente na vida das populações, contribuindo para pôr em prática o que se pode chamar uma saúde pública de precisão. Ou seja, adequar a cada comunidade as ações mais eficazes sobre os fatores que podem conduzir a doenças e cuja adequação a mudanças sociais pode finalmente promover a saúde

Na construção do Plano Municipal de Saúde de Montalegre, valorizaram-se os processos e a voz dos cidadãos, para construir soluções partilhadas no terreno da vida e atender às soluções e políticas de saúde que propuseram. A saúde é indispensável ao desenvolvimento social e económico comunitário, e esse desenvolvimento abre caminhos novos às ambições em saúde. Este plano estratégico dá uma importância fundamental a essa interdependência.

A visão incorporada no Consenso de Autarcas de Copenhaga, adotado a 13 de fevereiro de 2018, alinhado com a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, serve o trabalho da Organização Mundial de Saúde em Cidades Saudáveis até ao ano de 2030. Contudo, ela pode e deve orientar também as estratégias para a saúde em áreas rurais ou cuja densidade populacional as afasta do conceito corrente de espaço urbano. Os desafios próprios que enfrentam devem ser encarados, partilhando perspetivas semelhantes às desse consenso, como sejam liderar

pelo exemplo, “ênfatizando o foco humano no desenvolvimento social e priorizando o investimento nas pessoas para melhorar a equidade e a inclusão através da sua emancipação”, “garantindo a participação de todos os indivíduos e comunidades nas decisões que os afetam e aos locais onde vivem, aprendem, trabalham, amam e se divertem”, “procurando uma maior prosperidade comunitária e fortalecimento de ativos através de uma governação baseada em valores de bens e serviços comuns”.

A metodologia de trabalho percorreu a listagem de grandes problemas, pela sua natureza quantitativa ou qualitativa, e tinha como orientação identificar grandes eixos de ação. Para esses eixos estruturantes favoreceram-se áreas específicas e para elas objetivos e medidas. A proposta de objetivos a atingir, em relação com cada uma das ações específicas, que se associaram nos eixos de ação definidos, foi elaborada de modo a responder aos problemas identificados perante a avaliação das características do território e das pessoas, dos recursos comunitários e dos indicadores de saúde, medidos tanto pelos seus determinantes como pelos resultados identificados, em particular, no acompanhamento dos percursos evolutivos em direção às metas dos ODS. Contudo, a escolha desses grandes objetivos, pragmaticamente em limitado e realista número, teve também em conta a importância de serem específicos (claros no que pretendem alcançar e nos responsáveis que os asseguram), mensuráveis (evitando ambiguidades e garantindo marcos temporais), atingíveis (realistas na sua ambição e viáveis com os recursos disponíveis), relevantes (resolvendo situações consideradas prioritárias e quantitativamente importantes, em sintonia com as preocupações das partes interessadas), e em tempo útil (desenvolvidos com prazos adequados às necessidades sentidas e aos recursos humanos e financeiros que têm de ser mobilizados).

Da avaliação efetuada, e sintetizada na descrição do território, das pessoas, dos recursos e da saúde, chamamos a atenção para características mais relevantes pelo seu efeito, pela possibilidade de serem modificadas e por influenciarem a saúde e o bem-estar da população.

Montalegre vive as consequências de uma transição demográfica, epidemiológica e nutricional, em relação à qual desconhecemos os reais contornos e tendências. Evidencia-se no envelhecimento, na melhor saúde das mulheres, na maior longevidade, mas é marcada por insuficiente qualidade de vida e por mortes prematuras. Não sabemos quanto a alimentação se afastou do padrão tradicional e

quanto foi capaz de superar o que nele era potenciador de doença, mas há sinais indiretos desse efeito nas causas principais de doença e de morte. A baixa densidade populacional e as suas consequências, na estrutura económica, na organização dos serviços de saúde, na preparação e resposta às emergências em saúde ou outras emergências como desastres ou incêndios, na gestão dos serviços de urgência e cuidados especializados, particularmente os continuados, obrigam a respostas originais que a inovação tecnológica deixa crer mais próximos. A dispersão demográfica dificulta, ainda, a promoção da saúde em idades avançadas e a prevenção de doenças, em particular a prevenção secundária, com a deteção precoce de patologia oral ou cancro, cujo prognóstico está muito dependente do momento de identificação.

O crescimento marcado do índice de dependência de idosos, devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da natalidade, apresenta desafios significativos para a sustentabilidade dos sistemas de segurança social, saúde e educação. Exige políticas públicas que promovam a natalidade, a integração de imigrantes, o envelhecimento ativo ou a resposta à solidão. O desenho e a efetividade dessas políticas, embora dependente também de decisões centrais pode ser extremamente influenciada pelas escolhas locais e pelo valor que se atribuir à saúde.

Pode dizer-se que há um largo conjunto de recursos no terreno, culturais e desportivos, facilitadores de melhor saúde e bem-estar. Necessitam de ser amplamente publicitados e usufruídos. A relevância da sua utilização é bem conhecida, pois proporcionam circunstâncias de convívio e exercício que promovem o envelhecimento ativo e contrariam a perda cognitiva, mas podem ter uma exploração adicional se, integrados com a atuação dos serviços de saúde, forem utilizados no âmbito da prescrição social e cultural.

Assim, para a identificação das necessidades em saúde no território de Montalegre, bem como para o reconhecimento de respostas já implementadas, foi adotada uma abordagem metodológica combinada, utilizando diferentes instrumentos de recolha de dados – desde as estatísticas recolhidas por rotina através do INE, departamentos governamentais ou serviços do município, ao contributo da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, – bem como auscultando, numa dimensão qualitativa, as diferentes partes interessadas. Estes métodos foram ajustados

com o intuito de captar as perspetivas e informações consideradas essenciais para a construção da Estratégia Municipal de Saúde de Montalegre.

Neste âmbito, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a representantes de várias entidades locais, com atuação em múltiplas áreas e contextos de intervenção (Tabela 51). Complementarmente, foi aplicado um questionário aos Presidentes das Juntas e Uniões de Freguesias, com o objetivo de recolher a perceção sobre o espaço para melhorias no território, identificar problemas prioritários e mapear recursos e contributos que possam ser potenciados através da intervenção local.

No período de tempo disponível para a elaboração da presente Estratégia Municipal de Saúde, tendo em consideração os constrangimentos legais de prazos, não foi possível ouvir individualmente todas as entidades que constituem o Conselho Local de Ação Social - CLAS. No entanto, procurou-se incorporar dimensões públicas do seu trabalho e missões, bem como informação conhecida sobre os anseios que manifestam para as suas áreas de atividade. Deixa-se aqui a sua identificação e a expectativa de que o seu contributo para a implementação desta estratégia e plano possa ter o sucesso desejado: Centro de Formação Profissional de Chaves, Instituto de Emprego e Formação Profissional, Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social, Centro Social e Paroquial de Cabril, CPCJ Montalegre, Junta de Freguesia de Chã, Junta de Freguesia de Covelães, Junta de Freguesia de Tourém, Junta de Freguesia de Vilar de Perdizes, ACISAT – Associação Empresarial do Alto Tâmega, Direção Geral de Reinserção Social, DRATM – Direção Regional de Agricultura de Trás-os-Montes, Corpo Nacional de Escutas – Agrupamento 1115 e jornais locais. Do mesmo modo foram contatadas, mas não foi possível realizar uma entrevista formal, as seguintes entidades ou pessoas: Associação Fonte Fria, Bombeiros Voluntários de Salto, Clube Vilar, Clube Salto e Presidente da União das Freguesias de Venda Nova e Pondras.

Apresentam-se de forma sumariada os principais temas identificados nas entrevistas realizadas com as várias instituições e profissionais da saúde, que muito contribuíram também para sinalizar propostas a integrar no plano de saúde. Acrescem aos que se listam na Tabela 52 o reconhecimento de outras preocupações e expectativas como a necessidade de um apoio profissional por nutricionista às entidades prestadoras de cuidados domiciliários, a organização de soluções dedicadas para o transporte de

utentes e doentes aos serviços de diagnóstico ou tratamento, a revisão das regras rígidas de apoio social, nomeadamente no âmbito geográfico de atuação, ou a ausência de uma resposta organizada de saúde ocupacional e medicina do trabalho dirigida às profissões mais duras e, em certo sentido emblemáticas, ligadas à agricultura e à pecuária. Foi também sentida a importância de organizar processos de comunicação social, eficazes e focados em populações específicas, nomeadamente através da rádio, como também envolver lideranças civis e religiosas, que ajudarão muito à continuidade da educação em saúde, bem como à promoção da partilha pela comunidade das ações e metas que tornarão relevante esta estratégia de saúde e farão dela um desígnio coletivo.

Tabela 51. Entidades e representantes locais que participaram em entrevistas com a finalidade de obter informação sobre a diversidade de perspetivas, preocupações e soluções para os problemas locais de saúde.

1	Associação O Campo – SAD
2	Associação Social e Cultural de Paredes do Rio – SAD
3	Associação Borda D’Água
4	Centro Social e Paroquial de Vilar de Perdizes
5	Centro Social e Paroquial da Vila da Ponte
6	CoopBarroso – Cooperativa Agrícola do Barroso
7	SAAS – Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social
8	Cuidados de Saúde Primários (UCC) – Enfermagem
9	Cuidados de Saúde Primários (UCC) – Enfermagem
10	Cuidados de Saúde Primários (UCC + ECCI) – Enfermagem
11	Cuidados de Saúde Primários (UCC + ECCI) – Enfermagem
12	Cuidados de Saúde Primários (UCC + ECCI) – Enfermagem
13	Cuidados de Saúde Primários (UCSP) – Enfermagem
14	Cuidados de Saúde Primários (UCSP) – Enfermagem
15	Cuidados de Saúde Primários (UCSP) – Enfermagem
16	Cuidados de Saúde Primários (UCSP) – Medicina Geral e Familiar
17	Cuidados de Saúde Primários (UCSP) – Medicina Geral e Familiar
18	Cuidados de Saúde Primários (UCSP) – Medicina Geral e Familiar
19	Serviço de Urgência Básica - Enfermagem
20	Santa Casa da Misericórdia de Montalegre
21	CERCIMONT
22	Bombeiros Voluntários de Montalegre
23	Guarda Nacional Republicana (GNR)
24	Produtor de Fumeiro
25	ADRAT – Associação de Desenvolvimento da Região do Alto Tâmega
26	Presidente da Junta de Freguesia de Cabril
27	Presidente da Junta de Freguesia de Salto
28	Agrupamento de Escolas Bento da Cruz
29	Rádio Montalegre
30	Clube Montalegre
31	Presidente da Junta de Freguesia de Ferral
32	Agrupamento de Escolas Dr. Bento da Cruz
33	Delegação de Montalegre da Cruz Vermelha Portuguesa

Tabela 52. Principais temas identificados nas entrevistas realizadas com entidades e profissionais da saúde.

Problemas de saúde e/ou sociais identificados	• Solidão. • Isolamento social – <i>“medo de morrer sem que alguém se aperceba”</i>. • Pessoas idosas a residirem sós. • Idosos a cuidarem de idosos – reportadas situações de sobrecarga emocional e física. • Problemas de saúde mental, em particular nas crianças e jovens. • Consumo de álcool – <i>“não está no topo em número absoluto, mas é muito elevado em termos proporcionais”</i>. • Acidentes de trabalho. • Doenças neuromusculares (várias patologias) – transversal a todas as faixas etárias. • Limitações no apoio a pessoas com doenças crónicas, especialmente quando atingem o pico de reabilitação – <i>“há necessidade de dosear entre a necessidade e os recursos existentes, para que não percam qualidade de vida”</i>.
Fatores protetores	Acesso e logística dos serviços de saúde • Disponibilização de novas viaturas pela Câmara Municipal – fundamental para assegurar a cobertura dos cuidados de saúde prestados no domicílio. • A UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) e a ECCL (Equipa de Cuidados Continuados Integrados) prestam a maioria dos seus serviços no domicílio, o que favorece a transmissão de conhecimentos no ambiente familiar e a identificação e correção de barreiras arquitetónicas e ergonómicas. Comunicação e divulgação de informação de saúde • Utilização dos meios de comunicação locais, como a rádio e os jornais, como ferramentas relevantes na disseminação de informação em saúde. Parcerias e articulação interinstitucional • Articulação entre a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) e as IPSS locais – <i>“os pensos são referenciados para a UCC devido aos custos dos tratamentos”</i>. • Existência de várias famílias de acolhimento no município, que prestam apoio mediante pagamento, apesar de não estarem formalmente reconhecidas pela Segurança Social. Educação e promoção da saúde • Ações pontuais de educação para a saúde nas escolas, embora sem sistematização definida.
Fatores de risco	Acessibilidade geográfica e mobilidade • Território caracterizado por grande dispersão populacional – presença de múltiplos aglomerados populacionais, dispersos pelo território. • Dificuldades de acessibilidade por transportes públicos. • Limitações económicas por parte de muitos municípios dificultam as deslocações à UCSP Montalegre. • O tempo despendido pelas equipas de saúde em deslocações supera o tempo efetivo dedicado aos cuidados prestados no domicílio. • O modelo das extensões de saúde mostrou-se ineficaz (inicialmente eram 8 e atualmente estão 4 ativas), porque os utentes tinham de se deslocar à UCSP, localizada no centro de Montalegre, para obter receitas e aceder a outros serviços. • Os cuidados móveis (e.g., vacina da gripe) deixaram de existir.

	Condições económicas • Reduzida disponibilidade financeira por parte de muitos agregados familiares. Infraestruturas e condições de habitabilidade • Muitas casas apresentam más condições de habitabilidade (e.g., algumas habitações ainda não dispõem de casa-de-banho). • Uso predominante de lareiras abertas como forma de aquecimento, estando associado ao aumento de doenças respiratórias (asma e outras mais graves) por inalação de fumos. Mesmo em agregados familiares com disponibilidade financeira, há uma tendência para a desvalorização do conforto térmico e outras condições de bem-estar (questão cultural). Literacia e inclusão digital • Baixa literacia em saúde. • Baixa literacia digital. • Problemas nas telecomunicações – dificuldades na rede. • Falta de acesso a computador e internet. Recursos e organização dos serviços de saúde • Ausência de Terapia da Fala no município – elevada procura em idade pediátrica e para pessoas que necessitam de reabilitação pós-AVC. • Ausência de Fisioterapia no município (setor público e privado), apenas existe enfermagem de reabilitação – os munícipes têm de se deslocar a Chaves para acederem a cuidados de Fisioterapia³. • Ausência de Centros / Unidades de Diálise⁴ no município. • Há equipamentos de reabilitação em falta, como passadeiras e equipamentos multifunções. • Inexistência de Consulta de Cessaçao Tabágica – devido a falta de recursos humanos. • Lista de espera para avaliação na área da reabilitação. • Foram reportadas, no âmbito das referências, algumas falhas na codificação médica. • Ausência de experiência em Teleconsulta – importante no acompanhamento de grávidas, pessoas com hipertensão e/ou diabetes, saúde infantil. • Fraca articulação entre instituições (e.g., entre as unidades de saúde e a Cruz Vermelha). • Falta de acesso à Saúde Ocupacional para os profissionais de saúde. Apoios sociais e rede de cuidados • Morosidade nos processos de âmbito social, dificultando a resposta rápida a situações de vulnerabilidade. • Ausência de suporte familiar, agravada pela forte emigração. • Ausência de apoio formal a cuidadores informais⁵, muitos deles sem preparação adequada para o ato de cuidar. • Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas sem capacidade de resposta – falta de vagas disponíveis. • Inexistência do projeto de Prescrição Social no município – referência a Vila Pouca de Aguiar.
--	--

³ Atualmente, vão 40 pessoas, por dia, para Chaves para receber cuidados de Fisioterapia.

⁴ Atualmente, vão 6 pessoas, por dia, para Chaves ou Vila Real para fazer hemodiálise.

⁵ Existem, aproximadamente, 50 cuidadores informais no município de Montalegre.

	Saúde mental e bem-estar - Faltam respostas em atividades de ocupação dos tempos livres para pessoas com problemas de saúde mental. - Não existem Universidades Sénior no município. - Forte aceitabilidade social do consumo de álcool– <i>“é uma questão cultural acentuada”</i>, e drogas Educação e promoção da saúde - Os programas de Saúde Escolar (e.g., PASSE, PRESS, PELT) não estão ativos, por vários motivos: 1) dificuldade de adesão dos professores; 2) interrupção com a pandemia SARS-CoV-2, não tendo sido posteriormente retomado; 3) elevada rotatividade do corpo docente (mobilidade dos professores), dificultando a formação contínua sobre estas matérias. - Baixa adesão ao cheque-dentista – <i>“usam o cheque quando apenas têm problemas”</i>. Histórico de problemas de Saúde Pública - Registo de casos, no passado, de brucelose em Cabril. - Registo de casos, no passado, de utilização inadequada de pesticidas (remédio da batata e remédio do escaravelho). Capacitação e planeamento para eventos e situações extraordinárias - Falta de preparação das estruturas locais para eventos de massas (e.g., sextas-feiras 13, Campeonato Nacional de Parapente, <i>Rallycross</i>).
Boas práticas / Respostas existentes	Promoção da saúde e estilos de vida saudáveis - Ações de sensibilização para idosos, com foco na promoção de estilos de vida saudável e prática de exercício físico. - Implementação do programa Mais Contigo, em contexto escolar (7.º ano). Cuidados de saúde de proximidade - Visitas regulares ao domicílio por parte dos serviços de saúde. - Existência de 4 extensões de saúde ativas: Ferral, Salto, Cabril e Venda Nova. - Disponibilidade de 1 dentista e 1 psicólogo nos serviços de saúde de Montalegre. Apoio social a grupos vulneráveis - Programa Radar Social (GNR) – realização de visitas a pessoas em situação de isolamento. - Projeto de ajudas técnicas (e.g., camas especializadas para pessoas acamadas, cadeiras de rodas). - A Assistente Social está afeta a Montalegre 3 dias por semana – o resto do tempo está presente em Boticas. Saúde mental - Programa de redução de danos (terapêutica de substituição com metadona) – consulta regular em Chaves (atualmente, estão 2 utentes em acompanhamento). Equipamentos e estruturas de apoio - Existência de um Centro de Dia no município (em Salto), com 4 utentes – transporte assegurado pelos Bombeiros. Estudos e avaliações em curso - Está em curso um estudo sobre os motivos da baixa adesão ao cheque-dentista.

Propostas de intervenção para mitigar as necessidades identificadas	Melhoria na comunicação e acessibilidade digital • Levantamento do número de pessoas com telemóvel no município. • Capacitação da população para o recurso à telemedicina, privilegiando o uso de videochamada em detrimento do telefone. • Criação de uma plataforma para reportar situações de insalubridade (e.g., entidades com atuação no domicílio). Planeamento, monitorização e avaliação das necessidades da população • Atualizar recenseamento – Diagnóstico Social. • Otimização do programa Radar Social, ampliando o seu alcance e eficácia. • Levantamento do número de pessoas com úlceras de pressão e quantas necessitam de cuidados (in)formais. • Levantamento do número de pessoas que necessitam do apoio de cuidadores (in)formais. Articulação intersectorial e integração dos cuidados • Criação de um canal formal de articulação entre os setores da saúde e social. • Criação da figura de mediador comunitário de saúde, com a função de promover a articulação entre o setor da saúde, o setor social e as forças de segurança – maior articulação com as Juntas de Freguesia para maior capacidade de resposta às necessidades da população. • Maior divulgação do projeto de ajudas técnicas da Cruz Vermelha Portuguesa – Montalegre junto da UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade). Reforço dos equipamentos e serviços de saúde • Construção de uma sala de fisioterapia (“ginásio”) nas instalações do Centro de Saúde de Montalegre, com equipamento adequado. • Reforço da cobertura dos Serviços de Apoio Domiciliário no município. • Descentralização de consultas de especialidade (e.g., Ginecologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Psiquiatria, Oftalmologia). • Melhoria do acesso aos cuidados de saúde mental locais. Formação e capacitação dos profissionais de saúde • Promoção de formação específica (durante o curso e o internato) ajustada às características do território e da população. • Promoção de formação em Cuidados Paliativos Domiciliários para os profissionais de saúde. Educação, literacia e promoção da saúde • Promoção de literacia em saúde mental, especialmente junto de grupos vulneráveis. • Promoção de literacia financeira para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade. • Promoção da educação em matéria de saúde oral, de modo a reforçar a prevenção e a adesão ao cheque-dentista. • Promoção de formação contínua e educação em saúde nas escolas. • Reforço do papel da Associação de Pais. • Capacitação da comunidade para a deteção precoce de sinais de doença mental, promovendo o reconhecimento de sintomas, a redução do estigma e o encaminhamento atempado para os serviços especializados.
Parcerias para uma mudança sustentável e a longo prazo	• Juntas de freguesia e união das freguesias. • Câmara Municipal de Montalegre. • Envolvimento crescente da sociedade civil.

Para a identificação das necessidades sentidas nas juntas e uniões das freguesias de Montalegre utilizou-se um questionário específico capaz de fornecer uma visão geral das lideranças locais. O desenho e a implementação de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença requerem esse conhecimento aprofundado da realidade local e das necessidades da população. Com este propósito, elaborou-se então o questionário, dirigido aos Presidentes das juntas de freguesia e união das freguesias do município de Montalegre, cujo principal objetivo consistiu em avaliar um conjunto de fatores com impacto na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida da população do município.

Este questionário resulta da adaptação da ferramenta *Place Standard*⁶, originalmente desenvolvida para avaliar a qualidade dos espaços urbanos. A sua reformulação ocorreu tanto a nível dos conteúdos como da abordagem, garantindo que as especificidades do município de Montalegre estariam refletidas nas áreas em análise.

A informação obtida através do questionário permite orientar o planeamento em saúde e quantificar metas, contribuindo para a promoção do bem-estar e da equidade social, através da identificação de contextos com impacto negativo nas comunidades. Ao focar-se não apenas nas necessidades imediatas, mas também na sustentabilidade a longo prazo, este questionário pretende criar a base para que as gerações atuais e futuras possam usufruir de um território mais saudável, inclusivo e resiliente. Esta linha de pensamento visa permitir a identificação clara dos aspetos que exigem intervenção prioritária e dos fatores que funcionam adequadamente no município. Deste modo, torna-se possível orientar a alocação de recursos de forma eficiente, garantindo que as soluções implementadas respondam às verdadeiras necessidades da população. Adicionalmente, esta abordagem assegura que cada investimento municipal contribua de forma mensurável para melhorar o ambiente físico e social, criando bases sustentáveis para o desenvolvimento futuro.

O questionário foi organizado considerando três áreas fundamentais, cada uma analisada através de subáreas específicas: a) Ambiente, Urbanismo e Infraestruturas: permite analisar aspetos desde a mobilidade à economia circular; b) Desenvolvimento

⁶ NHS Health Scotland. Place Standard: How Good is Our Place? Disponível em: <https://www.placestandard.scot> (consultado em 21 de março de 2025).

Socioeconómico e Cultural: abrange áreas desde o emprego até à coesão comunitária e social; c) Saúde, Segurança e Qualidade de Vida: incluindo bem-estar animal e prevenção de zoonoses.

Os presidentes das juntas ou união das freguesias do município de Montalegre foram convidados a classificar cada tema numa escala de 1 a 7, em que 1 significa que há muito espaço para melhoria e 7 significa que há pouco espaço para melhoria. Adicionalmente, para as temáticas com menor classificação, foi solicitado que descrevessem os principais problemas que contribuíram para essa avaliação, bem como aspetos que, na sua perspetiva, poderiam ser mitigados ou resolvidos com a participação da Câmara Municipal de Montalegre e da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro.

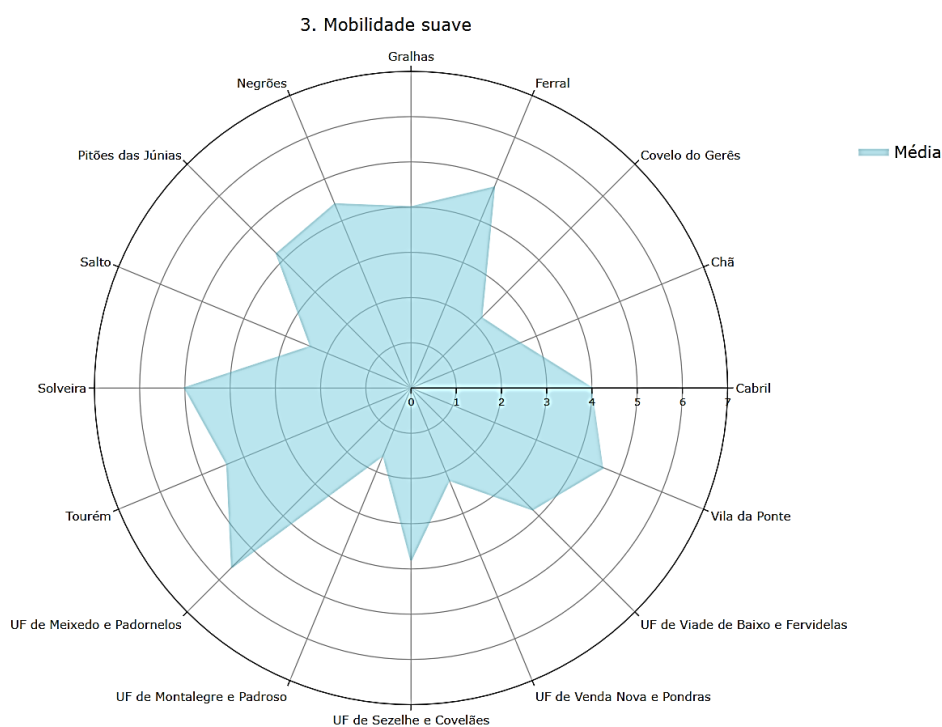
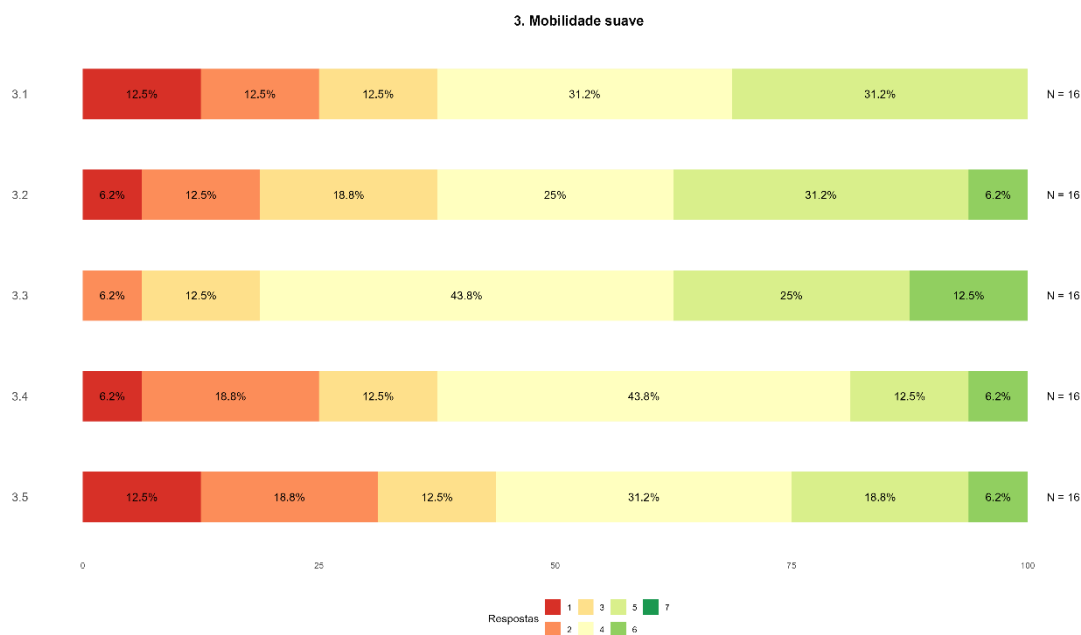
Das 25 juntas ou união das freguesias do município de Montalegre, responderam a este questionário, total ou parcialmente, 17⁷ (proporção de resposta - 68%).

Apresentam-se, de seguida, os resultados obtidos, indicando para cada pergunta a proporção das freguesias que se autoavaliaram com 1, 2, 3, 4, 5, 6, ou 7, refletindo a autoapreciação geral em resposta a cada uma dessas perguntas (gráfico de barras) e em seguida, para cada subtema, o valor médio das respostas de cada freguesia ou união de freguesias, que assim se podem comparar (gráfico radial). Como se pode verificar da análise realizada, entre as freguesias e união das freguesias é muito variado o grau de satisfação, medida como espaço para modificações e melhoramentos, de acordo com o largo número de temas propostos e muito diferente também o posicionamento na comparação entre elas. Sobretudo, fornece-se com este inquérito uma indispensável linha de base para no futuro estimar o efeito dos procedimentos e intervenções a serem implementados. Para tornar mais fácil cotejar os resultados apresentados com o questionário original manteve-se na apresentação dos resultados a mesma numeração das áreas e subáreas bem como das perguntas dentro de cada uma delas.

⁷ Cabril, Cervos, Chã, Covelo do Gerês, Ferral, Gralhas, Negrões, Pitões das Júnias, Salto, Solveira, Tourém, União das Freguesias de Meixedo e Padornelos, União das Freguesias de Montalegre e Padroso, União das Freguesias de Sezelhe e Covelães, União das Freguesias de Venda Nova e Pondras, União das Freguesias de Viade de Baixo e Fervidelas, Vila da Ponte.

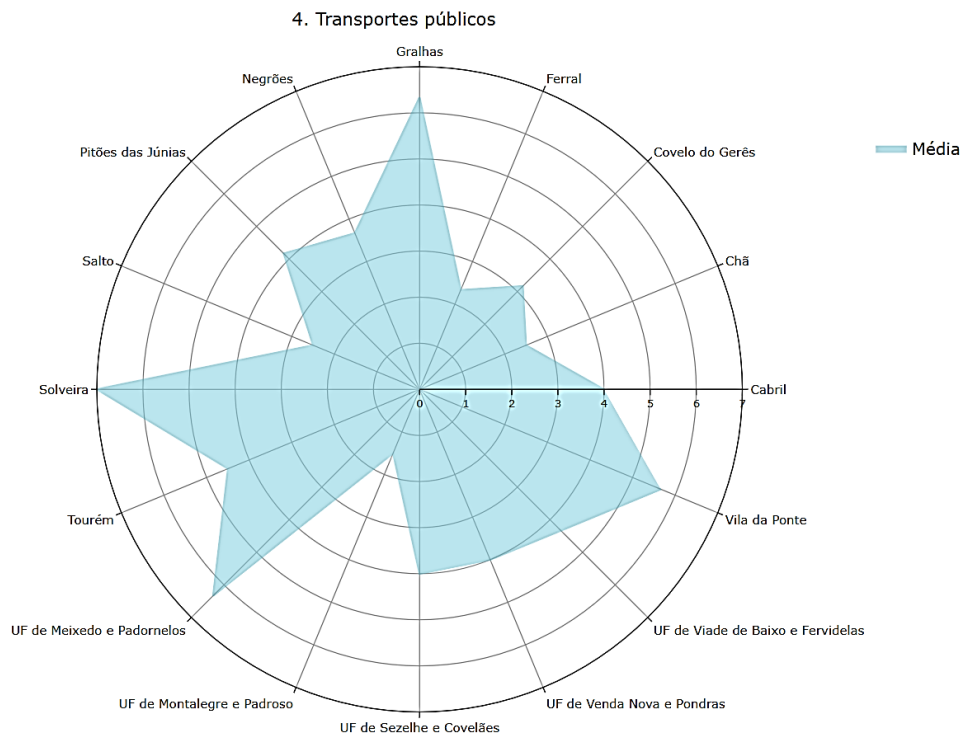
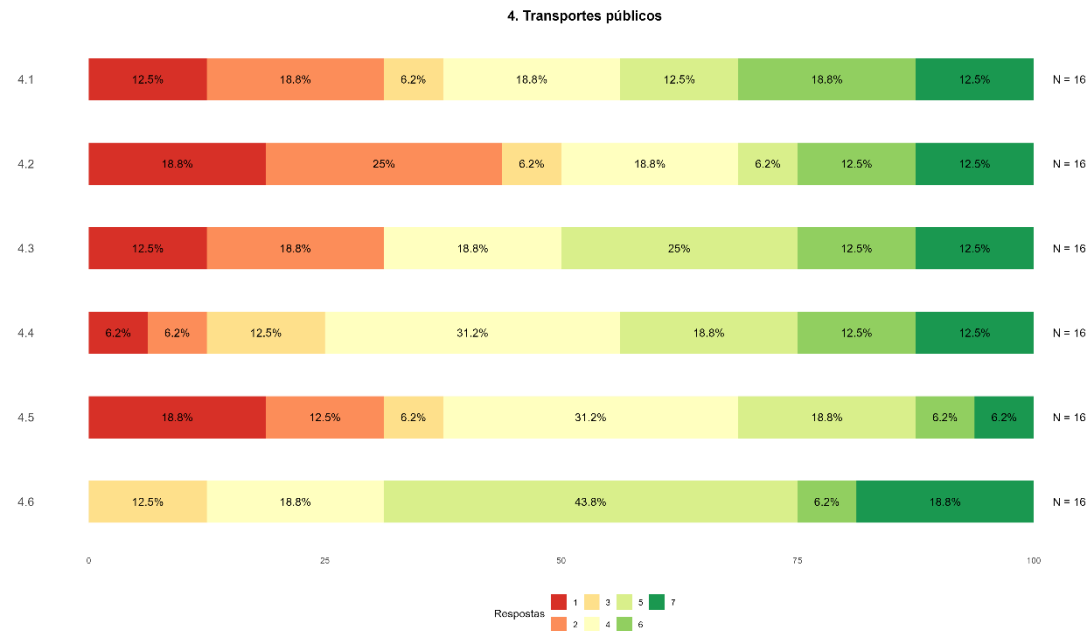
3. Mobilidade suave

- 3.1.** É dada prioridade aos percursos a pé e de bicicleta em relação aos automóveis e outros veículos a motor, tanto quanto possível?
- 3.2.** Os percursos fornecem ligações evidentes e diretas com os locais onde as pessoas querem ir, tais como escolas, lojas, parques e transportes públicos?
- 3.3.** Os percursos são de boa qualidade, atrativos e agradáveis de utilizar?
- 3.4.** Os percursos satisfazem as necessidades de todos, independentemente da idade ou mobilidade das pessoas?
- 3.5.** Existem bancos disponíveis, em número suficiente, para que os pedestres possam descansar?



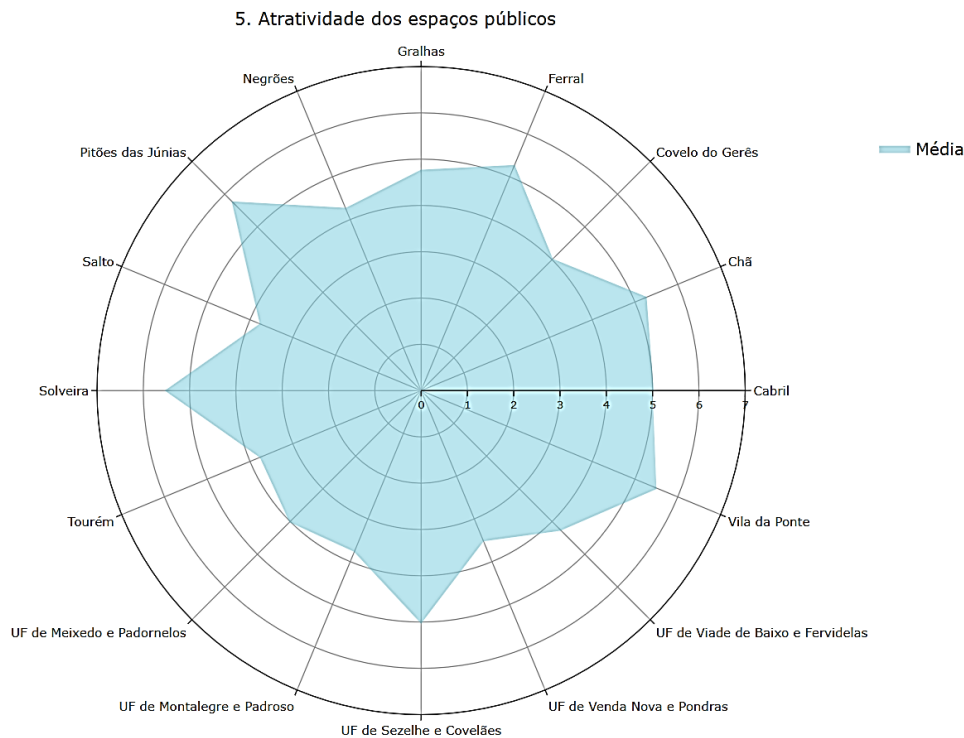
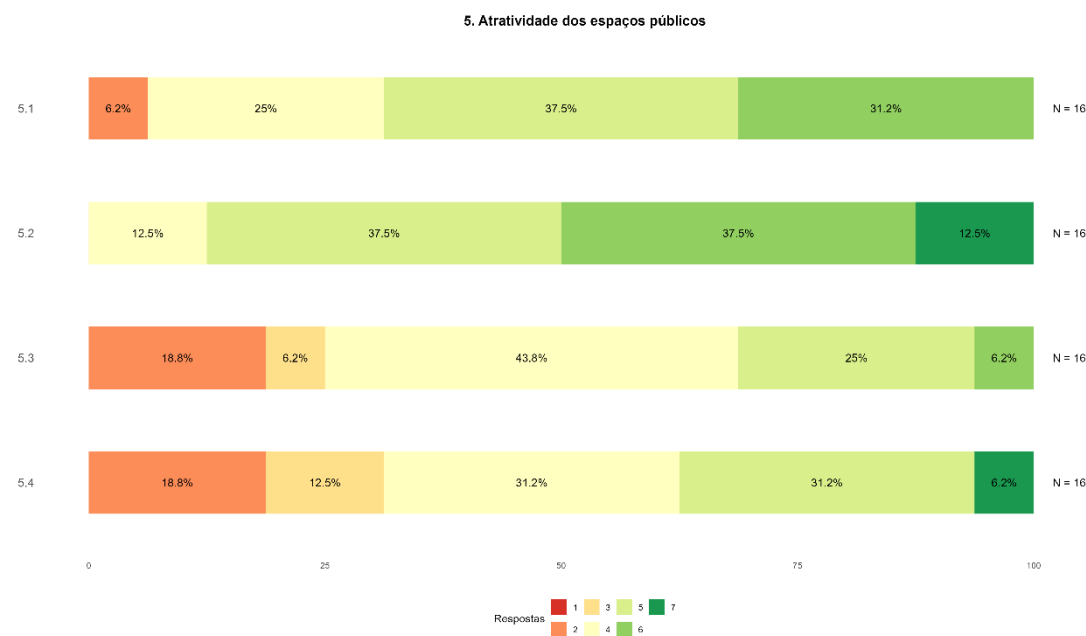
4. Transportes públicos

- 4.1. Os serviços de transporte público são frequentes e fiáveis?
- 4.2. Os serviços de transporte público permitem que as pessoas cheguem onde querem?
- 4.3. Os transportes públicos são seguros e de fácil acesso, independentemente da idade ou mobilidade das pessoas?
- 4.4. Há paragens e estações de autocarros em locais convenientes e a curta distância das residências das pessoas?
- 4.5. Todos podem suportar os custos dos serviços de transporte público?
- 4.6. As infraestruturas e os veículos são de boa qualidade e estão em bom estado de manutenção?



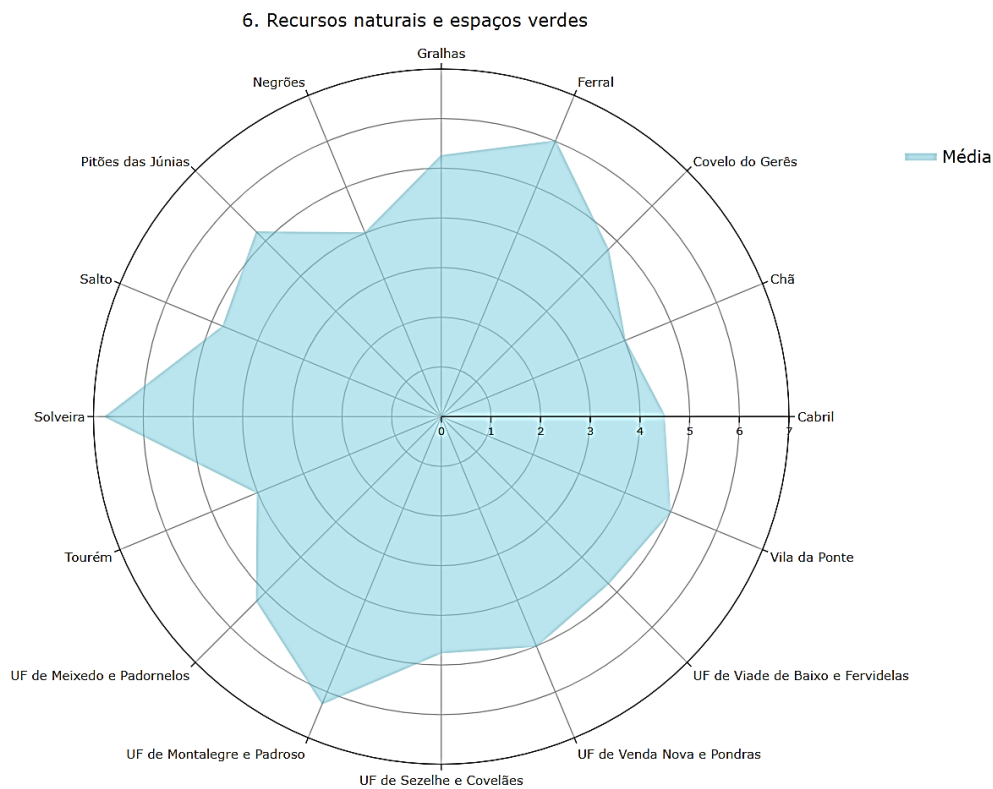
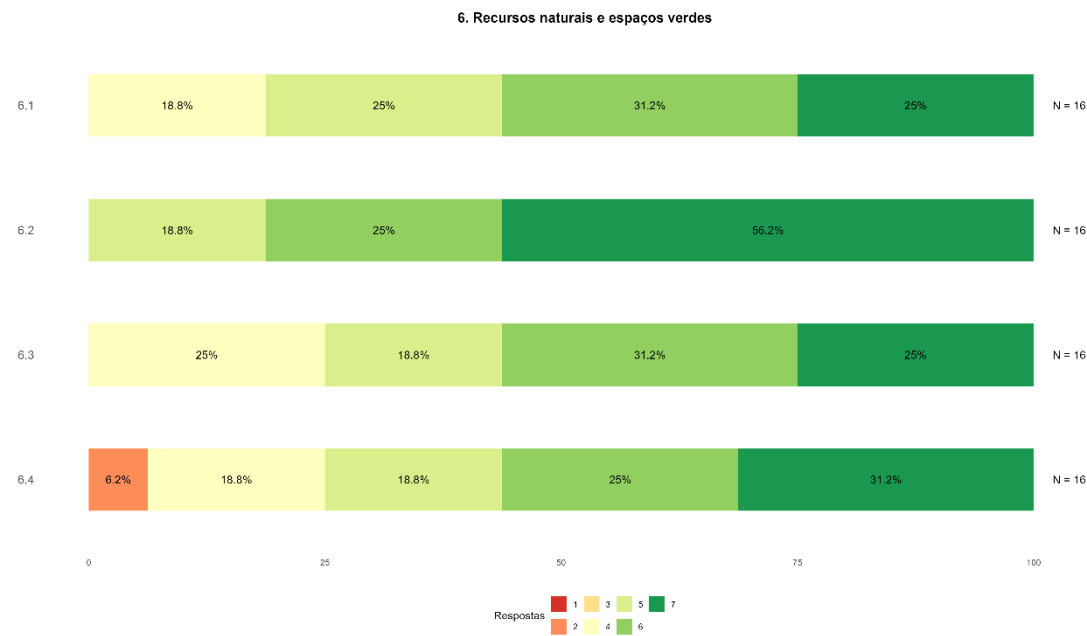
5. Atratividade dos espaços públicos

- 5.1. Os edifícios ou espaços públicos tornam a estadia ou a passagem pelo local uma experiência agradável?
- 5.2. Existem pontos de interesse, tais como monumentos locais, edifícios históricos, praças públicas ou características naturais que tornem o lugar atraente?
- 5.3. Há aspetos negativos, como edifícios abandonados, terrenos vazios ou ruído excessivo, que tornem o lugar menos atraente?
- 5.4. É mais difícil desfrutar destes locais à noite ou quando está mau tempo?



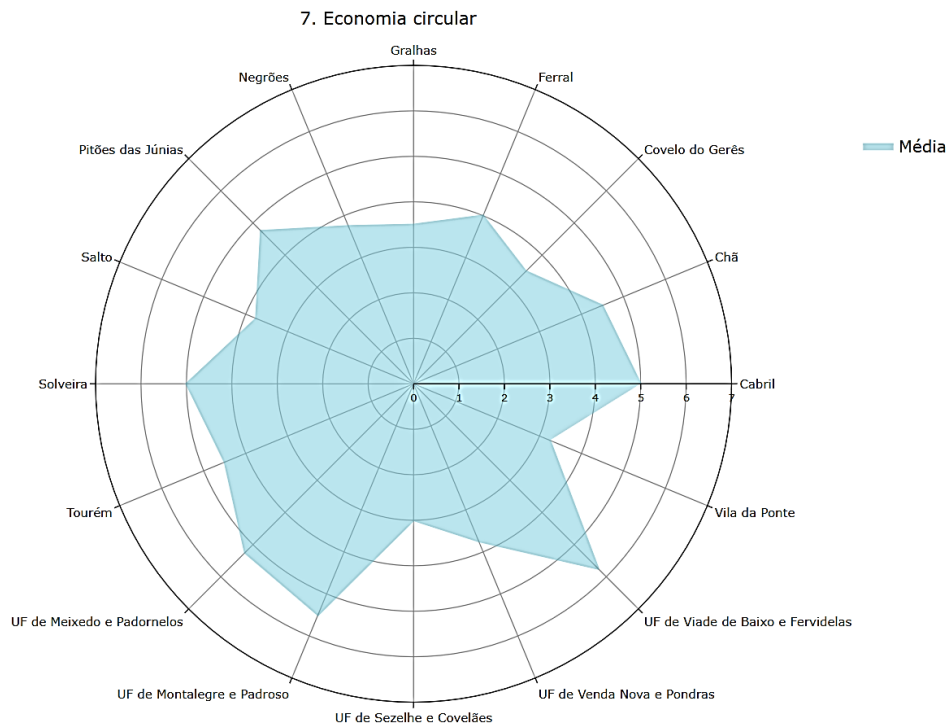
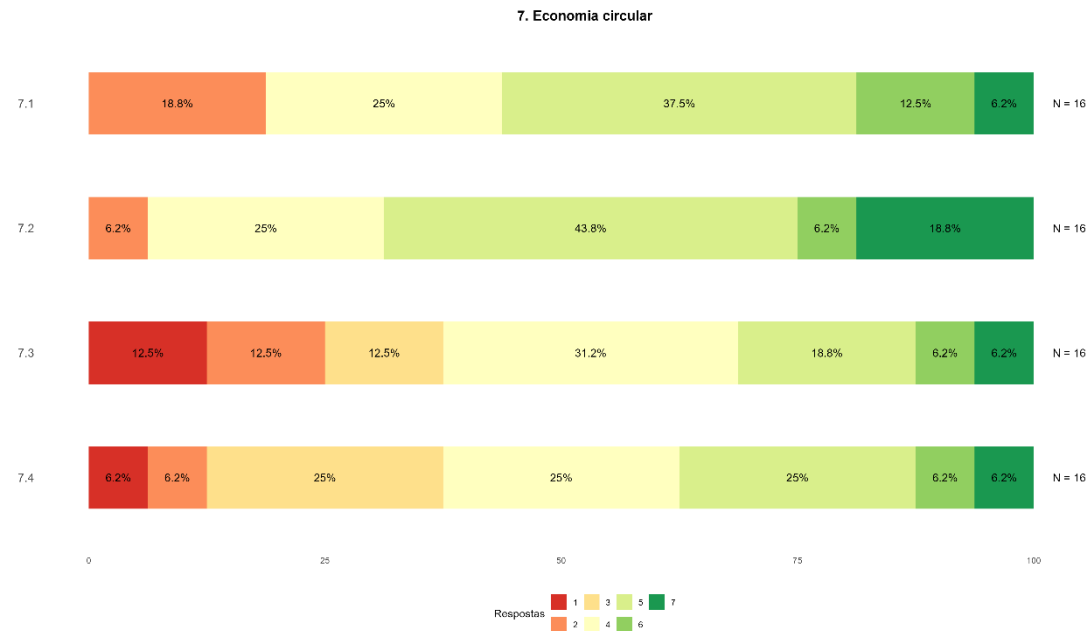
6. Recursos naturais e espaços verdes

- 6.1. Existe diversidade de recursos naturais e espaços verdes disponíveis para as pessoas?
- 6.2. As pessoas têm a possibilidade de desfrutar e interagir com a natureza?
- 6.3. Os recursos naturais e espaços verdes são atraentes e estão bem preservados?
- 6.4. Os recursos naturais e espaços verdes são condicionados por características negativas, tais como ruído excessivo ou má qualidade do ar?



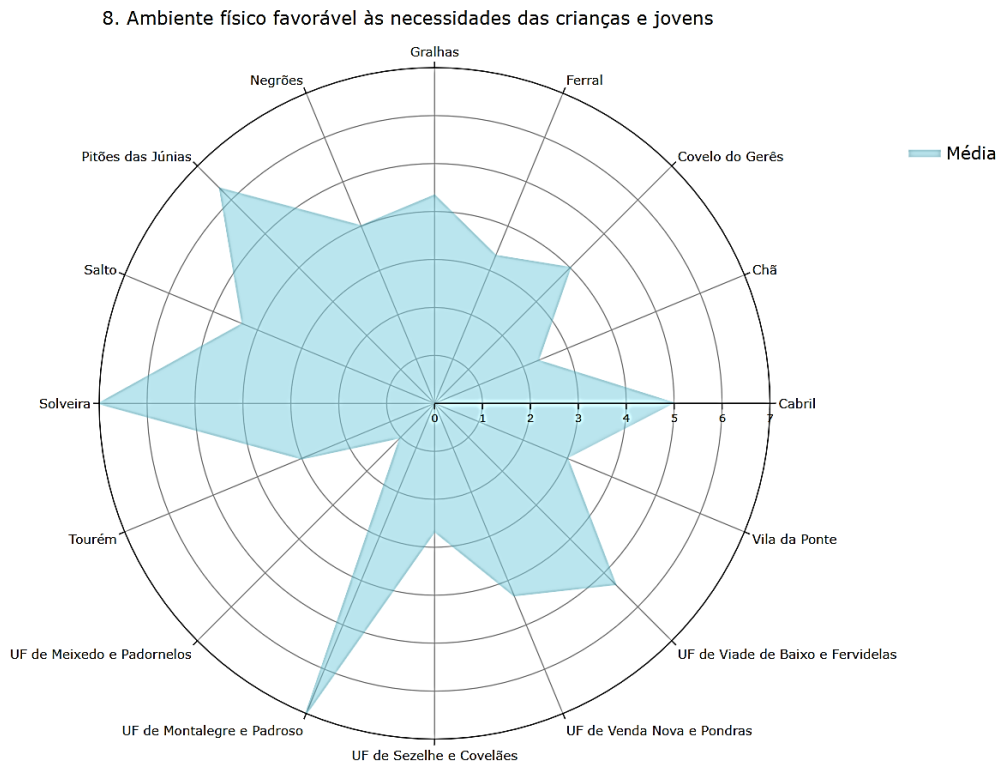
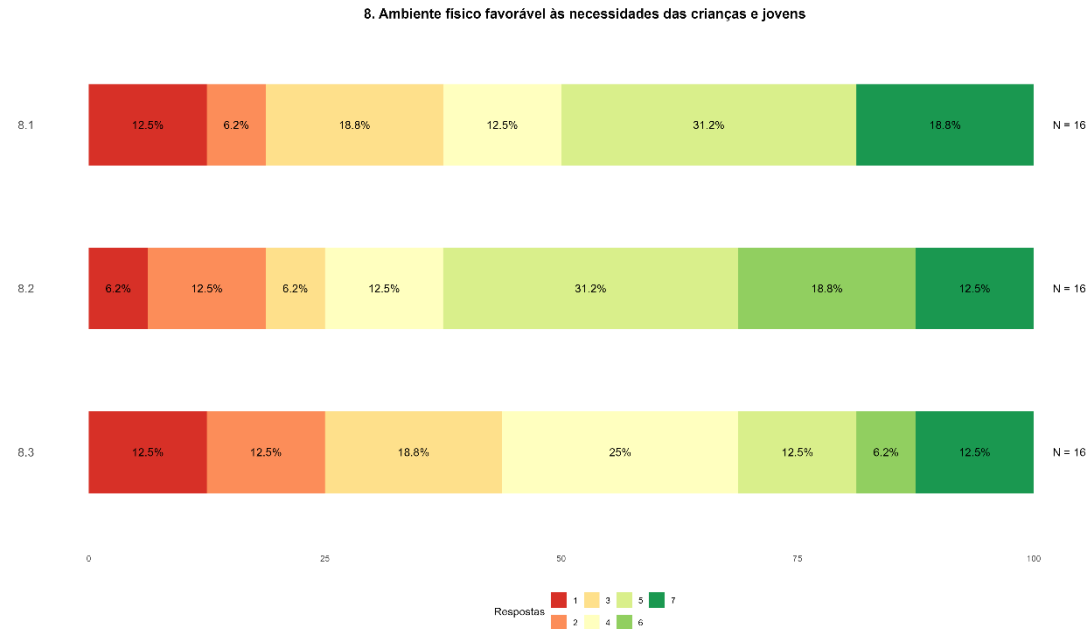
7. Economia circular

- 7.1. Existe uma articulação entre entidades, comércio local e indivíduos que favoreça a troca de bens (alimentos, roupas, entre outros)?
- 7.2. O comércio local é socialmente valorizado?
- 7.3. A produção local de alimentos é utilizada nos serviços públicos, como escolas, lares, entre outros?
- 7.4. Existe algum programa, incentivo, projeto ou ação destinada à adoção de práticas sustentáveis nas atividades económicas locais?



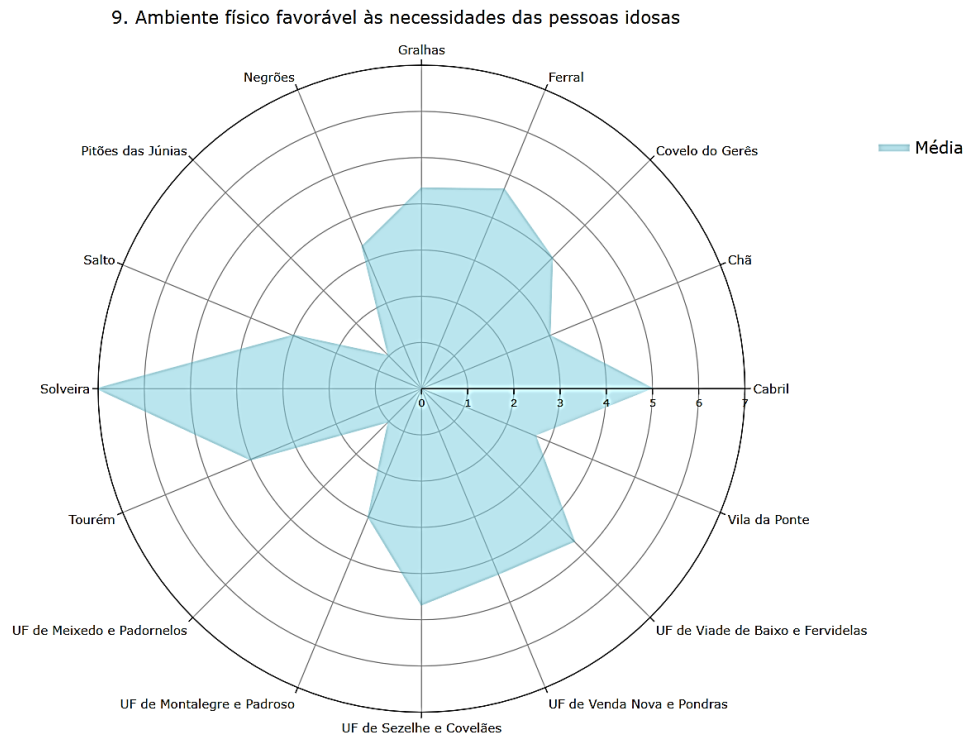
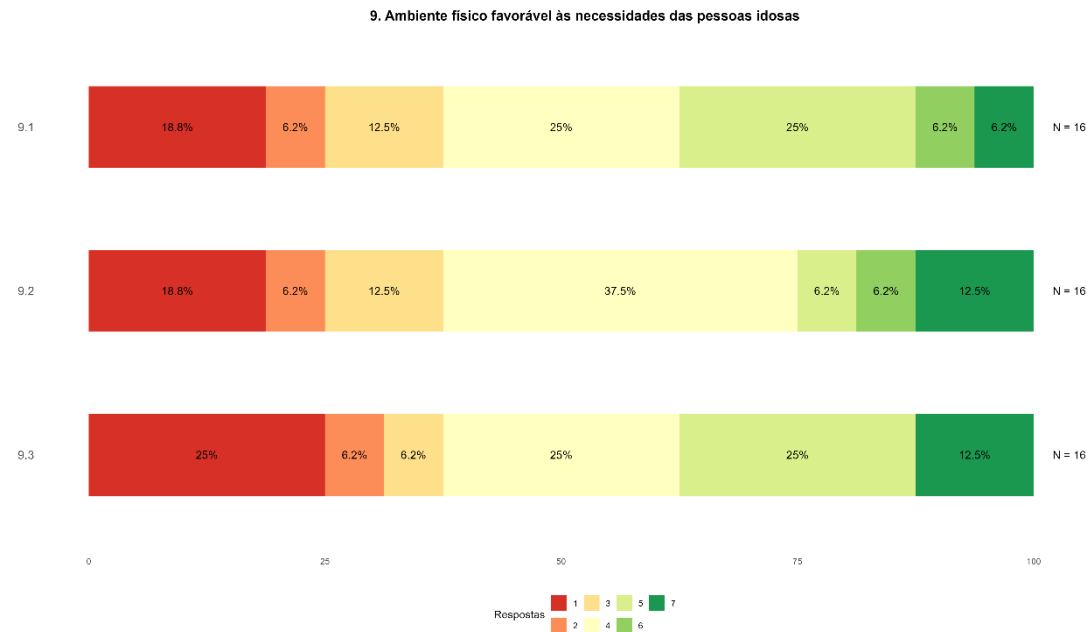
8. Ambiente físico favorável às necessidades das crianças e jovens

- 8.1. A Junta de Freguesia ou União de Freguesias dispõe de infraestruturas (educativas, sociais, culturais e de saúde) em quantidade e qualidade adequadas para o desenvolvimento das crianças e jovens?
- 8.2. Existem infraestruturas e serviços de saúde em qualidade e quantidade suficientes para atender às necessidades das crianças e jovens?
- 8.3. Os espaços destinados às crianças e jovens são concebidos para responder a necessidades específicas, como as necessidades das pessoas com deficiência ou incapacidade?



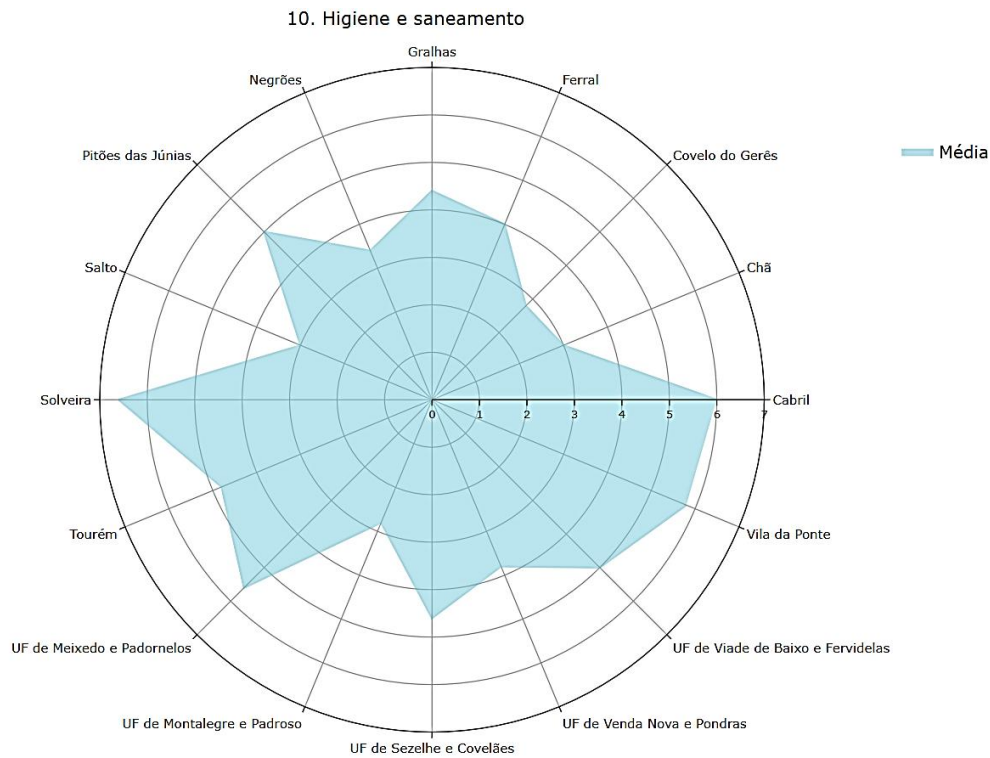
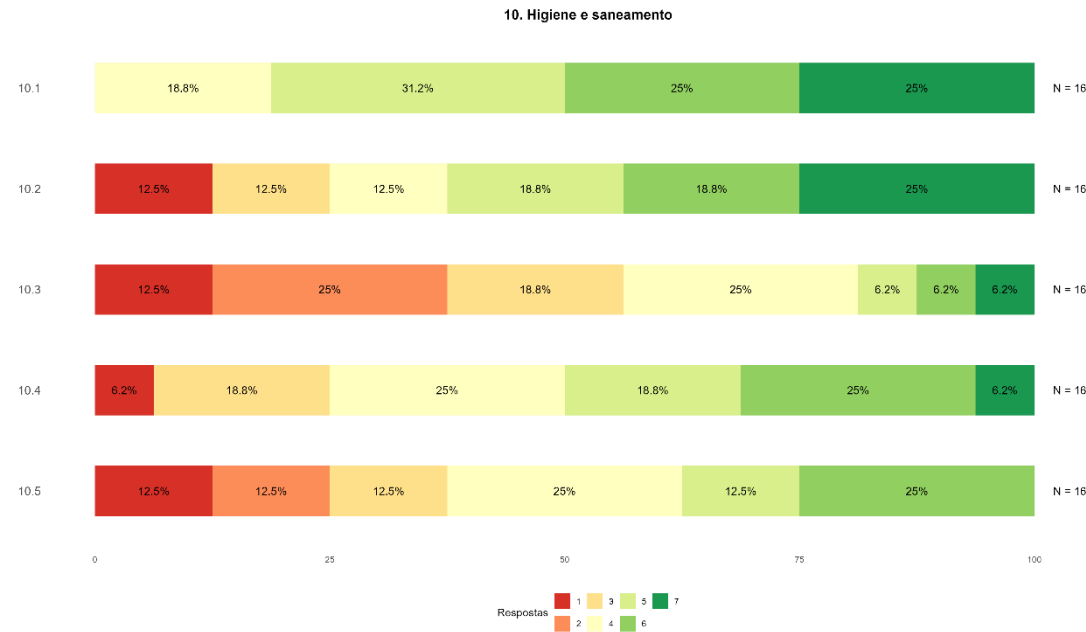
9. Ambiente físico favorável às necessidades das pessoas idosas

- 9.1. A Junta de Freguesia ou União de Freguesias dispõe de infraestruturas (educativas, sociais, culturais e de saúde) em quantidade e qualidade adequadas para promover o envelhecimento ativo e saudável?
- 9.2. Existem infraestruturas e serviços de saúde em qualidade e quantidade suficientes para atender às necessidades das pessoas idosas?
- 9.3. As infraestruturas do espaço público (ruas, calçadas, transportes, sinalização) da Junta de Freguesia ou União de Freguesias são adequadas e adaptadas para as pessoas idosas?



10. Higiene e saneamento

- 10.1. O sistema de recolha e tratamento de resíduos sólidos e a limpeza urbana são eficientes?
- 10.2. O tratamento das águas residuais é adequado?
- 10.3. Existe disponibilidade de instalações sanitárias públicas?
- 10.4. Existem práticas que previnam a contaminação ambiental, a disseminação de doenças e que promovam a saúde pública?
- 10.5. Existem programas de educação e sensibilização da população para a importância da higiene pessoal e coletiva, bem como a gestão sustentável dos recursos hídricos e a conservação dos ecossistemas aquáticos?



11. Diversão, lazer e atividade física

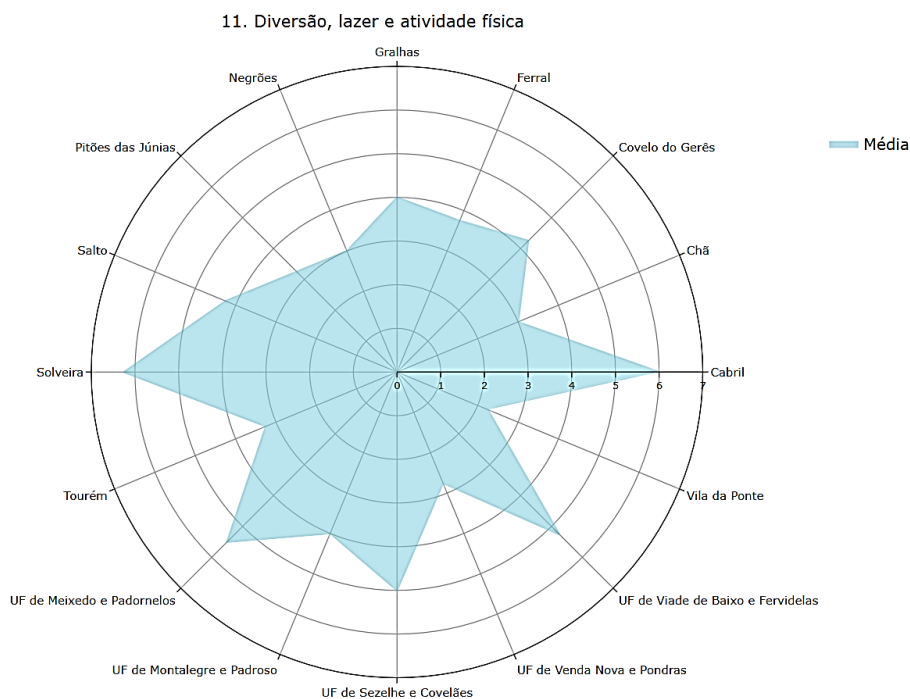
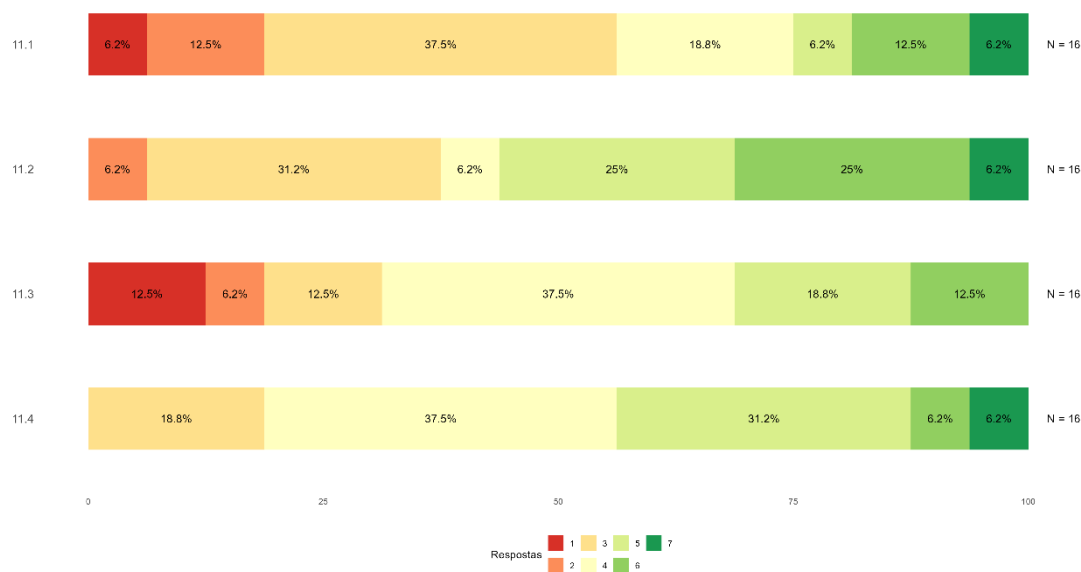
11.1. Os espaços e as instalações estão adaptados às necessidades de diferentes populações, incluindo pessoas com mobilidade reduzida, crianças, idosos e pessoas com deficiência ou incapacidade?

11.2. Os espaços e instalações de apoio a atividades de diversão, lazer e atividade física são de boa qualidade, bem conservados e aproveitados em todo o seu potencial?

11.3. Existem programas de apoio e incentivos para tornar os custos de utilização mais suportáveis para as diferentes populações?

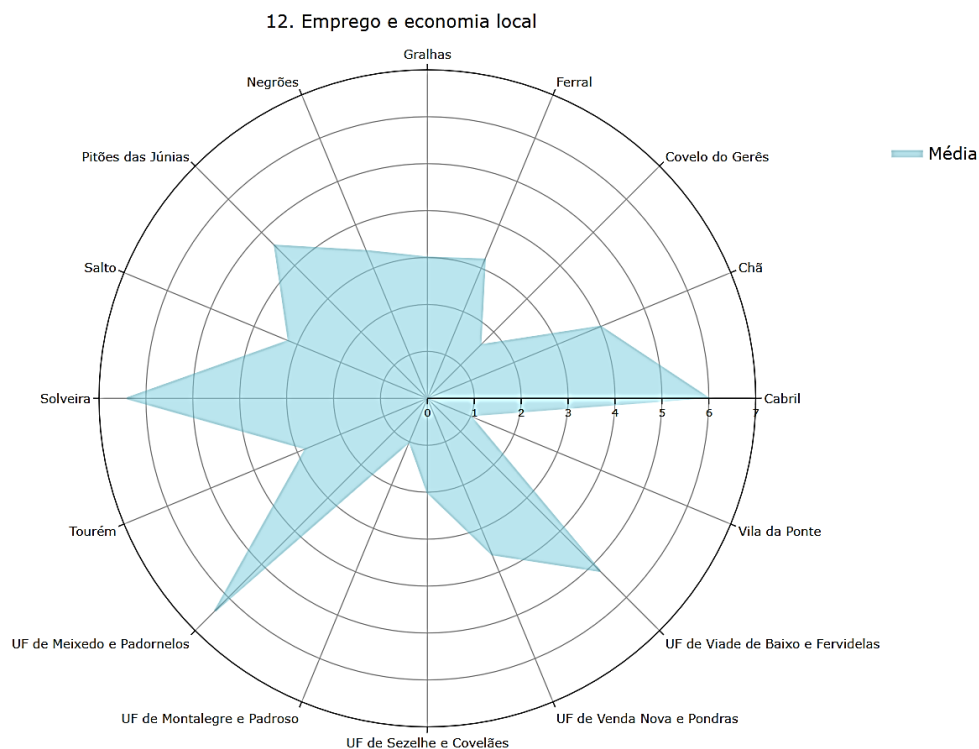
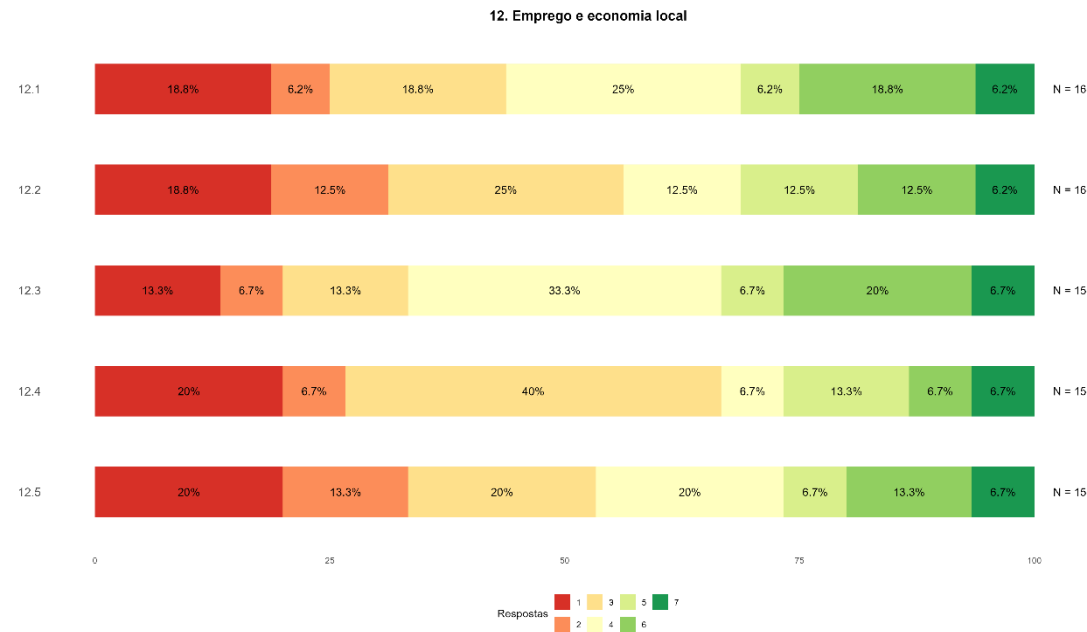
11.4. O acesso a, ou a sensação de segurança nos espaços, é condicionado/a pela hora do dia ou pela época do ano?

11. Diversão, lazer e atividade física



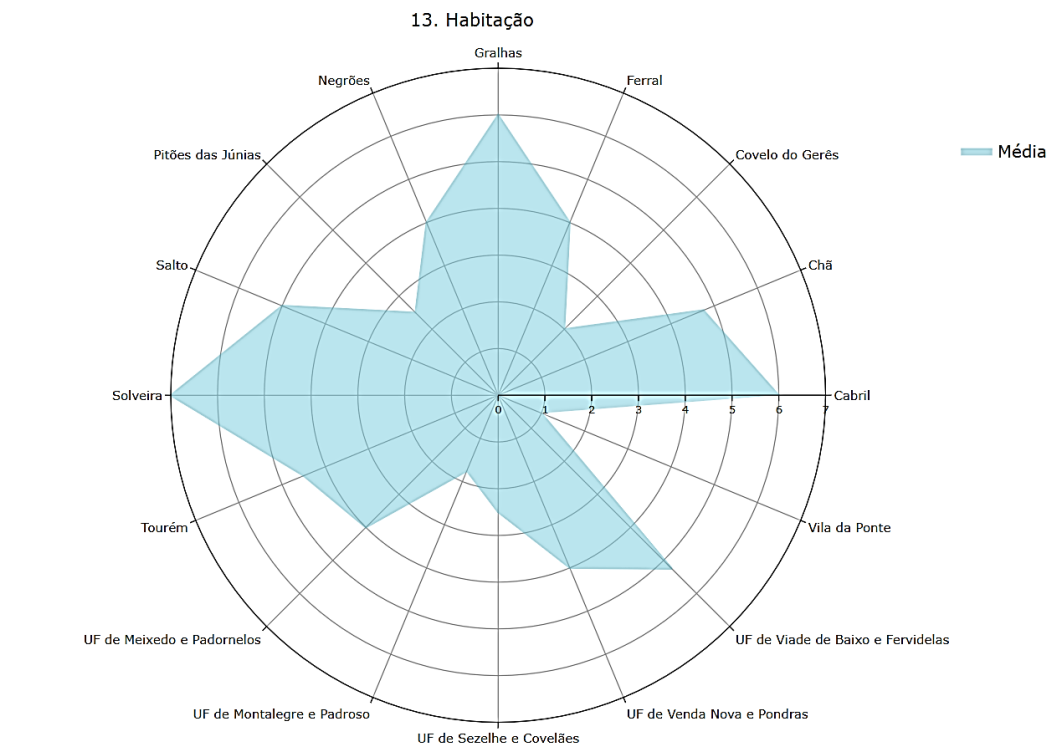
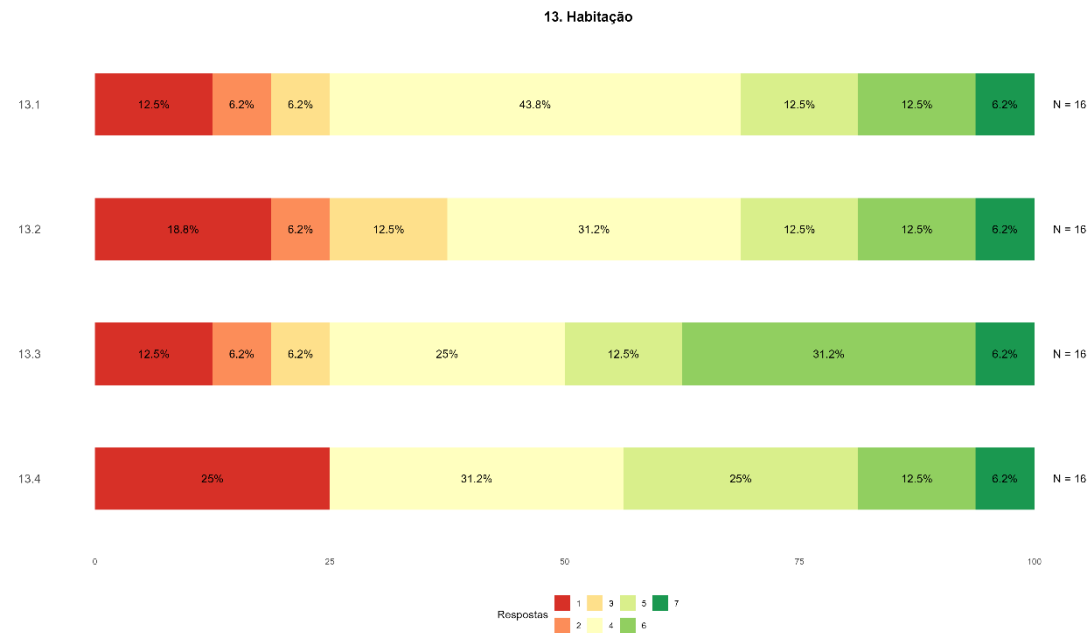
12. Emprego e economia local

- 12.1. A economia local é dinâmica e contribui para a criação de diferentes tipos de emprego?
12.2. Existem oportunidades para as pessoas adquirirem competências profissionais, através de educação, formação e/ou voluntariado?
12.3. Todas as pessoas têm igualdade de acesso a oportunidades de emprego, independentemente da sua idade, identidade de género, etnia, religião, orientação sexual, deficiência ou incapacidade?
12.4. Os serviços locais, tais como centros de emprego, agências de recrutamento e creches, ajudam as pessoas a encontrar e manter um emprego?
12.5. Existem oportunidades e espaços que favoreçam a criação e o crescimento de empresas locais?



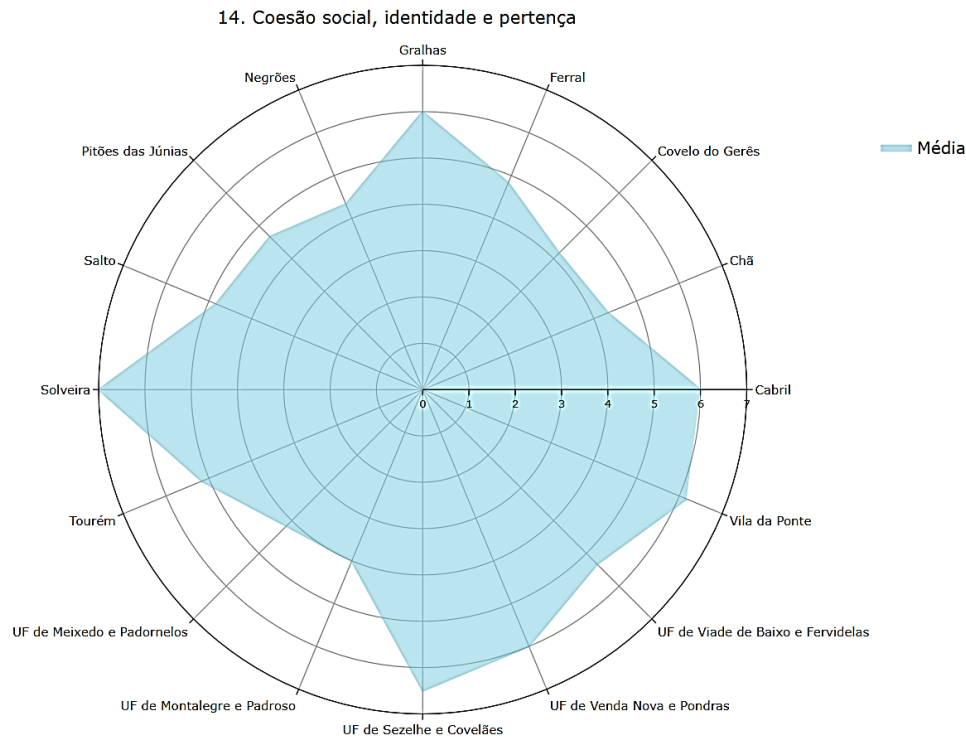
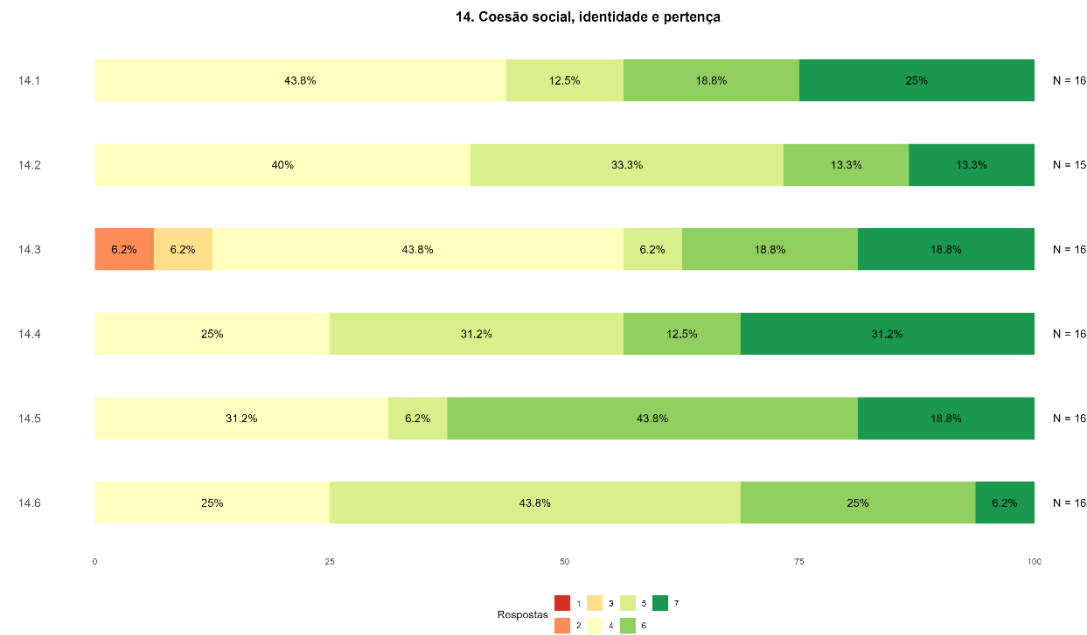
13. Habitação

- 13.1. Existe variedade na oferta de habitação (para arrendamento, para compra, social) para satisfazer diferentes necessidades das pessoas, quaisquer que sejam os seus rendimentos?
- 13.2. Existem habitações de boa qualidade disponíveis para agregados familiares de diferentes dimensões?
- 13.3. Há uma boa convivência e planeamento entre habitações de diferentes classes sociais?
- 13.4. A diversidade de habitações disponíveis permite que as pessoas permaneçam na área, à medida que as suas necessidades mudam ou envelhecem?



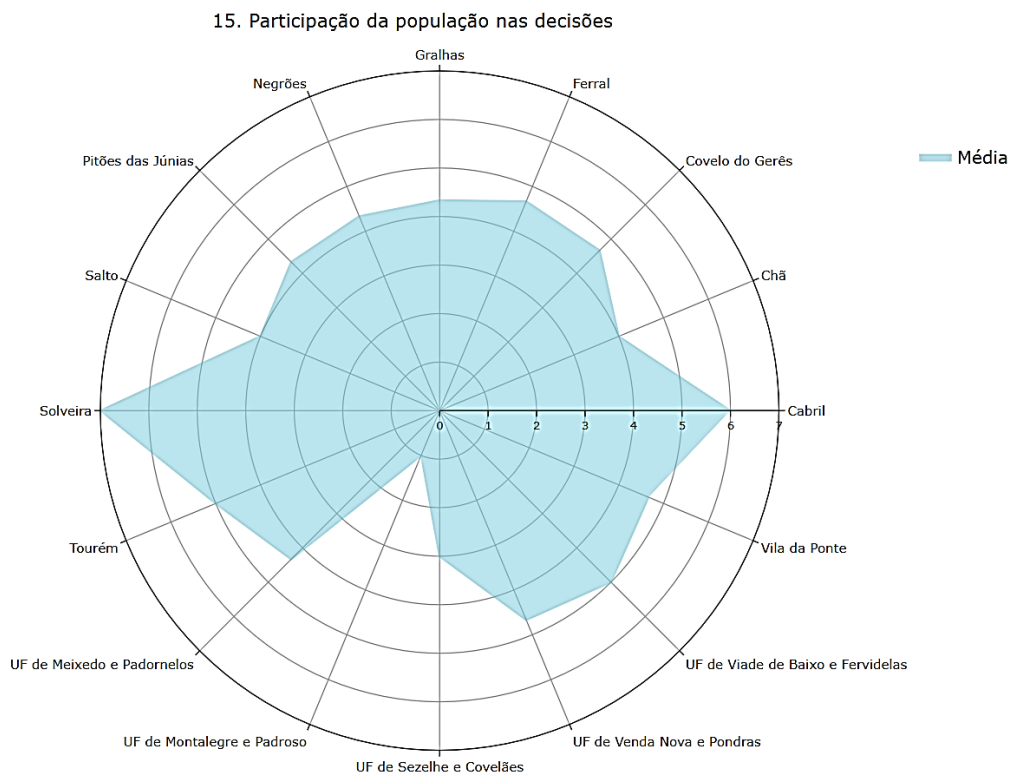
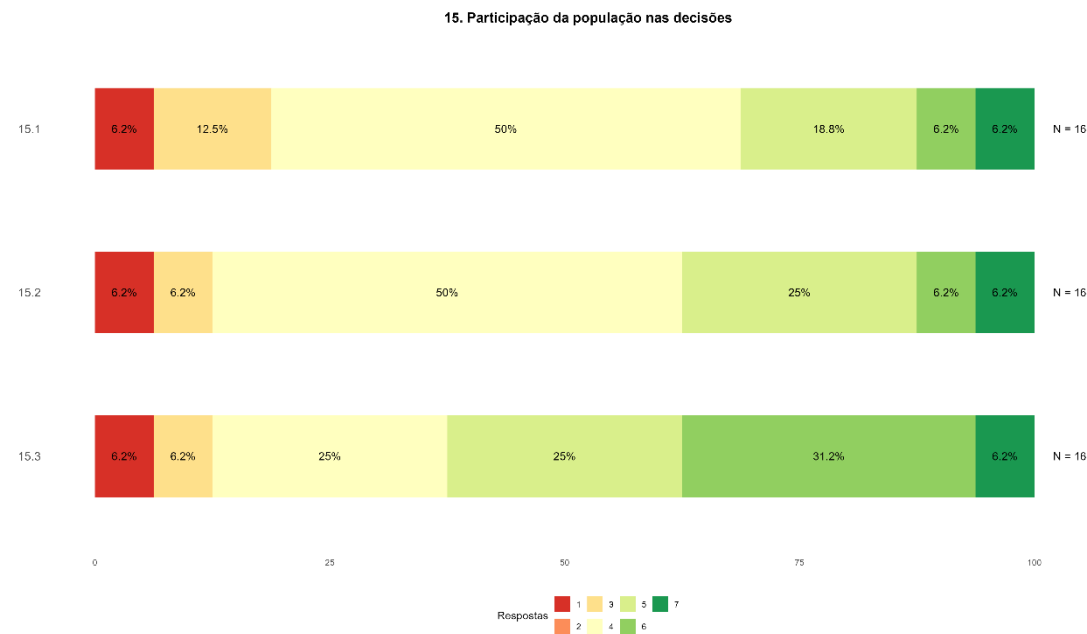
14. Coesão social, identidade e pertença

- 14.1. Existem espaços que proporcionam oportunidades para as pessoas se encontrarem?
14.2. Existe uma variedade de diferentes espaços (interiores, exteriores, construído com esse propósito ou mais informais) onde as pessoas se possam encontrar?
14.3. Estes espaços podem ser utilizados em diferentes momentos do dia, durante todo o ano, independentemente das condições meteorológicas?
14.4. As pessoas de toda a comunidade, independentemente da sua origem, têm oportunidades para conviver e interagir?
14.5. A história, o património e a cultura do território são conhecidos e celebrados?
14.6. Os grupos e redes locais ajudam as pessoas a sentirem-se envolvidas positivamente na sua comunidade?



15. Participação da população nas decisões

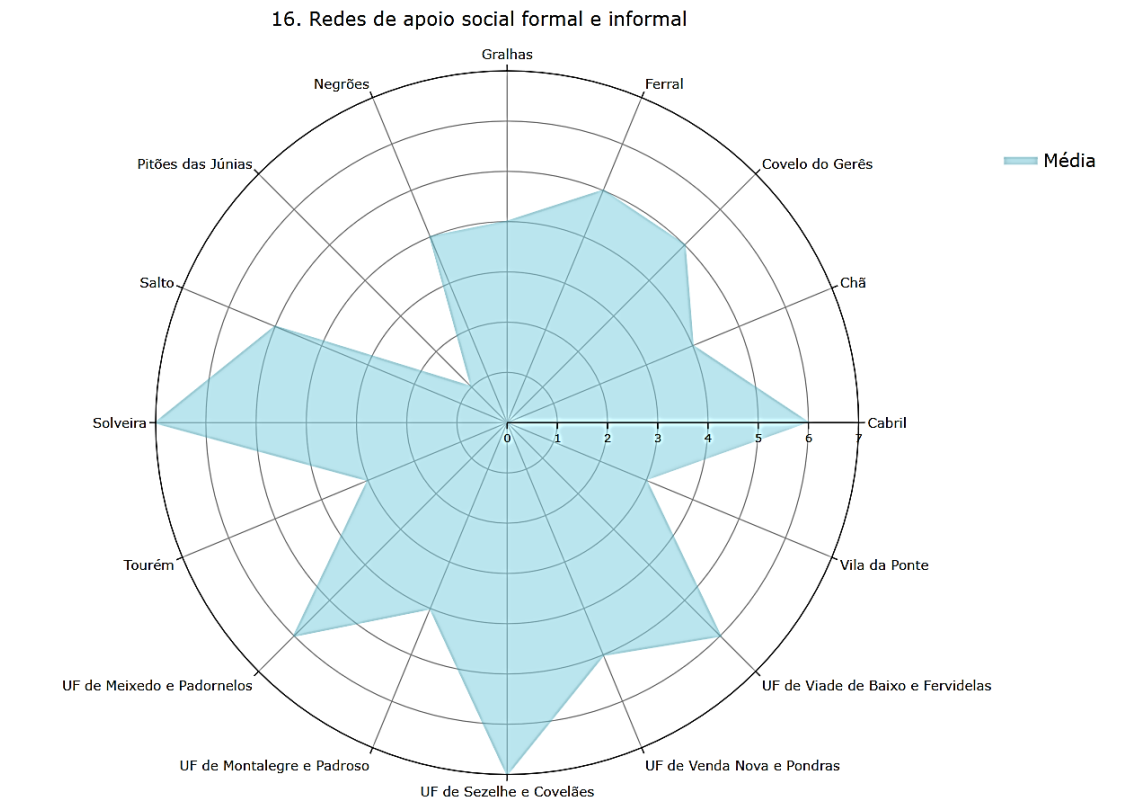
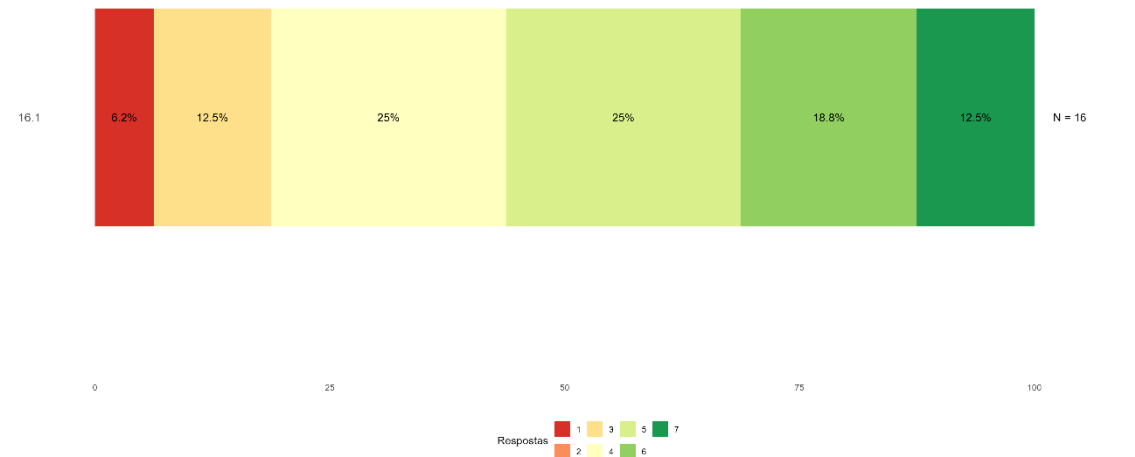
- 15.1. A comunidade dispõe de ferramentas sociais adequadas para participar nas decisões que as afetam?
15.2. A comunidade está informada sobre as ferramentas sociais existentes para participar nas decisões que as afetam?
15.3. As organizações, como as autoridades locais, serviços de saúde ou associações de moradores trabalham ativamente com a população para compreender as suas necessidades?



16. Redes de apoio social formal e informal para os indivíduos e suas famílias que ajudam a superar os períodos mais difíceis da vida

16.1. Existem redes de apoio formais (serviços sociais, organizações não governamentais, instituições de caridade) e informais (família, amigos, vizinhos, grupos comunitários) que ajudam os indivíduos e as suas famílias a superar os períodos mais difíceis da vida (situações como desemprego, doença, perda de um familiar ou outros desafios)?

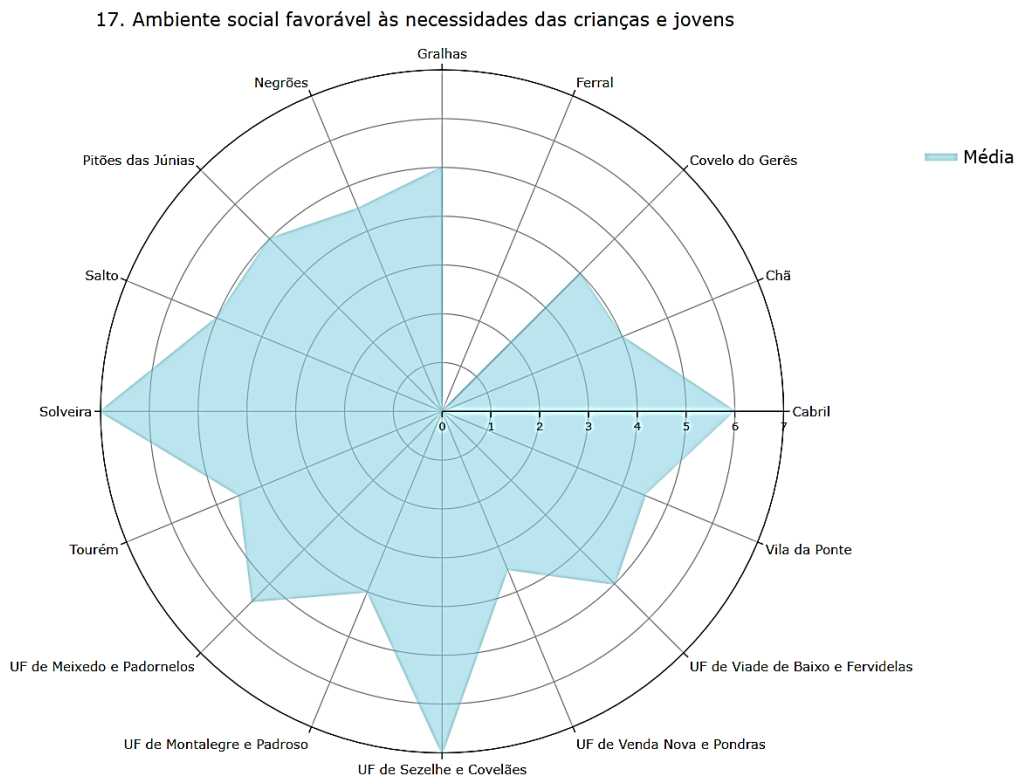
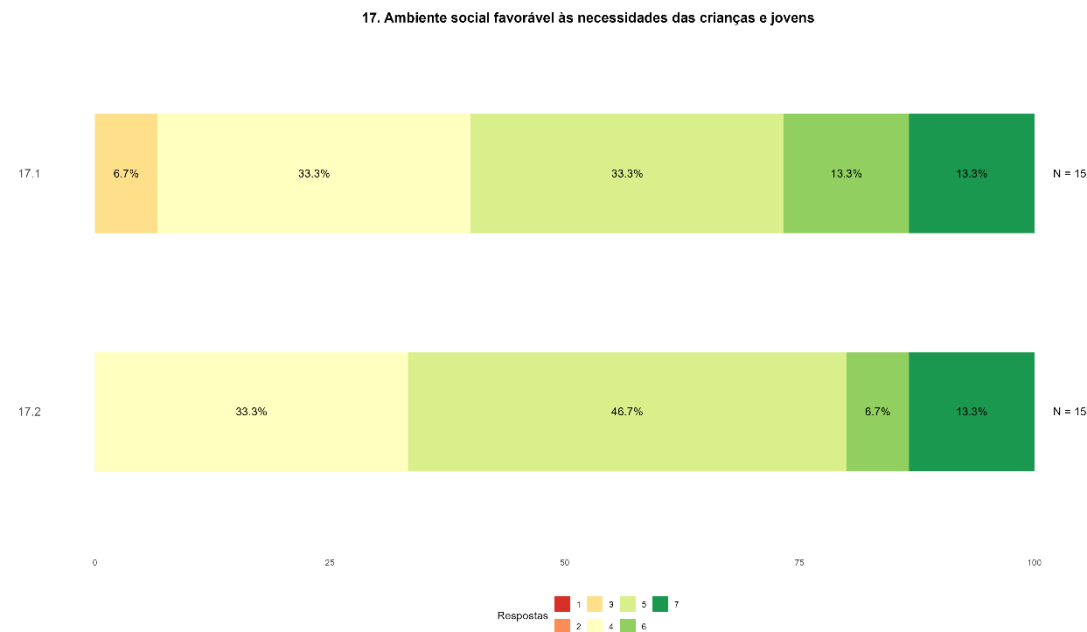
16. Redes de apoio social formal e informal para os indivíduos e suas famílias que ajudam a superar os períodos mais difíceis da vida



17. Ambiente social favorável às necessidades das crianças e jovens

17.1. Existem atividades, programas, ações em quantidade e qualidade suficientes para promover o bem-estar das crianças e jovens?

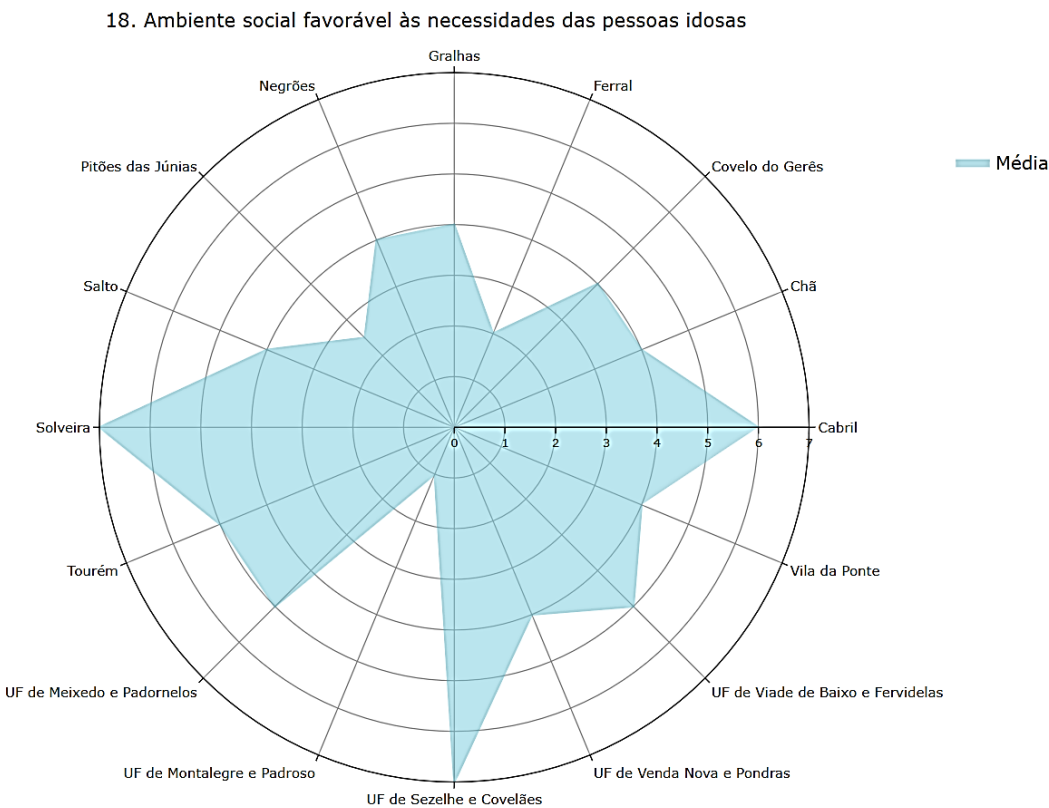
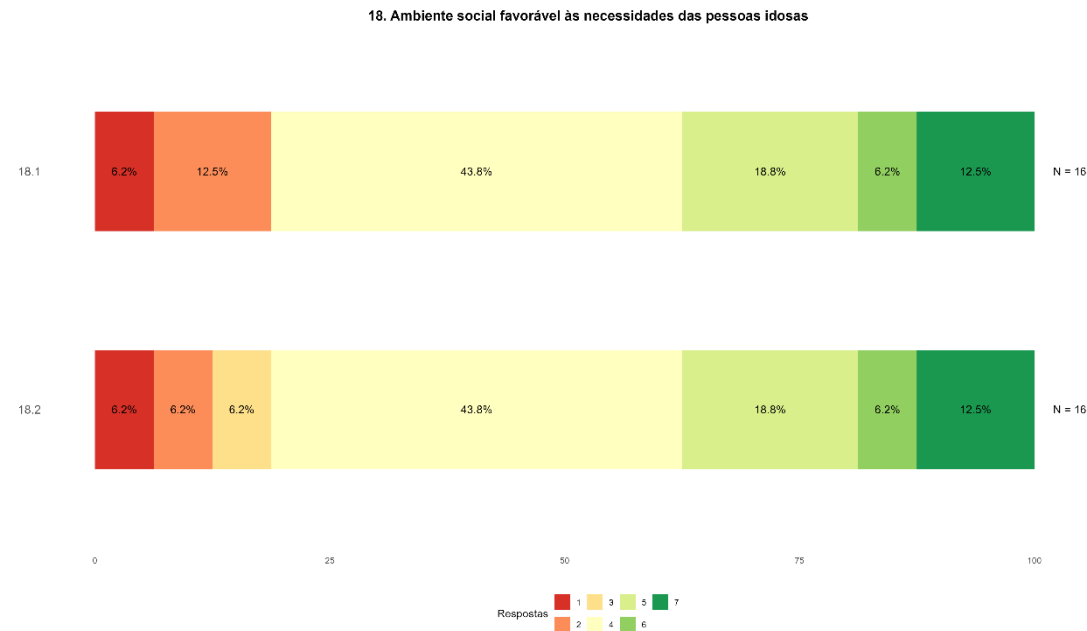
17.2. As atividades, programas, ações existentes consideram as especificidades culturais locais?



18. Ambiente social favorável às necessidades das pessoas idosas

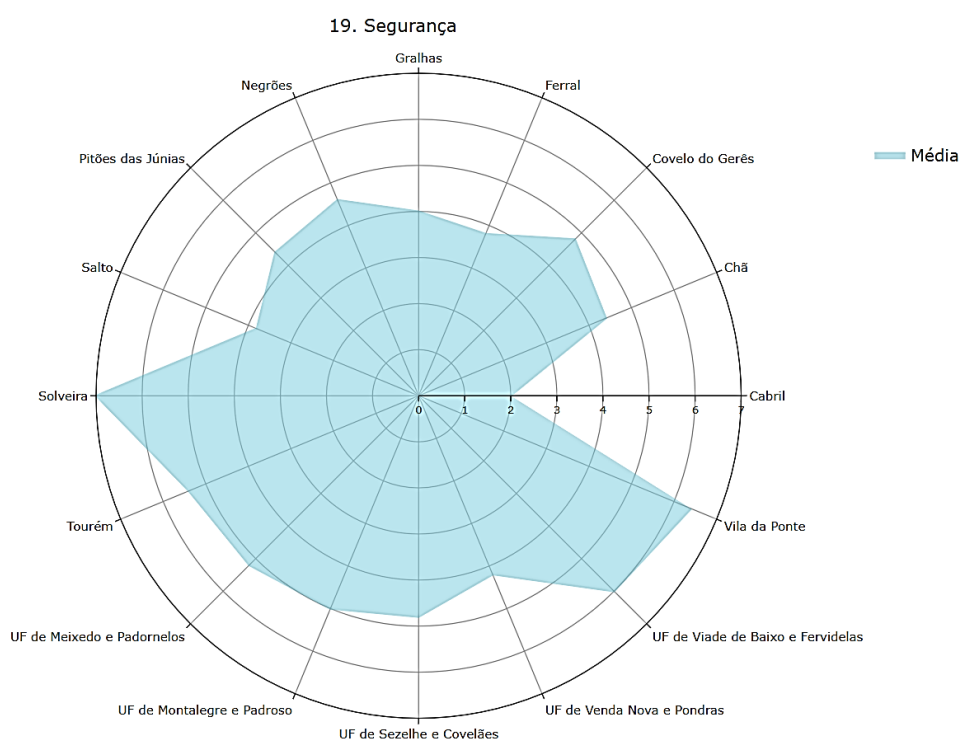
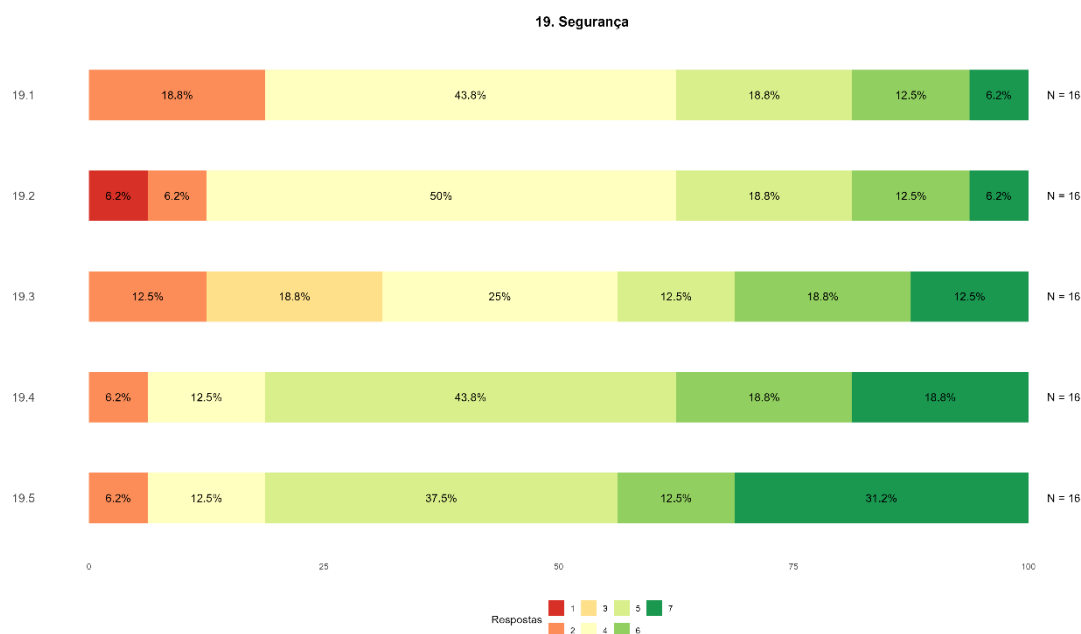
18.1. Existem atividades, programas, ações em quantidade e qualidade suficientes para promover o bem-estar (físico e mental) das pessoas idosas?

18.2. As atividades, programas, ações existentes consideram as especificidades culturais e geracionais locais?



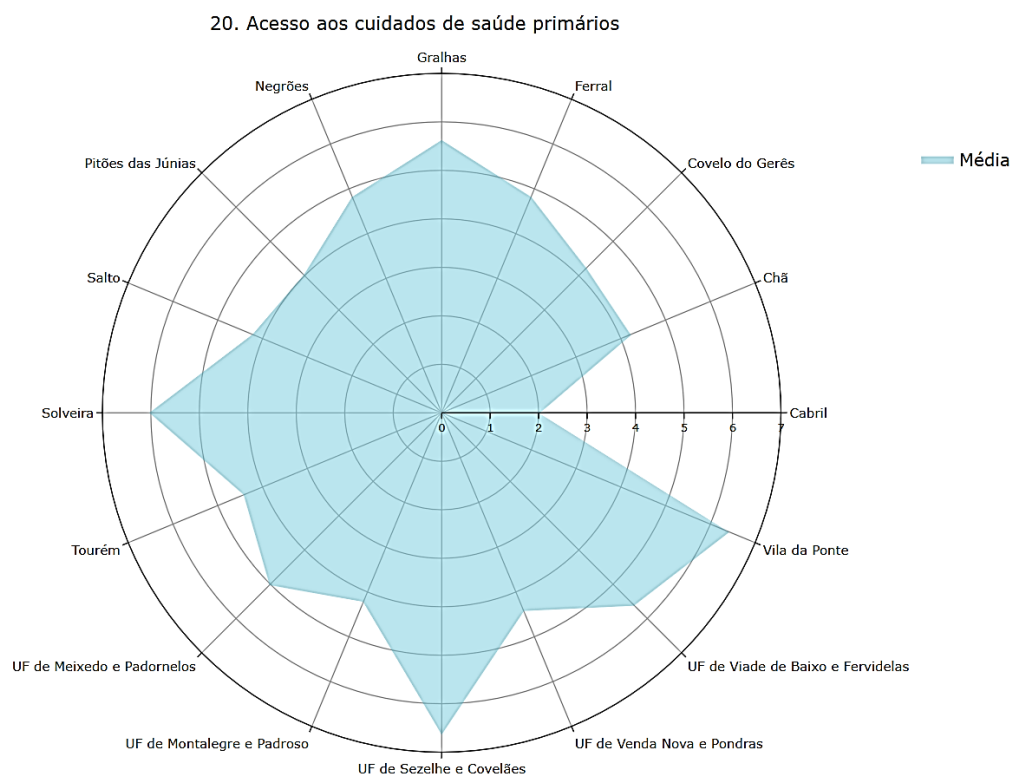
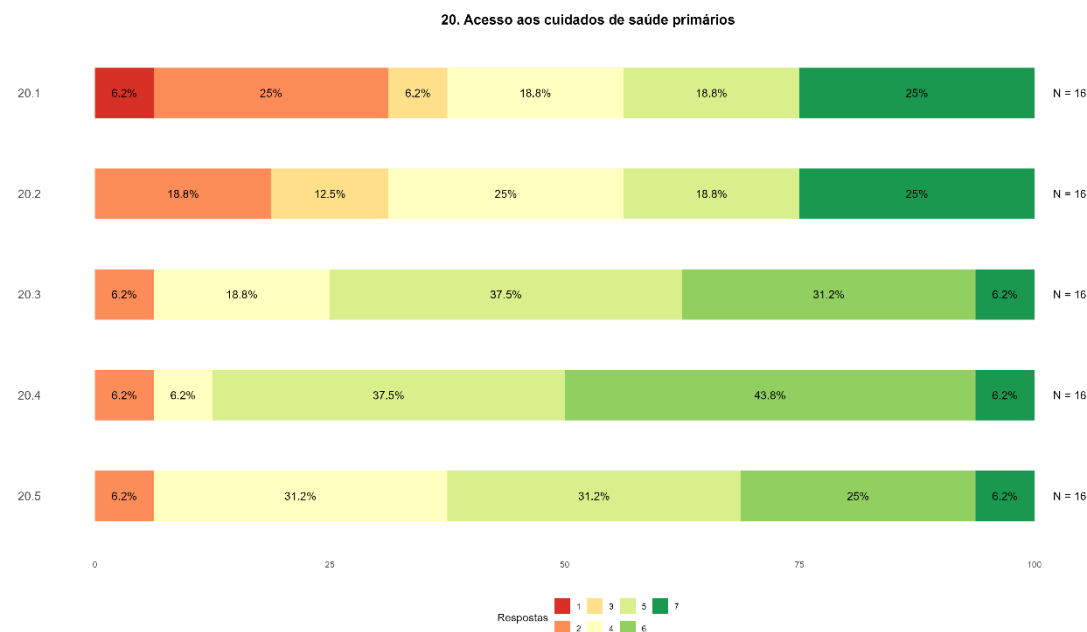
19. Segurança

- 19.1. As vias são seguras para os peões em diferentes alturas do dia e ao longo do ano?
 19.2. Os espaços à volta dos edifícios são bem utilizados, contribuindo para uma sensação de segurança?
 19.3. O território está livre de propriedades vazias ou degradadas, crime e comportamento antissocial?
 19.4. As pessoas sentem-se seguras, tanto em casa, como quando saem e se deslocam?
 19.5. O território é seguro para todos, independentemente da sua idade, identidade de género, etnia, religião, orientação sexual, deficiência ou incapacidade?



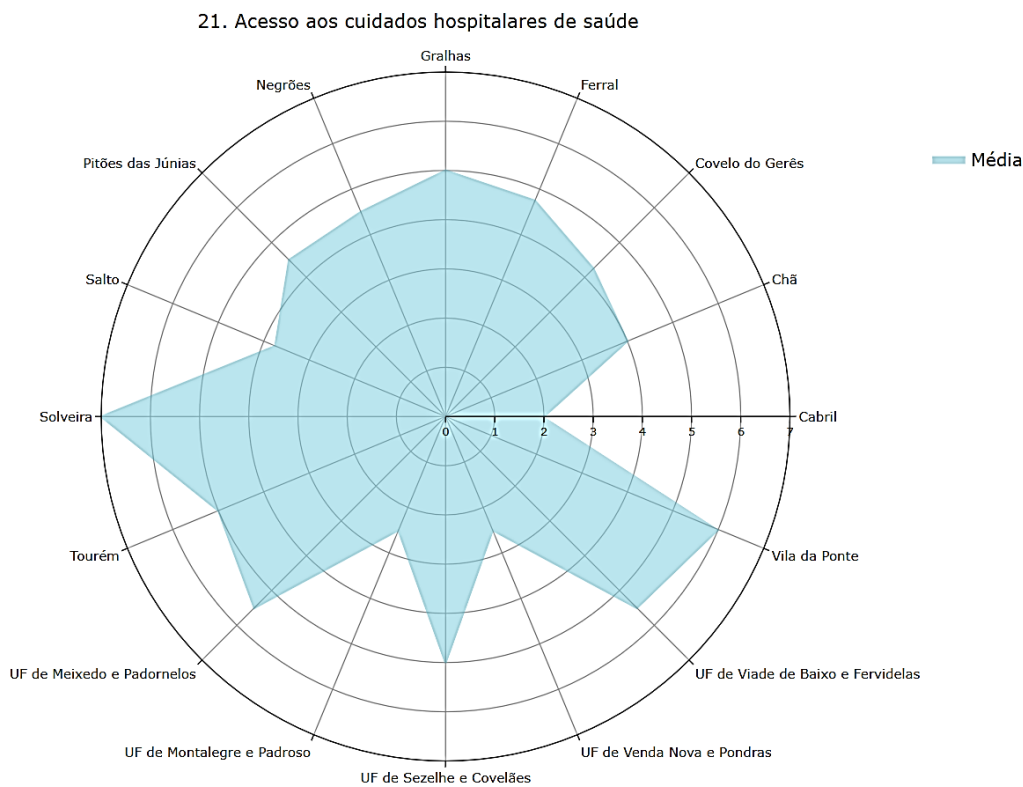
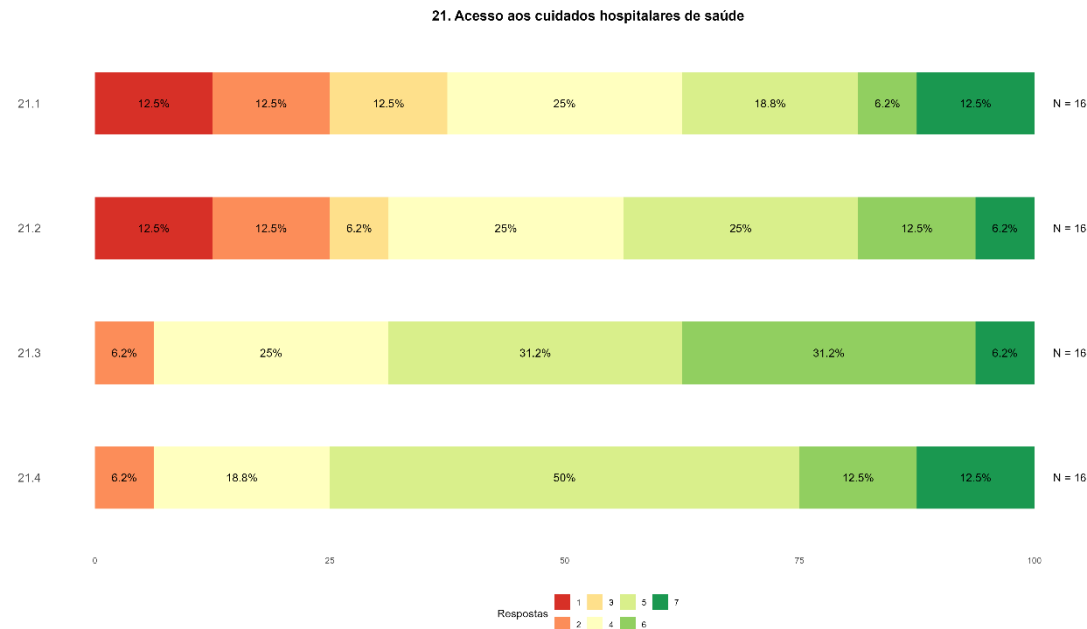
20. Acesso aos cuidados de saúde primários

- 20.1. A população consegue deslocar-se facilmente até às unidades de saúde do município de Montalegre, considerando a proximidade geográfica e os meios de transporte disponíveis?
- 20.2. A população consegue deslocar-se facilmente até às unidades de saúde dos municípios vizinhos, considerando a proximidade geográfica e os meios de transporte disponíveis?
- 20.3. Existe disponibilidade suficiente de médicos de família nas unidades de saúde localizadas no município de Montalegre para atender toda a população, de forma adequada?
- 20.4. Todas as pessoas são atendidas de maneira igual, independentemente da sua idade, identidade de género, etnia, religião, orientação sexual, deficiência ou incapacidade?
- 20.5. A infraestrutura destes serviços é adequada para garantir um bom atendimento?



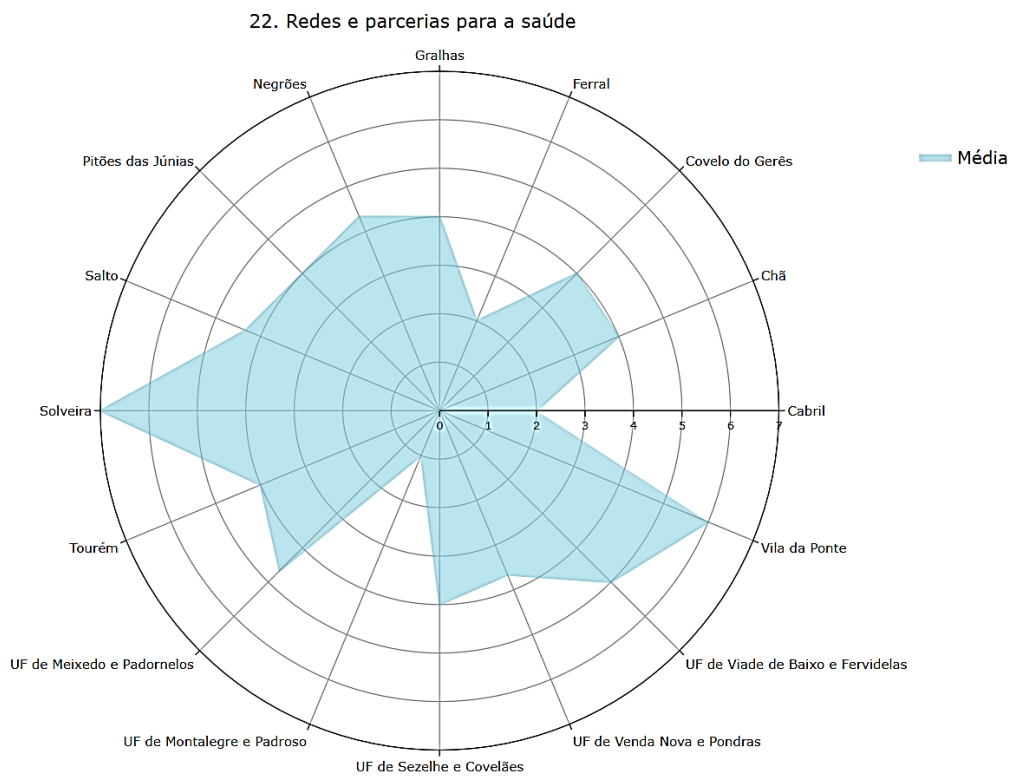
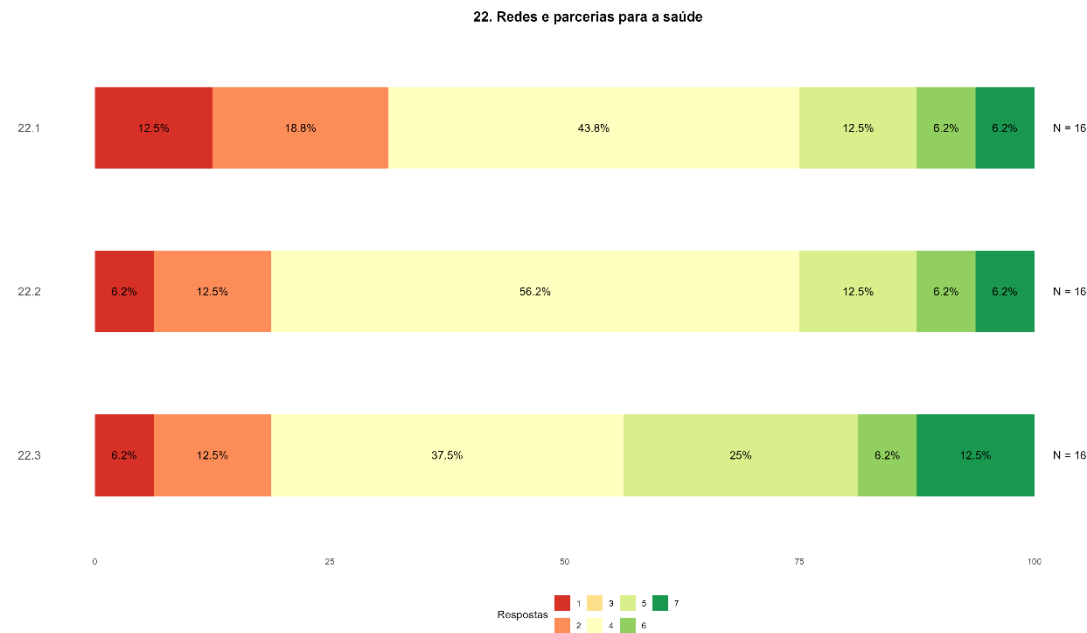
21. Acesso aos cuidados hospitalares de saúde

- 21.1. A população consegue deslocar-se facilmente até às unidades hospitalares, considerando a disponibilidade e qualidade dos transportes públicos e condições das vias de acesso?
- 21.2. Existem tempos de espera excessivos para consultas ou procedimentos nas unidades hospitalares?
- 21.3. Todas as pessoas são atendidas de maneira igual, independentemente da sua idade, identidade de género, etnia, religião, orientação sexual, deficiência ou incapacidade?
- 21.4. As unidades hospitalares dispõem de facilidades para pessoas com mobilidade reduzida ou outras necessidades especiais?



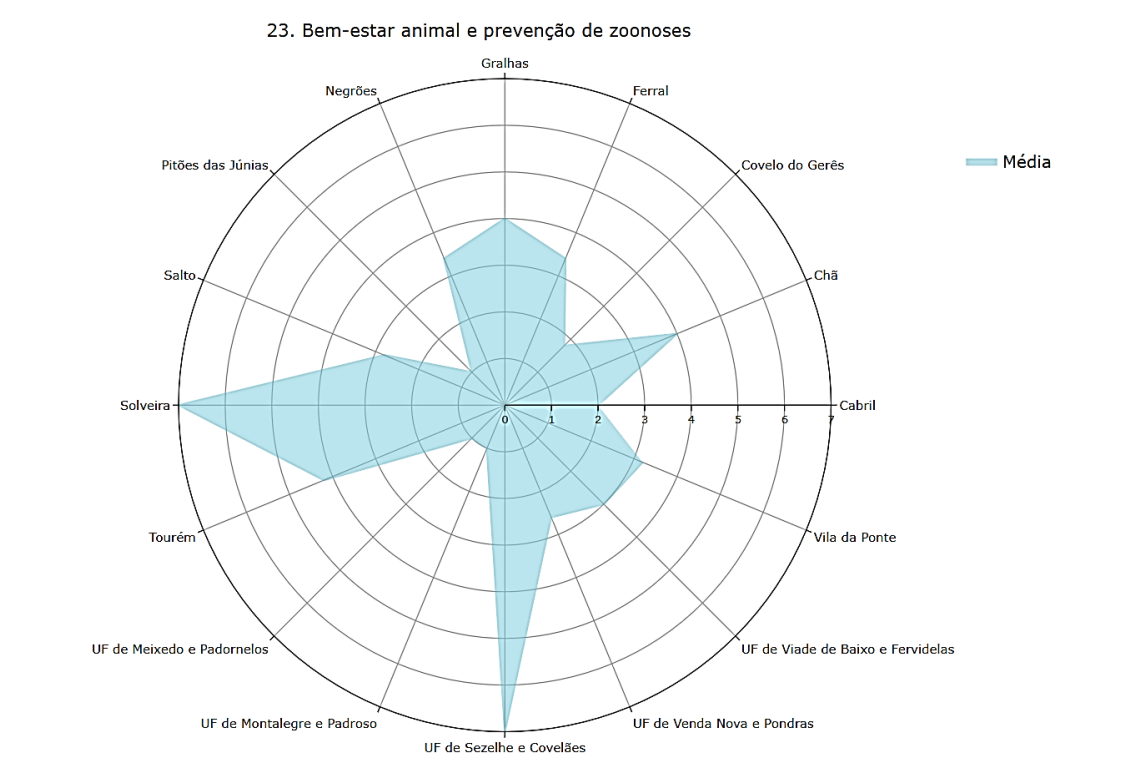
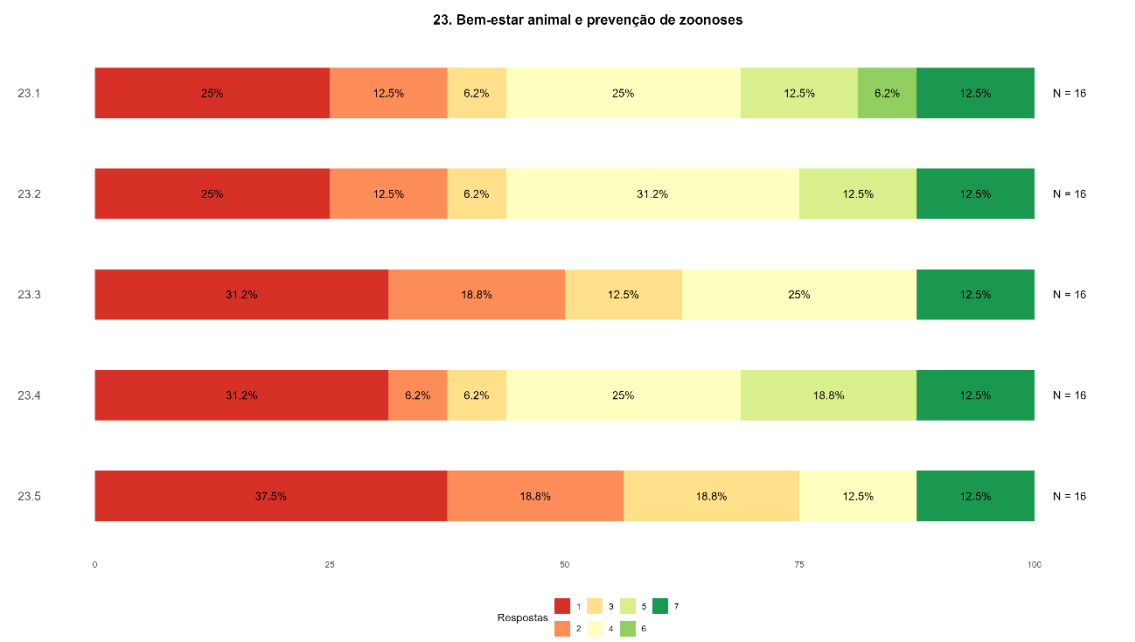
22. Redes e parcerias para a saúde

- 22.1. Existem parcerias entre organizações não governamentais, associações comunitárias e instituições de ensino que visem melhorar a saúde e o bem-estar dos residentes?
- 22.2. Existem programas e iniciativas conjuntas que promovam a prevenção de doenças, a promoção de estilos de vida saudáveis e a educação para a saúde na comunidade?
- 22.3. A Junta de Freguesia ou União de Freguesias está preparada para responder a emergências sanitárias, através de redes e parcerias estabelecidas com entidades locais?



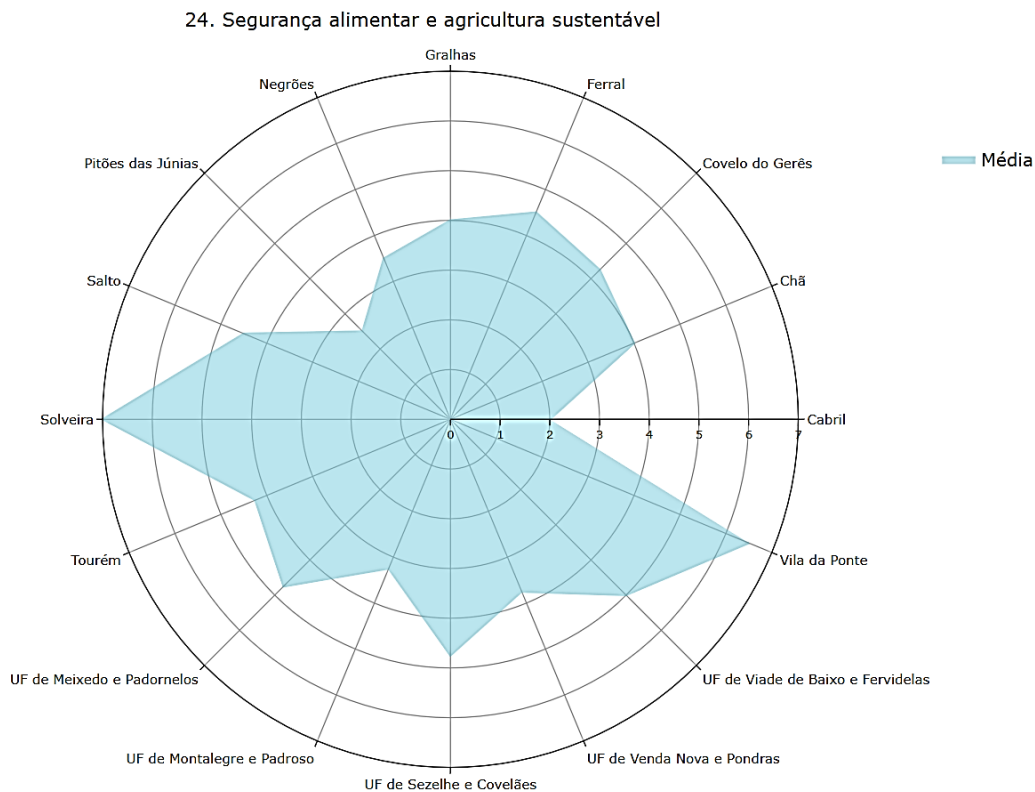
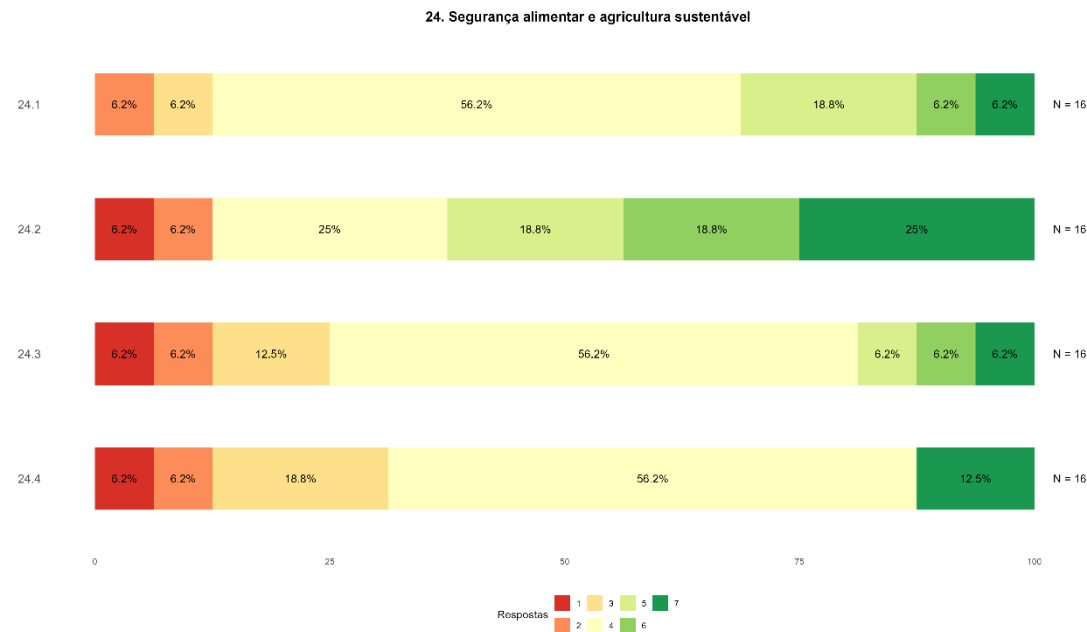
23. Bem-estar animal e prevenção de doenças transmitidas pelos animais para os seres humanos (zoonoses)

- 23.1. Os programas de esterilização e vacinação atendem os animais errantes?
23.2. Os programas de educação comunitária são suficientes para consciencializar a população sobre a adoção responsável e cuidados com os animais de companhia?
23.3. Existem parcerias com entidades de acolhimento animal?
23.4. A Junta de Freguesia ou União de Freguesias possui infraestruturas que permitam, em simultâneo, o lazer animal e humano (como, por exemplo, parques para animais no mesmo espaço de parques para pessoas)?
23.5. A Junta de Freguesia ou União de Freguesias possui algum programa de prevenção e controlo de doenças zoonóticas?



24. Segurança alimentar e agricultura sustentável

- 24.1. Os programas de apoio social para as pessoas em insegurança alimentar ou em risco são suficientes para atender todas as necessidades do território?
- 24.2. Existem programas que incentivem a produção agrícola local?
- 24.3. Existem programas de combate ao desperdício alimentar?
- 24.4. Existem redes de comercialização de alimentos orgânicos?



A elaboração do Plano Municipal de Saúde de Montalegre

Com o conjunto de informações e o conhecimento obtidos definiram-se, então, cinco eixos estratégicos de ação servidos por um plano específico.

O eixo 1 tem como finalidade estratégica assegurar - **UMA COMUNIDADE SAUDÁVEL E INCLUSIVA**. Visa promover a saúde e o bem-estar da população de Montalegre através de uma abordagem integrada, territorial e participativa, ancorada nos princípios da equidade, proximidade e inclusão, centrada na proximidade e na coesão comunitária. Reforça o que de mais relevante foi sendo desenvolvido, mas acentua aqui o que pode trazer valor novo. Parte-se do reconhecimento de que a saúde é influenciada por múltiplos determinantes sociais, económicos, culturais e ambientais, sendo essencial reforçar os laços de vizinhança, a coesão comunitária e a capacidade coletiva de identificar e responder a situações de risco. Pretende-se, deste modo, construir uma comunidade promotora de saúde, onde todos os cidadãos são agentes ativos na prevenção da doença e na promoção de ambientes seguros, saudáveis e solidários, capazes da utilização racional das estruturas de cuidados.

O seu efeito dever-se-á medir pela melhoria dos indicadores demográficos e sociais que refletem a saúde e o bem-estar, tanto quanto pelos indicadores de morbilidade e mortalidade.

O eixo 2 tem como finalidade estratégica assegurar - **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAPACITAÇÃO DIGITAL**, ao longo das várias fases do ciclo de vida e com especial atenção à recuperação das etapas de aprendizagem perdidas resultado da ausência de escolaridade formal. Este eixo reconhece a educação em saúde, nas suas diferentes dimensões – incluindo a componente digital – como um fator essencial para a promoção da saúde e apela a uma integração muito ativa das operações essenciais de saúde pública. Vai reforçar a capacidade da população para compreender, avaliar e utilizar informação em saúde enquanto mecanismo fundamental para reduzir desigualdades, melhorar o acesso aos cuidados de saúde, fomentar a participação ativa dos cidadãos nas decisões que afetam o seu bem-estar e saber lidar com a desinformação.

Num contexto de crescente digitalização dos serviços e da informação em saúde, torna-se premente garantir que todos os cidadãos, independentemente da idade,

condição socioeconómica ou nível de escolaridade, desenvolvam competências que lhes permitam orientar-se com autonomia no sistema de saúde, interpretar informação e tomar decisões informadas, ou seja, assegurar mais literacia digital para mais saúde. A capacitação digital afirma-se, assim, como uma ferramenta estratégica para a equidade e a inclusão em saúde, é uma condição essencial para o acesso equitativo aos serviços e garantirá que todos os cidadãos desenvolvam competências para utilizar, com segurança, autonomia e confiança, as ferramentas digitais associadas ao sistema de saúde, criando uma comunidade ligada.

O eixo 3 centra-se na **SAÚDE ESCOLAR E JUVENTUDE**. O contexto escolar, idealmente considerado desde o espaço das creches, e ao longo do período da vida que designamos como juventude (definindo-se como jovem uma pessoa até aos 24 anos) constituem-se um eixo estratégico para a promoção da saúde, da equidade e da inclusão social no território municipal. Nesta área, as ações têm como finalidade garantir o desenvolvimento integral das crianças, adolescentes e jovens, por meio da articulação entre os sectores da saúde, educação, ação social, juventude e outros parceiros locais. A escola – onde se desenvolvem competências para a vida, fortalecem-se os fatores protetores e previnem-se comportamentos de risco desde as idades mais precoces – deve ser um espaço privilegiado para a promoção da saúde. Investir na saúde das crianças e jovens é essencial para o desenvolvimento sustentável das comunidades e combater os desertos demográficos. Através da articulação entre os setores da saúde e da educação, pretende-se construir ambientes escolares mais seguros, saudáveis e inclusivos, que favoreçam o bem-estar emocional, a educação em saúde e a participação ativa dos jovens na definição de estratégias que respondam às suas necessidades. São também essenciais para conhecer e acompanhar a evolução dos comportamentos em saúde e fazer a aprendizagem da utilização crítica dos serviços de saúde, que os profissionais da educação tanto podem ajudar e complementar. Pretende-se tirar partido, na vigência desta Estratégia, da participação numa ambiciosa Joint Action europeia, a “Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases (JA PreventNCD)” na qual Montalegre participará como município piloto para, através da alimentação na população em idade escolar – formando os profissionais dos vários níveis e as famílias, contribuir para identificar as melhores estratégias e políticas alimentares, visando a

prazo reduzir a enorme carga de doença da responsabilidade do cancro e das doenças crónicas não transmissíveis, com foco nos fatores de risco pessoais e sociais.

O eixo 4 valoriza e define intervenções no **ACESSO E PROXIMIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE**. O acesso atempado, equitativo e desburocratizado aos cuidados de saúde é essencial para garantir a eficácia do sistema de saúde. Este eixo tem como missão aproximar os serviços de saúde das pessoas, dar-lhes oportunidades em áreas especialmente carenciadas como, por exemplo, a fisioterapia ou a intervenção precoce nas perturbações do desenvolvimento. Pretende-se atender, sobretudo, às que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, através da implementação de soluções inovadoras e de proximidade, como a telemedicina, a mediação comunitária e a articulação entre os diferentes setores. Deseja-se reduzir as barreiras de acesso – geográficas, digitais, administrativas e culturais – e reforçar a resposta comunitária integrada, com foco na prevenção, na continuidade de cuidados e no acompanhamento personalizado e, ainda, assegurar uma visão humanista e humanizada dos serviços que valorize o bem-estar dos profissionais e dos utentes.

O eixo 5, finalmente, integra valores e desafios fundamentais para assegurar a **SUSTENTABILIDADE, DESENVOLVIMENTO e ECONOMIA LOCAL**. A saúde está intimamente ligada à sustentabilidade ambiental, à segurança alimentar e à vitalidade económica local. Neste eixo propõe-se uma abordagem integrada, considerando o sistema alimentar, os recursos endógenos e a identidade territorial como determinantes de saúde. Procura servir-se uma visão das relações entre alimentação e saúde que tire partido das escolhas mais saudáveis e mais acessíveis, por isso, também mais sustentáveis. O fortalecimento das cadeias curtas de abastecimento, o acesso equitativo a alimentos frescos e nutritivos e a valorização da agricultura local contribuem para essa alimentação mais saudável, mas também promovem uma economia mais resiliente e uma comunidade mais coesa e ambientalmente consciente. Trata-se de um investimento no futuro sustentável do território e da sua população, mantendo e revitalizando o melhor das suas tradições.

Plano Municipal de Saúde: Eixos, Ações, Objetivos e Medidas

EIXO DE AÇÃO 1 – UMA COMUNIDADE SAUDÁVEL E INCLUSIVA

Construir uma comunidade promotora de saúde, vivendo em ambientes seguros, saudáveis e solidários, capazes de integrar a inovação e onde todos os cidadãos se tornem agentes ativos na proteção da saúde, na prevenção da doença e na utilização racional das estruturas de cuidados.

Área de ação 1	Promoção de uma cultura comunitária de saúde e bem-estar
Objetivo 1	Articular os setores da saúde, ação social, educação, segurança e as estruturas da sociedade civil para consolidar a saúde como um valor partilhado e sustentado por redes de apoio formais e informais.
Medidas	- Desenvolver um Mapa da Comunidade. O mapa identificará os recursos – estruturas físicas e pessoas, que formal ou informalmente asseguram as circunstâncias de apoio (e.g., vizinhos de referência, técnicos locais, comércio de proximidade). - Criar um Canal Digital de Sinalização Comunitária. Toda a população terá acesso a essa plataforma, para reporte de situações de risco, tais como situações pessoais de exposição a insalubridade, negligência, violência ou isolamento, mas também aspetos das estruturas sociais que possam contribuir para deteriorar a qualidade de vida.
Área de ação 2	Prevenção dos comportamentos aditivos
Objetivo 1	Reduzir os comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas, através de ações de educação para a saúde, juntando a ação de técnicos com as disponibilidades das estruturas associativas da comunidade.
Medidas	- Dinamizar anualmente o Dia Municipal Sem Álcool. Incluir atividades culturais, performativas e interativas (e.g., teatro comunitário, debates, arte urbana) em escolas e espaços públicos.
Objetivo 2	Prevenir o início do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias (com particular atenção ao início precoce) e combater a sua normalização social.
Medidas	- Promover a identificação precoce de circunstâncias de risco associados ao início dos consumos, com encaminhamento para respostas de prevenção e intervenção na comunidade, considerando o papel fundamental da comunidade escolar, desportiva e dos mediadores comunitários de saúde.

Área de ação 3	Redução do isolamento social e reforço dos vínculos sociais
Objetivo 1	Promover a inclusão social e o bem-estar emocional da população
Medidas	- Mapear e sinalizar pessoas que vivem isoladas ou em risco de exclusão social, com apoio de equipas multidisciplinares locais. - Reforçar e expandir o programa Radar Social, alargando a sua cobertura e envolvimento das juntas de freguesia, união das freguesias, cuidadores (in)formais e outros agentes locais. - Criar redes de proximidade, apoio mútuo e valorização dos vínculos entre gerações e de vizinhança envolvendo associações cívicas, clubes e estruturas religiosas. - Criar Clubes de Vizinhança Pequenos núcleos locais de apoio mútuo, dinamizados com apoio técnico e estruturados em encontros regulares, que incentivem a participação ativa e o diálogo entre diferentes gerações. - Estabelecer Protocolos de Resposta Integrada entre os serviços de saúde, de ação social e segurança, ativáveis por sinalização comunitária em situações de risco social.
Área de ação 4	Prevenção da violência interpessoal
Objetivo 1	Implementar mecanismos de deteção precoce e resposta integrada a situações de violência, com particular foco na violência doméstica, negligência infantil e violência contra idosos.
Medidas	- Desenvolver mecanismos comunitários de sinalização, apoio e proteção das vítimas de violência, em articulação com as entidades competentes (e.g., CPCJ, GNR, Bombeiros, ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro). - Quantificar e monitorizar a frequência populacional do problema. - Garantir que é reconhecida e compreendida a natureza de crime público. - Capacitar agentes de proximidade (e.g., técnicos, comerciantes, motoristas, voluntários) para reconhecerem sinais de alarme e acionarem as respostas adequadas. - Promover campanhas de prevenção e sensibilização sobre as várias formas de violência (doméstica, de género, contra idosos), nos espaços públicos como mercados, eventos comunitários e no contexto escolar.
Objetivo 2	Assegurar o envolvimento das estruturas de saúde na identificação e valorização do problema violência

Medidas	- Promover a capacitação dos profissionais para a identificação e situações de violência, a sua valorização enquanto motivo de recurso aos serviços de saúde e o seu encaminhamento para equipa multidisciplinar.
Área de ação 5	Preservação de um ambiente promotor de saúde
Objetivo 1	Assegurar a avaliação dos efeitos na saúde de intervenções no ordenamento do território e da paisagem com reconhecido impacto no ambiente e nas atividades humanas.
Medidas	- Exigir a realização e publicitação de estudos de impacto na saúde (como já é habitual para o impacto ambiental) sempre que se preveja uma alteração relevante nas condições de vida e potencial exposição a riscos acrescidos de doença. - Estabelecer através de inquérito populacional as condições de saúde dos munícipes, de modo a em quaisquer circunstâncias identificar efeitos nefastos em saúde resultantes de atividades industriais ou outras.

EIXO DE AÇÃO 2 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE E CAPACITAÇÃO DIGITAL

A capacitação digital é uma ferramenta estratégica para a equidade e a inclusão em saúde.

Área de ação 1	Saúde digital para a inclusão
Objetivo 1	Aumentar o acesso da população a serviços de saúde por meio da disseminação e utilização de tecnologias (telemedicina, <i>apps</i> , registo eletrónico de saúde).
Medidas	- Realizar um levantamento local sobre o acesso a dispositivos móveis e à internet, com especial foco nos grupos em situação de maior vulnerabilidade. - Disseminar o acesso e a utilização de plataformas digitais para educação em saúde.
Objetivo 2	Reduzir desigualdades regionais no acesso a cuidados.
Medidas	- Implementar pontos de tele-saúde em áreas mais remotas ou com baixa cobertura. - Promover cuidados especializados com recurso a teleconsultas. - Incentivar parcerias para a monitorização remota de situações crónicas. - Definir estratégias para rentabilizar os espaços existentes e os investimentos efetuados em equipamentos, assegurando oferta de atividades a mais pessoas ou novas ofertas (como a fisioterapia ou a terapia da fala).
Objetivo 3	Promover inclusão digital em saúde, com capacitação de utentes e profissionais sobre o uso de ferramentas digitais.
Medidas	- Dinamizar oficinas práticas sobre o uso de plataformas digitais em saúde (e.g., SNS24, marcação de consultas <i>online</i>, consulta de resultados clínicos), integrando conteúdos específicos para promover a adesão à telemedicina por parte dos grupos com maior risco de exclusão digital. - Criar pontos de apoio digital permanentes, localizados em espaços públicos estratégicos (e.g., juntas de freguesia, bibliotecas, centros comunitários), com técnicos ou voluntários preparados para fornecer apoio individualizado à população em tarefas digitais relacionadas com a saúde. - Utilizar os meios de comunicação locais (e.g., rádio, jornais e redes sociais institucionais) para difundir mensagens-chave com recurso a uma linguagem clara e acessível.

Área de ação 2	Literacia em saúde oral
Objetivo 1	Aumentar o conhecimento da população sobre saúde oral e fomentar a adoção de práticas preventivas, reduzindo barreiras no acesso aos cuidados disponíveis.
Medidas	- Promover práticas de higiene oral e a importância da prevenção e acompanhamento regular, dirigidas a diferentes públicos e dirigidas a escolas, lares, unidades de saúde. - Realizar sessões de esclarecimento sobre o cheque-dentista, explicando de forma clara como funciona, a quem se destina e como deve ser utilizado, para aumentar a sua utilização e eficácia.
Área de ação 3	Literacia em saúde mental
Objetivo 1	Promover uma cultura comunitária de sensibilização, empatia e solidariedade face à saúde mental, desconstruindo preconceitos e facilitando o acesso atempado aos recursos disponíveis.
Medidas	- Realizar formações em saúde mental e primeiros socorros psicológicos, dirigidas a cuidadores formais e informais, professores, mediadores comunitários, associações locais e líderes comunitários. - Criar e divulgar conteúdos multimédia acessíveis (vídeos, <i>podcasts</i>, cartazes) com informação científica, clara e adaptada ao contexto local, sobre sinais de alerta, estratégias de autocuidado e formas de procurar apoio. - Envolver jovens, escolas e associações locais na cocriação de campanhas sobre saúde mental, promovendo o diálogo intergeracional e a desmistificação dos problemas psicológicos no seio da comunidade. - Incentivar a prescrição social e cultural em resposta a problemas de saúde mental.

EIXO DE AÇÃO 3 – SAÚDE ESCOLAR E JUVENTUDE

Promover a saúde física, mental e social das crianças e dos jovens, através de ações integradas por múltiplos agentes sociais e integradoras das várias dimensões da cidadania, tanto em contexto escolar como familiar e comunitário.

Área de ação 1	Promoção da saúde e bem-estar no contexto escolar
Objetivo 1	Reforçar a articulação entre os setores da educação e da saúde, promovendo ambientes escolares seguros, saudáveis e inclusivos, com foco na prevenção e na capacitação de toda a comunidade educativa.
Medidas	- Estabelecer parcerias regulares entre as unidades de saúde e os agrupamentos escolares, garantindo a presença de técnicos de saúde nas atividades escolares e a inclusão de temáticas de saúde nos projetos educativos. - Criar grupos intersectoriais locais de saúde escolar, com representantes da educação, saúde, pais, estudantes e técnicos municipais, para monitorizar necessidades e implementar estratégias integradas. - Consolidar e expandir o Programa de Saúde Escolar no município, assegurando cobertura universal nas escolas públicas. - Retomar a integralidade dos programas de Saúde Escolar (como PASSE, PRESS e PELT), com especial foco na área da saúde mental, alimentação saudável e prevenção de comportamentos de risco. - Promover formações regulares para docentes e não-docentes sobre saúde mental infantojuvenil, literacia emocional, nutrição e prevenção de consumos. - Organizar a participação do agrupamento escolar na <i>Joint Action</i> europeia JAPreventNCD.
Objetivo 2	Conhecer o estado de saúde dos estudantes de Montalegre
Medidas	- Realizar com periodicidade bienal um inquérito alimentar, de atividade física e de saúde em parceria com os serviços de saúde e instituições académicas. - Estabelecer mecanismos de deteção precoce e encaminhamento de situações de vulnerabilidade ou risco, nomeadamente em saúde reprodutiva ou mental. - Implementar um plano anual de ações educativas e de promoção de saúde, com participação das equipas de saúde escolar, educação e juventude. - Realizar ações de formação dirigidas a docentes e profissionais de saúde sobre abordagem inclusiva e não estigmatizante de questões juvenis.

	- Criar espaços de escuta ativa e participação juvenil, como conselhos escolares de saúde ou fóruns de jovens.
Área de ação 2	Uma Agenda da Juventude para a Saúde
Objetivo 1	Fomentar o envolvimento das crianças e jovens na definição, comunicação e avaliação das políticas e práticas locais que influenciam a sua saúde e bem-estar.
Medidas	- Criar espaços seguros, acessíveis e inclusivos, onde as crianças e jovens possam expressar livremente as suas necessidades, preocupações e prioridades em matéria de saúde e bem-estar. - Reforçar a educação em saúde junto da população jovem, com enfoque na saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, alimentação saudável e estilos de vida ativos. - Organizar ciclos regulares de debates e oficinas participativas nos estabelecimentos de ensino, promovendo o diálogo entre crianças, jovens, profissionais de saúde, educadores e representantes da autarquia na identificação das prioridades locais em saúde. - Desenvolver e aplicar inquéritos locais participativos, dirigidos a crianças e jovens, para recolher informação sobre perceções, expectativas e níveis de satisfação face aos serviços e políticas de saúde, garantindo a análise e integração dos resultados no planeamento e ajuste das estratégias locais. - Criar e implementar projetos-piloto no contexto local, com o envolvimento das crianças e jovens na identificação de problemas e na cocriação de soluções inovadoras para os desafios de saúde e bem-estar identificados.

EIXO DE AÇÃO 4 – ACESSO E PROXIMIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Reduzir as barreiras de acesso – geográficas, digitais, administrativas e culturais – e reforçar a resposta comunitária integrada, com foco na prevenção, na continuidade de cuidados e no acompanhamento personalizado.

Área de ação 1	Acesso equitativo, próximo e desburocratizado aos diferentes níveis dos cuidados de saúde
Objetivo 1	Ampliar a utilização da telemedicina e dos serviços digitais de saúde, facilitando o acesso, especialmente nas zonas mais periféricas e com maior atenção às pessoas com dificuldades de mobilidade ou deslocação.
Medidas	- Incentivar o uso de videochamadas em alternativa às consultas telefónicas, garantindo melhor qualidade na comunicação e maior envolvimento dos utentes na consulta. - Disponibilizar infraestruturas digitais (internet, dispositivos, apoio técnico) em espaços públicos municipais, como juntas de freguesia e centros comunitários para possibilitar a realização de teleconsultas com privacidade e suporte técnico. - Promover a criação de equipas profissionais multidisciplinares com capacidade de atuação local integrada.
Objetivo 2	Reforçar a articulação entre os serviços de saúde, o setor social e os serviços municipais, numa lógica de rede colaborativa ao serviço da saúde comunitária.
Medidas	- Criar e operacionalizar a figura do Mediador Comunitário de Saúde, com formação específica e papel ativo na mediação entre utentes, serviços de saúde, respostas sociais e estruturas locais, facilitando o acompanhamento próximo, a identificação precoce de situações de risco e o encaminhamento adequado. - Estabelecer protocolos de cooperação entre as unidades de saúde, serviços sociais, autarquias e instituições da comunidade, para garantir planos de intervenção coordenados e centrados nas necessidades das pessoas. - Integrar os Mediadores Comunitários de Saúde em equipas multidisciplinares de acompanhamento domiciliário, nomeadamente em casos de dependência, doença crónica, solidão ou vulnerabilidade social. - Ajudar a melhorar o acesso aos serviços por intermédio de apoio específico a transportes acessíveis. - Formar prescritores e estabelecer nos serviços de saúde a prática da prescrição social e cultural
Área de ação 2	Saúde ocupacional e medicina do trabalho
Objetivo 1	Promover a formação e incentivar o cumprimento dos requisitos legais em saúde do trabalho

Medidas	- Assegurar ações de formação dirigidas a profissões específicas, particularmente na área da agropecuária - Promover o conhecimento atempado das principais causas e dos diagnósticos de patologias profissionais. - Criar um plano de prevenção e resposta aos acidentes profissionais. - Estimular a interação entre os serviços de saúde ocupacional e a UCSP/USF de Montalegre.
----------------	--

EIXO DE AÇÃO 5 – SUSTENTABILIDADE, DESENVOLVIMENTO e ECONOMIA LOCAL

Reconhece-se que a saúde é única e sustenta-se do equilíbrio entre as pessoas e o seu bem-estar, o ambiente e a cultura. A harmonia entre o global e o local é também essencial para assegurar respostas resilientes aos desafios que constituem as emergências sanitárias. Idealmente, devíamos pugnar por uma economia do bem-estar.

Área de ação 1	A economia local e a saúde
Objetivo 1	Promover o desenvolvimento de um modelo alimentar territorial saudável, orientado pelos princípios da sustentabilidade ambiental, do equilíbrio nutricional, da valorização dos recursos endógenos do município.
Medidas	- Criar uma Rede de Mercados Locais, com foco na comercialização de produtos frescos, sazonais e de origem local, promovendo o contacto direto entre produtores e consumidores. - Desenvolver um modelo de Mercados Itinerantes, que permita o escoamento da produção agrícola local e o acesso a alimentos frescos por parte da população residente em zonas rurais mais isoladas. - Incentivar práticas de economia circular no setor agroalimentar, como o reaproveitamento de excedentes, compostagem comunitária e a redução do desperdício alimentar em mercados, escolas e cantinas públicas. - Integrar a preservação da identidade agrícola de Montalegre, enquanto Património Agrícola Mundial, nas estratégias de educação para a saúde e sustentabilidade, através de iniciativas escolares e comunitárias. - Realizar um levantamento da produção alimentar existente no território, cruzando essa informação com os padrões de consumo da população, de forma a identificar desequilíbrios e oportunidades de intervenção.

