

PROGRAMA REDE SOCIAL  
CONCELHO DE ENTRONCAMENTO

DIAGNÓSTICO SOCIAL

2013



## Constituição do núcleo executivo:

ASSOCIAÇÃO DOS LARES FERROVIÁRIOS

CÂMARA MUNICIPAL DO ENTRONCAMENTO

CERE – CENTRO DE ENSINO E RECUPERAÇÃO

GABINETE DE INSERÇÃO PROFISSIONAL

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL

LAR SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO ENTRONCAMENTO

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

PARCEIRO CONVIDADO: AGRUPAMENTO DE ESCOLAS CIDADE DO ENTRONCAMENTO

## Introdução

O Programa “Rede Social”, criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, tem como objetivo contribuir para a erradicação da pobreza e da exclusão social, promovendo desenvolvimento social, nos planos nacional e local. No plano nacional, a Rede social contribui para a adaptação e articulação das políticas e medidas de âmbito nacional aos problemas e necessidades locais. No plano local estimula a intervenção de parcerias alargadas para a definição de estratégias de intervenção, mobilizando recursos institucionais e das comunidades. Sendo que o princípio fundamental da Rede Social, é a parceria de entidades públicas e privadas, com e sem fins lucrativos que atuam no domínio social, esta operacionaliza-se no Conselho Local de Ação Social - CLAS, de âmbito concelhio. A Rede Social assenta no esforço conjunto das diversas entidades, no sentido de articular a sua intervenção no terreno, garantindo uma maior eficácia no conjunto de respostas sociais que o concelho tem para oferecer. Desta forma, a Rede Social visa potenciar as sinergias e recursos locais, promovendo simultaneamente o planeamento participado e o envolvimento de todos os agentes implicados.

A Rede Social no concelho do Entroncamento, já alcançou os seguintes objetivos:

Constituição da Parceria - CLAS

Regulamento Interno

Pré-Diagnóstico Social

## Metodologia

Após a realização de um Pré-diagnóstico Social, que contribuiu para a descrição do concelho do Entroncamento, bem como para o conhecimento dos recursos existentes, surge então a necessidade de elaborar um Diagnóstico Social, que contribuirá para o recenseamento dos problemas, interpretação das necessidades locais e para a definição de prioridades ao nível da intervenção subsequente.

São objetivos fundamentais do Diagnóstico:

- Documentar o ponto da situação em relação aos problemas identificados;
- Determinar a importância e amplitude dos problemas (hierarquizando-os) e respetivas causalidades;
- Identificar os nós centrais sobre os quais incidirá a intervenção. Deste modo, o diagnóstico social é um instrumento que pretende essencialmente:
- Descrever, analisar e interpretar os problemas sociais existentes na unidade territorial definida (neste caso o Concelho do Entroncamento);
- Elencar as respostas sociais, recursos humanos e materiais existentes;
- Avaliar a adequação dos recursos disponíveis aos problemas existentes;

Para a concretização deste documento, procedeu-se à constituição de grupos de trabalho que incidiram sobre as problemáticas. Resumindo, o trabalho desenvolvido pretende contribuir para a identificação de problemas e constitui uma base de trabalho para a construção do Plano de Desenvolvimento Social. Trata-se de uma investigação que não constitui um fim em si mesma, mas antes, um instrumento de planeamento dirigido para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Social.

O Diagnóstico Social resulta do trabalho efetivo de um conjunto de parceiros representativos das principais estruturas concelhias. Salienta-se a importância não só deste documento, mas de todo o trabalho preconizado pela Rede Social, o qual deverá ser a base dos projetos concelhios. O verdadeiro trabalho de parceria tem por filosofia a congregação de esforços, a partilha de recursos e meios no sentido de efetivar uma intervenção integrada, adequada à realidade e necessidades existentes, ou seja é o resultado do trabalho de pesquisa efetuado pelos elementos do Núcleo Executivo, de acordo com a prévia identificação das áreas temáticas, consideradas de maior relevo para a caracterização da realidade concelhia, numa perspetiva integrada. Foram consideradas quatro áreas temáticas, Educação, Social, Inserção

Profissional, Saúde, Habitação. Para cada área/eixo problemática foi efetuada uma análise estatística, bem como uma pesquisa bibliográfica de sustentação ao mesmo, de forma a definir prioridades de intervenção. De referir ainda que, este é um documento aberto e contínuo, uma vez que a realidade social se encontra em permanente mutação, necessitando assim de atualização constante. É importante mencionar, que os dados apresentados, são exclusivamente aqueles que à data, eram conhecidos nas entidades ou serviços indicados como fonte. A metodologia de recolha de informação, baseou-se essencialmente na análise documental, estudos elaborados e publicados pela Câmara Municipal e documentos do Instituto Nacional de Estatística - Censos 2001, e no tratamento estatístico de dados existentes em entidades públicas e privadas do concelho. Para a apresentação do Diagnóstico Social, optou-se pelo formato em quadros e respetivos gráficos, tendo-se analisado cada conjunto. Consideramos o formato apresentado de fácil leitura, para a diversidade das entidades que o irão utilizar. O Diagnóstico constitui, essencialmente um instrumento de trabalho, enquanto caracterização qualitativa e quantitativa dos recursos e necessidades do concelho do Entroncamento, sendo um passo fundamental para o Plano de Desenvolvimento Social, que será a etapa seguinte da Rede Social. Para a sua construção, será imprescindível a participação ativa de todas as entidades do CLAS, só assim, será possível concretizar o Plano de Desenvolvimento Social. Sabemos que é no território que se detetam as necessidades e os recursos, sabemos também que a resolução eficaz dos problemas passa pela sua identificação, pelo que se procedeu à elaboração do Diagnóstico Social Concelhio, documento que agora se apresenta, constituindo um passo na estratégia de promover a cooperação, a participação e o envolvimento das entidades públicas e privadas, na promoção do desenvolvimento social sustentável do Concelho. Com a atualização do Diagnostico Social, pretendeu-se criar um documento de utilidade social, adaptável à realidade do concelho, orientador de caminhos prioritários no que respeita à política social local. Este trabalho foi realizado de forma concreta, objetiva e participada, sem artifícios, nem omitindo as situações que, embora menos agradáveis, têm que ser diagnosticadas para poderem ser corrigidas. Este documento destina-se à população em geral, mas principalmente aos técnicos e serviços, pelo que ambicionamos que seja um instrumento de apoio à intervenção, que contribua para o planeamento de novos serviços e projetos.

A elaboração do presente diagnóstico atendeu a diversas etapas, as quais obedeceram a algumas técnicas e procedimentos, permitindo a análise dos principais problemas, bem como das prioridades de intervenção no nosso concelho. O grupo de parceiros envolvido nesta recolha de informação procurou, sempre que possível, realizar o seu cruzamento, de modo a não ocorrer duplicação de dados. A informação recolhida permitiu fundamentar as problemáticas concelhias diagnosticadas e analisadas pelos atores sociais. Estes foram, na

realidade, os responsáveis pela identificação exploratória dos principais problemas, através da utilização da técnica de análise S.W.O.T. (isto é, das Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças existentes no concelho). A análise S.W.O.T. é provavelmente a mais popular ferramenta usada no Planeamento Estratégico e na resolução dos problemas dos mais diversos níveis. Esta técnica visa gerar alternativas que permitam ao concelho utilizar as suas forças para explorar as oportunidades, enfrentar as ameaças e corrigir as fraquezas existentes. Assim, realizaram-se diversas sessões de trabalho com o objetivo de determinar os motivos e os efeitos dos problemas no território. Efetivamente, o passo seguinte consiste em encontrar estratégias e respostas para as necessidades diagnosticadas e definir os objetivos para o concelho a media prazo, processo para o qual, pretendemos continuar a contar com a participação de todos os parceiros da Rede Social. Não podemos deixar de agradecer a todas as instituições, públicas e privadas, mais especificamente aos grupos de trabalho e ao Núcleo Executivo que participaram, ativamente, durante todo este processo, sem os quais não teria sido possível a edição do presente documento.

	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
Interno	<b>S</b> Strenghts Pontos Fortes Ou Forças	<b>W</b> Weaknesses Pontos Fracos ou Fraquezas
Externo	<b>O</b> Oportunities Oportunidades	<b>T</b> Threats Ameaças

## Educação

Nesta área podemos encontrar as questões relacionadas com a educação.

Esta nuvem é constituída pelos seguintes problemas:

- Falta de resposta em termos de ATL para a população carenciada em idade escolar;
- Baixas expectativas relativamente ao percurso escolar e pouca participação das famílias carenciadas no processo ensino/aprendizagem dos filhos/educandos;
- Falta de interesse em relação à escola;
- Problemas de comportamento/aprendizagem;
- Absentismo, insucesso e abandono escolar das crianças e jovens de etnia cigana.

Seguidamente podemos observar a Matriz constituída a partir desta nuvem.

## Análise Swot da Educação

### **Forças**

- Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família (GAAF) – Intervenção ao nível psicossocial das famílias e crianças/jovens através dos parceiros. Prevenir e reduzir as condutas delinquentes e comportamentos de risco;
- PESES – Promover a Educação para a saúde e educação sexual;
- Escola de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão;
- Escola de referência para autismo e equipa do ensino especial;
- GIA (Gabinete de Informação ao aluno);
- Conselho Municipal de Educação;
- Diversidade de ofertas formativas incluindo cursos profissionais e tecnológicos;
- Capacidade de resposta por parte da escola relativamente a casos de carência sócio económica inesperada (Pequeno almoço/lanches);
- Estabelecimento de protocolos com entidades empresariais e de cariz social.

### **Fraquezas**

- Baixas expectativas/falta de interesse, relativamente ao percurso escolar e pouca participação de famílias carenciadas no processo ensino/aprendizagem dos filhos/educandos;
- Problemas de comportamento/indisciplina;
- Dificuldades em assinar protocolos com empresas para aceitarem estagiários;
- Falta de resposta de equipamento de apoio à primeira infância (0 – 3 anos).

### **Oportunidades**

- Escola profissional Gustave Eiffel;
- Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento – CERE (Respostas Sociais: Educacional, CAO, Lar, SADE, PIPE, CRI);
- CRIT;
- PIPE – Projeto de intervenção precoce;
- CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens do Entroncamento;
- Núcleo Local de Inserção;
- Unidade de Cuidados na Comunidade - (Recurso a técnicos de saúde em termos de palestras e apoio no GAAF e GIA);
- GIP (Gabinete de Inserção Profissional);
- CLAC;
- Ava social – Voluntariado;
- Nersant;
- Tagusvalley.

### **Ameaças**

- Devido ao alargamento da escolaridade obrigatória, já se verificam situações de abandono em crianças de etnia cigana, principalmente no sexo feminino, relacionado com o padrão étnico cultural;
- Falta de resposta adequada a nível de ATL para população carenciada em idade escolar;
- O tecido empresarial do concelho, que é diminuto, tem dificuldade em responder às expectativas da escola no que respeita à colocação de estagiários dos cursos profissionais,
- Difícil colocação no mercado de trabalho após o curso profissional;
- Crescente número de alunos atingidos pela frágil situação económica dos agregados familiares.

Ao problema relacionado com a baixa expectativa/falta de interesse no percurso escolar dos seus educandos, associam-se as seguintes **causas**:

- Baixa qualificação dos pais /Encarregados de Educação;
- Desvalorização social da imagem da escola e dos professores;
- Falta de interesse no acompanhamento dos educandos;
- Falta de participação dos Encarregados de Educação das famílias de etnia cigana nas reuniões agendadas, factos reportados pelos Diretores de turma.

Relativamente às **consequências** foram identificadas as seguintes:

- Falta de assiduidade;
- Abandono Escolar.

Sendo o contexto escolar um meio privilegiado de crescimento, socialização, educação e formação, é um espaço fundamental de intervenção preventiva. Assim, e tendo em conta as problemáticas associadas a uma sociedade pós-moderna assente na fraca ligação escola/família, entre outros, é essencial intervir com toda a comunidade educativa, numa perspetiva de capacitação deste grupo alvo, para um crescimento saudável. Através de uma Prevenção dirigida a todo o sistema familiar, através de estratégias informativas e programas de treino de competências parentais, pessoais de forma a reduzir e/ou inibir os comportamentos de risco, reforçando as Competências parentais e as competências pessoais e sociais das crianças e jovens em risco e os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco.

Ao problema relacionado com o comportamento/indisciplina associam-se às seguintes **causas**:

- Falta de cumprimento de regras básicas de cidadania;
- Pouca exigência dos pais/encarregados de educação em relação ao cumprimento dos horários dos filhos/educandos e não terem consequências em casa quando faltam às aulas;
- Falta de cumprimento do regulamento interno das escolas do Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento.

Relativamente às **consequências** foram identificadas as seguintes:

- Insucesso (Absentismo principalmente em famílias de baixos recursos económicos).

No que diz respeito às Dificuldades em assinar protocolos com empresas para aceitarem estagiários associam-se as **causas**:

- Falta de recursos ao nível do setor secundário empresarial no âmbito concelhio, o que dificulta o desenvolvimento de estágios curriculares.

Os Cursos Profissionais, em oferta na Escola Secundária que incluem um estágio profissional no final do curso e têm como objetivo qualificar para a inserção no mercado do trabalho, permitindo o prosseguimento de estudos em níveis superiores. Conferem certificação profissional de nível 3 e certificação académica do ensino secundário. Na Escola Secundária, existem 3 cursos profissionais: Técnico de programação e sistemas informáticos, Técnico de Apoio Psicosocial, Técnico de apoio à Gestão Desportiva. Esta acolhe alunos não só do próprio Concelho como também recebe estudantes provenientes de outros concelhos limítrofes (Vila Nova da Barquinha, Torres Novas, Golegã), sobretudo para ingressos em cursos profissionais. De salientar que alunos residentes no nosso concelho também se deslocam para escolas dos concelhos limítrofes para frequentar cursos que aqui não são oferecidos. O Ensino Profissional é uma das soluções que se afiguram aos alunos como possível escolha após o término do ensino obrigatório. O facto deste ensino proporcionar uma aprendizagem visando uma melhor inserção na vida profissional é hoje em dia uma das opções com expressão em termo de prosseguimento de estudos. Neste tipo de ensino, destacam-se os Cursos Profissionais. Os Cursos Profissionais têm a duração de 3 anos e proporcionam o desenvolvimento de competências específicas para o exercício de uma profissão, o que possibilita o ingresso no mercado de trabalho, a par de uma habilitação académica que permite a candidatura ao ensino superior. Estes cursos destinam-se, principalmente, a jovens que, tendo concluído o 3º ciclo do ensino básico ou equivalente, pretendam obter uma qualificação profissional que lhes possibilite o ingresso no mercado de trabalho. No entanto é de salientar as dificuldades em

assinar protocolos com empresas para aceitarem os estágios por falta de recursos ao nível do setor empresarial no concelho.

É importante as empresas articularem com a escola e facilitarem esta integração dos estagiários no sentido de formar adequadamente os jovens que entram no mercado de trabalho.

**Tabela nº 1 - Cursos Profissionais da Escola Secundária no ano 2012/2013**

Escola Secundária	<u>Cursos Profissionais:</u>	Técnico de apoio à Gestão Desportiva  Técnico de apoio Psicosocial  Técnico de programação e sistemas informáticos
-------------------	------------------------------	---

Fonte: Agrupamento de escolas Cidade do Entroncamento

### A Rede de Escolas do Concelho:

Em termos dos estabelecimentos de ensino verifica-se que no concelho do Entroncamento existem no nível do ensino Pré-Escolar existem 8 estabelecimentos e no ensino básico - 1º ciclo existem 7 estabelecimentos de ensino dos quais 2 possuem também 2º ciclo (Colégio dos Navegantes e João de Deus) e ainda a Escola Dr. Ruy D'Andrade com 2º e 3º ciclo o que poderia evidenciar algum equilíbrio entre a oferta de educação pré-escolar e do 1.º ciclo, no entanto pode-se verificar que a maioria dos equipamentos da rede não pública se concentra na educação pré-escolar. De referir ainda uma escola que leciona o ensino Secundário com 3º ciclo. A taxa de ocupação da rede é total nas escolas de 1º ciclo existentes.

Os estabelecimentos de ensino não públicos são a Escola João de Deus (com 1º e 2º ciclo), a Escola Rumo ao Futuro (IPSS) e o Colégio dos Navegantes. Daqui se conclui que, estes equipamentos, para além do 1º ciclo oferecem também a educação pré escolar, assegurando uma continuação dos estudos para os alunos com idades compreendidas entre os 3 e os 9 anos.

Nos últimos anos, tem-se registado que a população escolar não sofreu alterações significativas em termos do número de alunos matriculados no 2º ciclo na escola EB23 Dr. Ruy d' Andrade.

O ensino secundário na sua vertente profissional e tecnológica, é constituído por um ciclo de estudos com características próprias, com percursos orientados para a integração no mercado

de trabalho. O Ensino Secundário prepara técnicos intermédios habilitados com uma qualificação profissional de nível 3 que poderão exercer a sua atividade profissional de forma autónoma e com responsabilidades de enquadramento e coordenação. No concelho do Entroncamento o ensino secundário é ministrado na Escola Secundária com 3º Ciclo do Entroncamento (ES/3) da rede pública e ainda em três escolas da rede não pública: o Externato Mouzinho de Albuquerque, com cursos regulares, a Escola Profissional Gustave Eiffel e o IFP - Fernave como ensino secundário profissional.

A escola ES/3 do Entroncamento encontra-se a funcionar no limite da sua capacidade no que respeita ao ensino diurno. Esta situação verifica-se pelo facto da relação entre o número de turmas e espaços existentes estar desequilibrada.

**Tabela nº 2 - Repartição dos alunos pelos vários Níveis e redes de Ensino (ano Letivo de 2012/13).**

<b>Educação Pré-Escolar</b>	<b>Nº Alunos</b>
Rede Pública	292
Rede Privada – Particular	299
<b>Total</b>	<b>591</b>
<b>Ensino Básico – 1º Ciclo</b>	<b>Nº Alunos</b>
Público	661
Particular	276
<b>Total</b>	<b>836</b>
<b>Ensino Básico – 2º Ciclo</b>	<b>Nº Alunos</b>
Público	472
<b>Privado</b>	<b>51</b>
<b>Total</b>	<b>523</b>
<b>Ensino Básico – 3º Ciclo</b>	<b>Nº Alunos</b>
Público	733
<b>Total</b>	<b>733</b>
<b>Ensino Secundário</b>	<b>Nº Alunos</b>
Público	509
<b>Total</b>	<b>509</b>
<b>Ensino Profissionalizante</b>	<b>Nº Alunos</b>
Público	176
<b>Total</b>	<b>176</b>
<b>Particular de Ensino Especial</b>	<b>11</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>

Fonte: CME/Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento/Privados

**Tabela nº 3 - Evolução dos alunos Matriculados na Rede Pública em Regime Normal no concelho do Entroncamento**

<b>Ano Letivo</b>	<b>Pré-Escolar</b>	<b>1ºCiclo</b>	<b>2ºCiclo</b>	<b>3ºCiclo</b>	<b>Sec.</b>	<b>Total</b>
<b>2006/07</b>	250	753	463	576	500	2742
<b>2007/08</b>	258	774	446	660	493	2631
<b>2008/09</b>	279	772	420	673	476	2620
<b>2009/10</b>	300	765	439	612	516	2632
<b>2010/11</b>	294	715	469	664	526	2668
<b>2011/12</b>	321	743	496	673	607	2840
<b>2012/13</b>	292	661	472	733	509	2158

Fonte: Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento

Tal como se verifica na tabela o nº de alunos aumentou, no 3º ciclo, havendo uma diminuição no pré- escolar, 1º ciclo, 2º ciclo e secundário. Esta situação vem de encontro ao referido anteriormente relacionado com o limite da capacidade da Escola Secundária no que respeita ao ensino diurno.

**Tabela nº 4 - Evolução do Número de Alunos Matriculados no 3º Ciclo nos Anos Letivos**

	<b>EB2,3 Dr. Ruy d'Andrade</b>	<b>ES/3 Entroncamento</b>	<b>Total</b>
<b>97/98</b>	295	371	666
<b>98/99</b>	274	414	688
<b>99/00</b>	270	392	662
<b>00/01</b>	237	371	608
<b>01/02</b>	210	406	616

<b>02/03</b>	<b>220</b>	<b>393</b>	<b>613</b>
<b>03/04</b>	<b>219</b>	<b>432</b>	<b>651</b>
<b>04/05</b>	<b>224</b>	<b>419</b>	<b>643</b>
<b>05/06</b>	<b>223</b>	<b>431</b>	<b>654</b>
<b>06/07</b>	<b>197</b>	<b>379</b>	<b>576</b>
<b>07/08</b>	<b>205</b>	<b>475</b>	<b>680</b>
<b>08/09</b>	<b>206</b>	<b>467</b>	<b>673</b>
<b>09/10</b>	<b>167</b>	<b>516</b>	<b>683</b>
<b>12/13</b>	<b>266</b>	<b>467</b>	<b>733</b>

Fonte: Carta Educativa, 2007/ Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento

Verifica-se que o número total de alunos matriculados no 3º ciclo nas duas Escolas da Rede Pública não sofreu alterações significativas nos últimos anos, tendo no entanto no ano 2012-2013 aumentado o número de alunos.

#### **Tabela nº 5 - Evolução das taxas de Retenção e Abandono dos alunos de etnia cigana**

<b>Alunos de etnia cigana</b>			
	<b>Transição</b>	<b>Retenção</b>	<b>Abandono</b>
<b>2008-2009</b>	<b>29%</b>	<b>57%</b>	<b>14%</b>
<b>2011-2012</b>	<b>45%</b>	<b>38%</b>	<b>17%</b>

Fonte: Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento

Verificamos que existiu um aumento de 16% de alunos que transitaram, muito à custa do trabalho em parceria e cooperação desenvolvido no âmbito da medida do Rendimento Social de Inserção (RSI). Embora se verifique que este aumento percentual, não é consistente com uma prática da assiduidade escolar necessária ao desenvolvimento sustentado de cidadania e integração social, ou seja só cumprem pela obrigatoriedade dos planos de inserção social e não por uma atitude pró ativa de integração no concelho do Entroncamento.

Por outro lado, a taxa de abandono tem vindo a aumentar, concomitantemente com a suspensão destas famílias da medida de RSI, e a consequente comunicação à Comissão de

Proteção de Crianças e Jovens em Risco, não tem tido o efeito dissuasor para a sua reintegração escolar, levando a esforços de vários técnicos, sem efetividade. A estratégia de integração social desta etnia tem sido um esforço de todas as instituições que integram a rede social de uma forma sistemática, no entanto, qualquer mudança efetiva só se verifica quando intrinsecamente as pessoas sentirem e agirem para o concretizar. Nesta medida é preciso assumir claramente outras medidas de fundo, em conjunto com o Alto comissariado para a Imigração e Minorias étnicas no planeamento, execução e avaliação de estratégias conjuntas.

Ao problema da Falta de resposta de equipamento de apoio à primeira infância (0 – 3 anos) associam-se as seguintes **causas e consequências**:

Diagnosticou-se a Falta de investimento/financiamento por parte do Estado e suas instituições o que tem como consequências o Desemprego feminino; Aumento de situações de risco; Aumento das “amas clandestinas”. No entanto, esta situação tem de ser analisada criticamente:

- Face à proteção alargada da lei na licença de maternidade/paternidade;
- o aumento do desemprego pode ser um fator agregador das famílias como coadjuvantes cuidativos nesta primeira infância;
- reafectação dos recursos financeiros das famílias para outras necessidades que não a integração em creche familiar

Fatores que retardam desta forma, a entrada neste tipo de resposta, que pode se constituir como uma mais valia na sociabilidade precoce da criança. No Concelho do Entroncamento os equipamentos existentes para a integração das crianças entre os 3 meses e os três anos perfazem:

**Tabela nº 6 – Equipamentos de apoio à primeira infância**

Instituição	
Centro Social Paroquial – creche familiar	12
Centro Social Paroquial - creche	63
Mimos Mágicos	23
Jardim Escola João de Deus	33
Colégio dos Navegantes	19
Locomotiva da pequenada	12
Infantário da Encoprof	19
<b>Total</b>	<b>181</b>

Fonte: CME

**Tabela nº 7 - Nº de Crianças entre os 3 meses e os três anos de idade**

<b>Idade</b>	<b>Sexo Masculino</b>	<b>Sexo Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>&lt; 1 ano</b>	107	86	193
<b>1 ano</b>	100	83	183
<b>2 anos</b>	100	98	198
<b>3 anos</b>	100	100	200
<b>Total</b>	407	367	<b>774</b>

De um total de 774 crianças, 181 se encontram integradas nos estabelecimentos com oferta para o grupo etário dos 6 meses até aos 3 anos (23,40%).

É necessário identificar onde estão integradas 529 crianças que não se encontram enquadradas nas respostas existentes, na medida em que muitas crianças estarão eventualmente integradas em contexto familiar ou entregues a amas sem a qualificação necessária para o exercício da sua atividade. A criação de tais serviços assume, no entanto, aspetos mais delicados quando se trata do acolhimento de crianças situadas na faixa etária dos 6 meses aos 3 anos, pelo que, sem prejuízo da necessária intensificação da rede de estruturas socioeducativas com adequado nível técnico, a prática tem demonstrado a necessidade de se adotarem, concomitantemente, respostas alternativas aos equipamentos clássicos.

A implementação dos estabelecimentos necessários à satisfação das necessidades existentes é tarefa demorada e onerosa e nem sempre oferece os cuidados individualizados e estimulantes, sobretudo no aspeto afetivo, de que as crianças necessitam neste período do seu desenvolvimento.

O objetivo da resposta prosseguida através das amas é a colaboração com as famílias no acolhimento das crianças, proporcionando-lhes, num ambiente familiar, as condições adequadas ao seu desenvolvimento integral. A creche familiar consiste no conjunto de amas, que residam na mesma zona geográfica e que estejam enquadradas, técnica e financeiramente, pelo Centro Distrital da segurança social, em parceria com o Centro Social e Paroquial (IPSS), e UCC responsáveis pela monitorização da atividade semanal e mensal.

No Concelho do Entroncamento, existem 5 amas em regime de creche familiar, com 4 crianças cada, num total de 12. A Creche Familiar surge então como uma alternativa de integração das crianças com a garantia de qualidade no âmbito da saúde e de educação.

## Social

Nesta área podemos encontrar as questões relacionadas com as famílias.

Esta área é constituída pelos seguintes problemas:

- Aumento do nº de famílias com baixos rendimentos;
- Baixas competências pessoais, sociais e parentais;
- Disfuncionalidade familiar e repetição de ciclos de vida familiar disfuncionais;
- Pobreza permanente;
- Minorias étnicas;

Seguidamente podemos observar a Matriz constituída a partir desta nuvem.

## Análise Swot do Social

### Forças

- Medida do Rendimento Social de Inserção;
- Subsídios eventuais - Rubrica da Carência
  - Rubrica de HIV
  - Rubrica da Toxicodependência
- PCAAC (Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados);
- Prestações familiares do regime não contributivo:
  - Abono de família para Crianças e jovens;
  - Abono de família pré-natal;
  - Subsídio de maternidade;
  - Subsídio de monoparentalidade;
- Fundo Garantia a Menores;
- Subsídio Social de Desemprego;
- Subsídio Social Subsequente;
- Reformas / Pensões Sociais - Invalidez
  - Velhice
- CSI – Complemento Solidário para idosos.

### Fraquezas

- Aumentos do nº de famílias a requererem os Benefícios;
- Disfuncionalidade familiar (Monoparentalidade e repetição de ciclos de vida familiar disfuncionais; Baixas competências pessoais, sociais e parentais;
- Existência de casos isolados e idosos em situação de vulnerabilidade.

### Oportunidades

- CPCJ;
- Cáritas
- Conferência Nossa Senhora de Fátima;
- Conferência São João Batista;
- Ação Social – Voluntariado;
- Cartão entroncamento solidário;
- Campanha Direito à Alimentação;
- Teleassistência;
- Aplicação da tarifa do consumo da água para famílias com baixos rendimentos;
- Programa de Emergência Alimentar – Cantinas Sociais
- IPSS (Associação dos Lares Ferroviários, Lar Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento, Lar Fernando Eiró Gomes, CERE, Centro de Convívio);
- Universidade Sénior.

### Ameaças

- Desemprego;
- Divórcios;
- Ausência e/ou baixos rendimentos;
- Precariedade de trabalho;
- Abandono escolar precoce das crianças e jovens de etnia cigana.

A família é a unidade mais universal e fundamental na sustentação da esfera social, económica e cultural. É responsável pela integração dos seus membros funcionando como uma rede de proteção e entreaajuda.

A qualidade dos laços sociais dos indivíduos face á sociedade está intimamente relacionada com o seu comportamento futuro. Uma boa identificação com a família, a escola e os amigos, atuam como inibidores dos comportamentos de risco.

Ao problema relacionado com o aumento do nº de famílias com baixos rendimentos, associam-se as seguintes **causas**:

-A conjuntura atual ao nível económico, social e politico nomeadamente:

- Falta de ofertas de emprego;

- Aumento do desemprego;

- Trabalho precário;

Relativamente às **consequências** foram identificadas as seguintes:

- Insuficiência de recursos económicos nas famílias e consequentes situações de pobreza / exclusão social;

- Comportamentos de risco / desviantes;

- Problemas de saúde /depressão.

A negligência é um dos tipos mais comuns de maus tratos. Esta caracteriza-se pela impossibilidade dos pais ou responsáveis pela criança/ jovem, proporcionarem, condições para um desenvolvimento físico, psicológico e emocional normal e adequado. Deste modo, ocorre negligência quando as necessidades básicas não são satisfeitas, como por exemplo, uma adequada alimentação, cuidados de saúde, de higiene, de vestuário, de educação e proteção.

Relativamente ao que antecede, a análise dos dados do Diagnóstico do Núcleo Local de Inserção referente ao período de janeiro a setembro de 2012, evidenciam que existem na medida do Rendimento social de Inserção (RSI), um número de agregados que beneficiam deste apoio social desde 2003-2005. No entanto, dado à conjuntura atual regista-se um número significativo de famílias que em 2012 recorrem à referida medida. É de registar que em dezembro de 2012, no concelho, existem cerca de 100 famílias a beneficiarem do RSI.

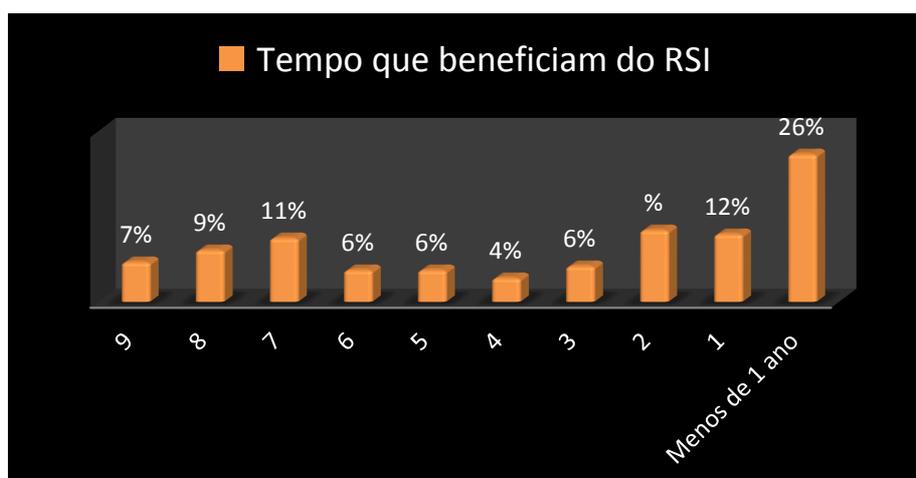
**Gráfico nº 1 - Distribuição do nº de agregados por tempo que beneficiaram do RSI**



Fonte: Diagnóstico NLI 2012

Este gráfico mostra que a maior percentagem dos titulares continua a ser do sexo feminino, apesar de que inicialmente esta prestação social era requerida só por mulheres. Atualmente dado às penalizações previstas na lei e existir um número de indivíduos isolados, leva a que já tenhamos uma percentagem relativa de titulares homens.

**Gráfico nº 2 - Tempo que beneficiam do RSI**



Fonte: Diagnóstico NLI 2012

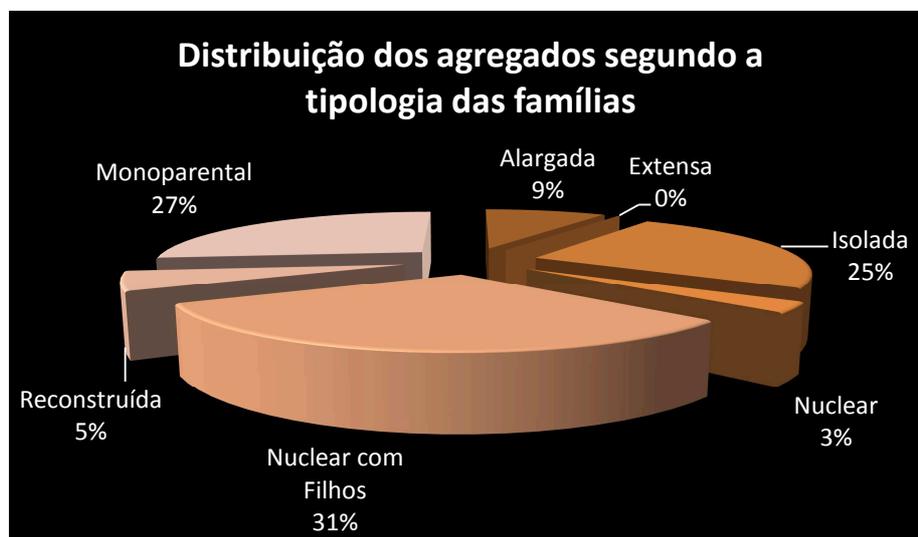
### Gráfico nº3 - Evolução da distribuição dos agregados que permanecem e interrompem a medida



Fonte: Diagnóstico NLI 2012

Segundo os gráficos, é mostrado que existem no concelho 49% agregados que embora beneficiem desta medida ao longo de anos, tem interrompido, por inserção/ alteração de rendimentos ou por penalizações previstas na lei por incumprimentos. Por outro lado, temos 35%, que dado ao contexto atual, se consideram dentro da razoabilidade quanto á permanência na medida. O número que nos preocupa corresponde a 16%, de agregados que permanecem na medida à cerca de 9 anos.

### Gráfico nº 4 - Distribuição dos agregados segundo a tipologia das famílias

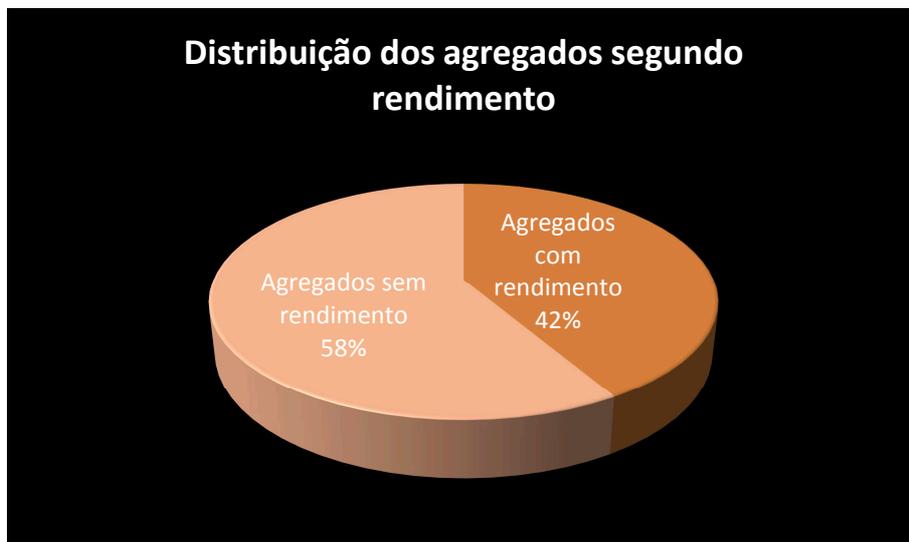


Fonte: Diagnóstico NLI 2012

Relativamente aos agregados familiares salienta-se que a maior percentagem é do tipo nuclear com filhos e seguidamente o agregado monoparental.

É de referir que esta prestação continua a ser requerida na sua maioria por mulheres. Atualmente dado às penalizações previstas na lei e existir um número de indivíduos isolados, leva a que já tenhamos uma percentagem relativa de titulares homens.

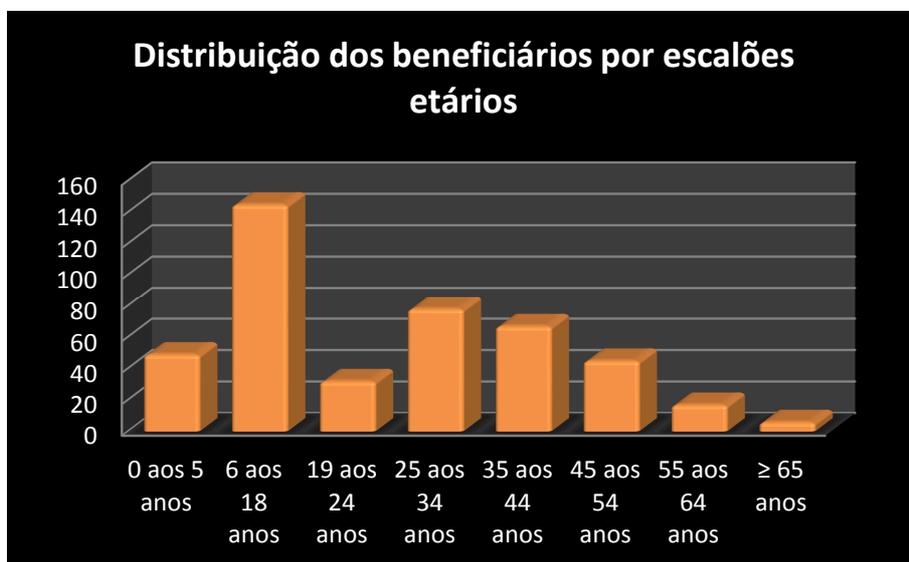
**Gráfico nº 5 - Distribuição dos agregados segundo rendimento**



Fonte: Diagnóstico NLI 2012

A maioria dos agregados que requerem a prestação do RSI não apresentam rendimentos. Os agregados que tem rendimentos provem de reformas, pensão de alimentos e subsídio de desemprego, são poucos o que atualmente os rendimentos são provenientes de trabalho.

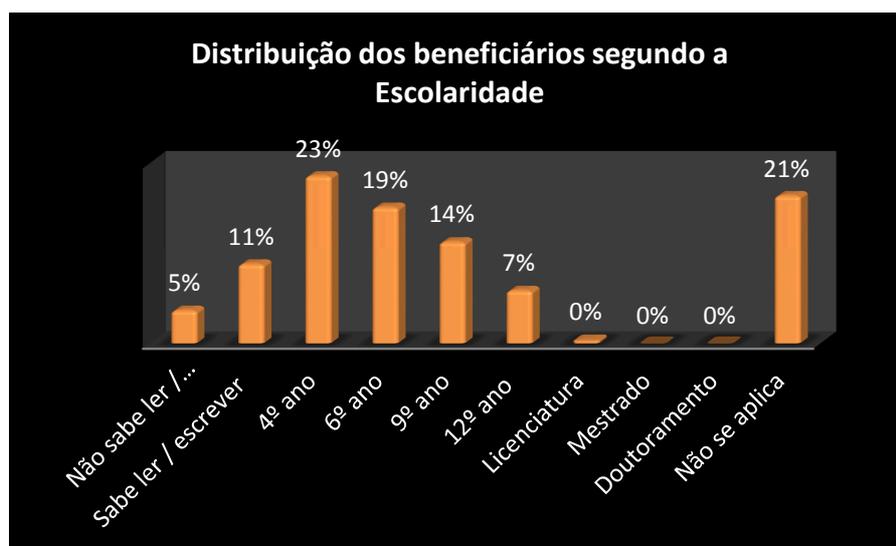
**Gráfico nº 6 - Distribuição dos beneficiários por escalões etários**



Fonte: Diagnóstico NLI 2012

Em relação aos escalões etários em termos de distribuição, pode-se verificar no gráfico que os beneficiários da medida são maioritariamente jovens e na faixa da população ativa.

Gráfico 7 - Distribuição dos beneficiários segundo a escolaridade



Fonte: Diagnóstico NLI 2012

Relativamente, há escolaridade na sua maioria as habilitações são baixas ou sem qualquer grau académico. O indicador “não se aplica”, que corresponde a 21%, referem-se a crianças que não tem idade correspondente a um nível de escolaridade.

No ano 2012, a Segurança Social, no âmbito dos apoios económicos através da rubrica de carência, apoiou 19 agregados no montante global de 8900,00 euros. No âmbito do Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados – PCAAC em 2012 foram apoiados cerca de 40 famílias.

Tabela nº 8 - Principais Prestações Familiares no Concelho – 2008 e 2011

<u>Prestações familiares</u>	2008		2011	
	Beneficiários	Descendentes ou equiparados	Beneficiários	Descendentes ou equiparados
<b>Abono de Família a Crianças e Jovens</b>	1915	2735	1286	1927
<b>Subsidio por Assistência a 3ª Pessoa</b>	17	17	20	20
<b>Subsidio Mensal Vitalício</b>	13	13	14	14
<b>Subsídio de Funeral</b>	35	-----	47	-----

Fonte: INE 2008 e 2011

Em relação às Prestações familiares referidas, o abono de família a crianças e jovens é o que tem mais relevância dado terem existido 2735 crianças a beneficiarem desta prestação em 2008, tendo havido um decréscimo em 2011, associado à baixa taxa de natalidade.

### Apoios de cariz social

Atendendo à conjuntura atual ao nível económico, social e político no nosso concelho existem muitas famílias que são apoiadas por diferentes instituições. A articulação entre serviços e organizações permite a racionalização de recursos e das iniciativas em curso na comunidade, assim como rentabilizar os saberes e o conhecimento de terreno dos seus colaboradores, na identificação dos problemas e soluções. Esta rede de suporte possibilita a identificação dos utentes e das ajudas recebidas. As Conferências de São João Batista e de S. Vicente de Paulo assim como a Cáritas, têm apoiado famílias mensalmente sendo as mesmas apoiadas em termos de medicamentos, géneros alimentares, rendas de habitação, ao nível de assistência na doença, nos estudos, na alimentação, no pagamento de rendas de casa, de água, de luz e de gás, etc. A prioridade recai sobre famílias mais numerosas, desestruturadas, vítimas de desemprego, terceira idade e estamos ainda particularmente atentos aos pedidos da proteção de menores. Empenham-se também na distribuição de roupas e acessórios para a casa a cerca de oito centenas de famílias, anualmente.

A Câmara Municipal do Entroncamento tem vindo a promover medidas e ações de âmbito social com o objetivo de tentar minimizar a exclusão social. Neste sentido criou a Tarifa de água para famílias de baixo rendimentos e o Cartão “Entroncamento Solidário”, o qual permite às famílias ou indivíduos que vivam em situações de carência sócio económica a redução de custos no acesso a alguns serviços prestados pela autarquia e, em certas situações, a bens básicos ou de primeira necessidade. De referir que foram acompanhadas 59 famílias, tendo sido atribuídos 289 vales de alimentos e apoio em farmácia a beneficiários do mesmo cartão; Para além de ser atribuído o apoio adstrito ao Cartão, os utentes são encaminhadas para outro tipo de respostas sociais, nomeadamente para o Rendimento Social de Inserção e para o apoio na alimentação (Cantinas Sociais e Campanha Direito à Alimentação).

A campanha Direito à alimentação foi implementada em 2011, sendo um dos concelhos um dos pioneiros. Esta campanha tem como principal objetivo a atribuição de refeições gratuitas a pessoas carenciadas pelos estabelecimentos de restauração aderentes. O Entroncamento conta com a adesão de três restaurantes, e são ajudadas famílias com 18 refeições diárias, o que perfaz o total de 372 refeições doadas mensalmente.

O processo relativo ao Programa de Emergência Alimentar (PEA - cantinas sociais) iniciou em junho de 2012. O PEA tem como objetivo estratégico garantir às famílias que mais necessitam

o acesso a refeições diárias gratuitas. Permitiu celebrar 2 protocolos no concelho do Entroncamento, com instituições selecionadas pelas entidades representativas em articulação com o respetivo Centro Distrital do ISS.I.P. As duas Instituições Particulares de Solidariedade Social, que integram o Conselho Local de Ação Social do Entroncamento, designadamente a Associação dos Lares Ferroviários (ALF) e o Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento (CERE), implementaram as cantinas sociais. Relativamente ao tipo de serviço fornecido, as refeições serão confeccionadas nas instituições e o consumo será no domicílio, serviço de take Away. As refeições confeccionadas serão fornecidas a indivíduos isolados ou inseridos em agregados familiares comprovadamente carenciados, desde que residentes no concelho. Em relação à Campanha Direito à Alimentação, que se encontra em vigência com o apoio da Ava Social – Voluntariado e dos 3 restaurantes aderentes, irá decorrer em simultâneo com as Cantinas Social dado que ambas poderão complementar-se. Compete ao CLAS fazer a gestão da atribuição a nível concelhio, podendo decidir se mediante os rendimentos, os beneficiários pagarão algum valor simbólico pela refeição. Ficou ainda estabelecido que os utentes deverão dirigir-se aos Serviços sociais do Município, de forma a proceder à candidatura e entrega de documentos necessários ao processo individual. Após avaliação serão encaminhados para as instituições sendo o almoço fornecido pelo CERE e o jantar pelo Lar Ferroviários.

O problema relacionado disfuncionalidade familiar (Monoparentalidade e repetição de ciclos de vida familiar disfuncionais e baixas competências pessoais, sociais e parentais associam-se as seguintes **causas**:

- Nº de processos em acompanhamento na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;
- Nº de casos acompanhados pela Intervenção precoce;
- Disfuncionalidade familiar;
- Repetição de ciclos de vida familiar disfuncional;
- Comportamento de risco e respetiva desresponsabilidade dos pais.

Relativamente às **consequências** foram identificadas as seguintes:

- Aumento do nº de crianças negligenciadas;
- Insucesso, absentismo e/ou abandono escolar;
- Comportamentos desviantes;
- Degradação das relações familiares.

## Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

A CPCJ do Entroncamento, acompanhou 101 menores, no ano 2012 menores em situação de risco, a maior incidência dos casos trazidos, abrange menores com idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos de idade. Estes processos prendem-se, de um modo geral com menores negligenciados, alguns inseridos em famílias onde são evidenciados problemas relacionados com comportamentos desviantes, maus tratos, negligência, abandono /absentismo escolar. etc.

## PIPE – Projeto de Intervenção Precoce no Entroncamento

O PIPE – Projecto de Intervenção Precoce do Entroncamento destinado a crianças dos 0 aos 6 anos e suas famílias tem como missão criar uma rede de suporte social às famílias de crianças com problemas de desenvolvimento e/ou em risco. O PIPE no ano 2012 deu apoio a 27 crianças e respetivas famílias.

Ao problema relacionado com a existência de casos isolados de idosos em situação de vulnerabilidade; associam-se as seguintes **causas**:

- Desresponsabilização/ desinteresse das famílias;
- Nº de lares insuficientes /lares sobrelotados;
- Famílias que trabalham / Incapacidade de suporte;
- Acomodação /vontade dos próprios idosos em mudar a situação;
- Desaparecimento da rede de vizinhança;
- Desvalorização do papel do idoso;
- Negligencia /maus tratos.

Relativamente às **consequências** foram identificadas as seguintes:

- Abandono /negligência do cuidador;
- Permanência em hospitais;
- Agravamento da situação de saúde;
- Mudança da estrutura familiar;
- falta de qualidade de vida;

- Aumento das listas de espera para lares;
- Aumento do nº de casos sinalizados em acompanhamento.

### Grupo de Apoio aos Idosos em situação de isolamento e vulnerabilidade social

Foi necessário, iniciar um projeto integrado às Pessoas/Famílias que vivem sós com critérios de risco, vulnerabilidade e dependência, que vivem em situação de isolamento. No âmbito deste projeto, são realizadas reuniões de trabalho para identificação, planeamento das intervenções, avaliação e acompanhamento de casos em supervisão temporária, após a sua resolução.

A UCC, tem como parceiros Associação dos Lares Ferroviários, Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento, Instituto de Segurança Social do Entroncamento, Lar Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento, Município do Entroncamento, Polícia de Segurança Pública.

### Gráfico nº 8 - Idosos isolados

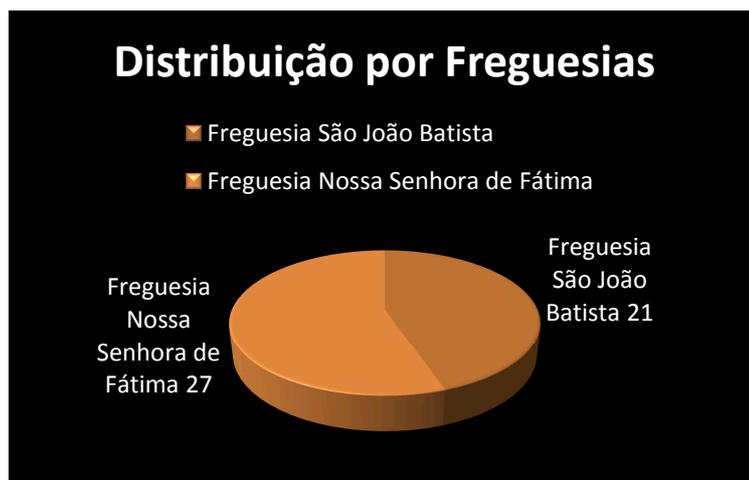
#### PESSOAS/FAMÍLIAS COM CRITÉRIOS DE RISCO E VULNERABILIDADE AO LONGO DO CICLO DE VIDA - LISTA DE PESSOAS QUE VIVEM SÓS: 2012



Fonte: Unidade de Cuidados na Comunidade

Segundo o gráfico é de salientar que existem mais idosos do sexo feminino isolados sendo a sua residência na Freguesia Nossa Senhora de Fátima.

Gráfico nº 9 - Distribuição por freguesias



Fonte: Unidade de Cuidados na Comunidade

Gráfico nº 10 - Distribuição de idosos por faixa etária



Fonte: Unidade de Cuidados na Comunidade

Em termos de distribuição por faixa etária pode-se verificar no gráfico que a maioria dos idosos situa-se na faixa etária com mais de 65 anos.

O período de velhice pode e deve ser encarado de uma forma positiva, como uma oportunidade para desenvolver novas atividades ou antigos interesses que o excesso de trabalho não permitira desenvolver. Mas também aqui surgem algumas barreiras que advém essencialmente das limitações económicas, a que não são estranhas as baixas reformas geralmente atribuídas. A Câmara Municipal do Entroncamento criou o Cartão Municipal do Idoso onde serão concedidos benefícios de modo a proporcionar uma situação financeira e social mais digna.

Verifica-se que o número de cartões tem vindo a aumentar. Considerando que uma das várias preocupações da autarquia é a promoção das condições de vida de todos os munícipes, em especial dos idosos e dos com menores recursos foi criado o Programa Entroncamento Solidário que visa prestar apoio aos idosos do Concelho do Entroncamento com idade superior a 65 anos. Constata-se em muitos casos que, para além dos problemas de saúde, a população idosa se defronta com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária, que começam dentro da própria habitação: uma torneira que pinga, uma lâmpada fundida, uma porta que funciona mal, e tantas outras situações análogas, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida. O Programa visa prestar apoio aos idosos do Concelho do Entroncamento com idade superior a 65 anos. Pode também existir apoio logístico pontual, a analisar caso a caso e nas situações em que se verifique essa necessidade e que pode abranger casos como o avio de receitas em farmácias ou outras de índole semelhante que o Presidente da Câmara Municipal venha a entender justificar-se o apoio. No ano 2012 foram realizadas pelo Programa Entroncamento Solidário, 433 intervenções em habitações de portadores do Cartão Municipal do Idoso.

**Tabela nº 9 - Nº de idosos com cartão municipal do idoso**

Cartão Municipal do Idoso					
	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Cartão A</b>	343	406	186	113	1135
<b>Cartão B</b>	233	150	79	44	564

Fonte: CME

O Serviço “No Lar em Segurança” é resultado do empenhamento do Município em assegurar o acesso das populações mais idosas a serviços que lhes permitam continuar integradas no seu meio de vida habitual e de uma forma mais segura. Os custos inerentes à prestação do serviço, são suportados pelo Município, tendo o mesmo realizado com a empresa T-Care, um acordo para a atribuição de um desconto na mensalidade do serviço, a utentes portadores do Cartão A. O projeto “No Lar em Segurança” funciona através de um sistema inovador de comunicação para os idosos que vivem isolados nas suas residências. É constituído por uma central de assistência permanente (a cargo da empresa prestadora do serviço), garantida por técnicos especializados na área da enfermagem médica, que permite uma comunicação 24h por dia, 365 dias por ano, sem necessidade de telefone. Uma pulseira ou colar são colocados no idoso. As candidaturas estão abertas a todos os utentes portadores do Cartão Municipal do Idoso que pretendam a adesão ao serviço “No Lar em Segurança”. Podem beneficiar gratuitamente do serviço “No Lar em Segurança” idosos detentores do Cartão Municipal do Idoso do tipo B. Os

idosos portadores de cartão tipo A usufruem de um desconto a acordar entre as duas entidades envolvidas.

Na tabela abaixo, podemos verificar que no Concelho do Entroncamento as pensões por velhice têm um número superior às restantes pensões.

**Tabela nº10 - Nº de pensionistas por invalidez, velhice e sobrevivência - 2011**

<b>Pensões</b>	<b>2008</b>	<b>2011</b>
Invalidez	484	491
Velhice	2864	2992
Sobrevivência	1087	1104
<b>Total</b>	<b>4435</b>	<b>4587</b>

Fonte: INE 2008 e 2011

Existe um trabalho de parceria e articulação interinstitucional, para garantir de forma global o acompanhamento aos cidadãos idosos do Concelho, no que concerne à referenciação, e ao apoio necessário nas quatro respostas (internamento, centro de dia, apoio domiciliário e apoio integrado), existindo se necessário, um compromisso assistencial concomitante ou intercalar, qualquer que seja a forma, que supra as necessidades identificadas.

De salientar que embora os idosos estejam abrangidos por estes serviços, existem listas de espera para o internamento (no caso da Associação dos Lares Ferroviários (ALF), salvaguarda-se a cobertura nacional desta instituição, cuja lista de espera não reflete apenas os cidadãos do Concelho).

**Tabela nº 11 – Lares do concelho**

<b>Lares</b>			
	<b>Associação dos Lares Ferroviários</b>	<b>Lar Santa Casa da Misericórdia</b>	<b>Lar Fernando Eiró</b>
<b>Internamento</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>58</b>
<b>Centro de Dia</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>-</b>
<b>Apoio Domiciliário</b>	<b>50</b>	<b>42</b>	<b>-</b>
<b>Apoio Integrado</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>-</b>
<b>Lista de espera</b>	<b>290*</b>		<b>-</b>

\*Atendendo a que a Associação dos Lares Ferroviários é uma instituição cujo âmbito de intervenção é nacional, esta lista de espera reflete o

número de idosos em todo o território.

## Inserção Profissional

Nesta área podemos encontrar as questões relacionadas com o (des)emprego.

Esta nuvem é constituída pelos seguintes problemas:

- Desemprego;
- Falta de ofertas de emprego no setor empresarial;
- Baixas qualificações e competências profissionais;
- Dificuldades de acesso ao emprego;
- Aumento do número de famílias carenciadas economicamente;
- Desemprego de longa duração.

Seguidamente podem observar a Matriz constituída a partir desta nuvem.

## Análise Swot da Inserção

### Profissional / Empregabilidade

#### Forças

- Câmara Municipal do Entroncamento - Gabinete de Inserção Profissional (GIP);
- Medidas de apoio ao emprego;
- Projetos financiados para desenvolver / criar o próprio emprego;
- Cursos de formação profissional;
- Centro de Formação Profissional (Tomar e Santarém);
- ACIS.

#### Fraquezas

- Falta de ofertas de emprego;
- Inserção / Reinserção Socioprofissional.

#### Oportunidades

- Criação de condições para a implementação de pequenas empresas no concelho;
- Promoções de atividades económicas e comerciais no concelho;
- Divulgação das oportunidades de apoio à contratação, com a articulação entre o Gabinete de Inserção Profissional e as empresas;
- Angariações de ofertas de emprego;
- Empresas de trabalho temporário;
- Ações de formação profissional;
- Ações de formação escolar;
- Programas ocupacionais, como facilitadores da integração profissional.

#### Ameaças

- Crise económica com encerramento de muitas empresas;
- Falta de resposta sociais ao nível de creche, dificultando a inserção/reinserção profissional materna;
- Falta de autonomia de transporte e de resposta ao nível de transporte público para os concelhos limítrofes;
- Precariedade do trabalho;
- Tendência para o aumento do desemprego de longa duração;
- Aproveitamento de certos empresários da situação de desemprego elevado e persistente;
- Programas ocupacionais, utilizados como substitutos de postos reais de trabalho.

Ao problema da falta de ofertas de emprego e associam-se as seguintes causas:

- Conjuntura atual a nível económico, social e político;
- Apoio insuficiente para a criação de novas empresas;
- Quadros institucionais completos (embora, por vezes, inadequados à realidade);
- Incapacidade das instituições /empresas para a abertura de novos concursos/ ofertas de emprego.

Relativamente às consequências, foram identificadas as seguintes:

- Aumento do número de desempregados;
- Número de desempregados do sexo feminino superior ao masculino;
- Insuficiência de recursos económicos e consequentes situações de pobreza/exclusão social.

No que diz respeito ao problema da inserção/reinserção socioprofissional foram diagnosticadas as seguintes causas:

- Conjuntura atual a nível económico, social e político;
- Desadequação das qualificações escolar e profissional face às ofertas de emprego disponíveis;
- Baixas qualificações e competências pessoais, sociais e profissionais;
- Idade dos candidatos a emprego;
- Dificuldades de acesso ao emprego;

No que concerne às consequências, identificaram-se as seguintes:

- Aumento do desemprego;
- Recusa de oferta de emprego por falta de formação profissional adequada;
- Comportamento de risco/desviantes;
- Recusa de oferta de emprego e formação por falta de resposta complementar de suporte à inserção materna;
- Aumento do número de famílias carenciadas economicamente;
- Maior número de desempregados na faixa etária dos 35 e 54 anos e na sua maioria do género feminino.

- Desemprego de longa duração originando muitas vezes depressões e outros problemas associados;
- Recusa de ofertas de emprego por falta de autonomia de transporte e precariedade dos transportes públicos para concelhos limítrofes.

### Inserção Profissional / Empregabilidade

Na tabela abaixo exposta podemos verificar que no Concelho do Entroncamento, o número de desempregados tem vindo a aumentar nos últimos anos, à semelhança dos demais Concelhos de todo Território Nacional. Com a crise económica, a taxa de desemprego tem atingido elevados níveis e solucionar esta problemática tem sido o grande desafio do governo. A empregabilidade está diretamente relacionada com a adequação das qualificações e competências do indivíduo ao mercado de trabalho. Desta forma, o nível habilitacional assume-se como um fator preponderante, uma vez que à baixa escolaridade se associam dificuldades ao nível da reconversão e da qualificação profissional. Distribuição dos desempregados inscritos no Centro de Emprego de Torres Novas pertencentes ao concelho do Entroncamento.

**Tabela nº 12 - Taxa de desemprego por Género**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Homens</b>	214	266	301	377	412
<b>Mulheres</b>	339	371	400	417	524

Fonte: IEFP,IP,GEA

Mantém-se a tendência para a predominância do desemprego feminino.

**Tabela nº 13 - Desemprego segundo a Categoria**

Ano	1.º Emprego	Novo Emprego
2008	49	504
2009	54	583
2010	75	626
2011	67	727
2012	96	840

Fonte: IEFP,IP,GEA

Pode-se acrescentar que houve um aumento dos indivíduos na procura do novo emprego.

**Tabela nº 14 - Estrutura de Desemprego – 2010/2011/2012**

Nº de desempregados com inscrição há mais de 1 ano	Nº de desempregados com inscrição há menos de 1 ano	Nº total de desempregados
<b>186</b>	515	701
<b>213</b>	581	794
<b>296</b>	640	936

Fonte: IEFP,IP,GEA

Ainda relativamente ao desemprego, o número de desempregados inscritos nos Centros de Empregos há menos de 1 ano é superior ao número de desempregados inscritos há mais de 1 ano.

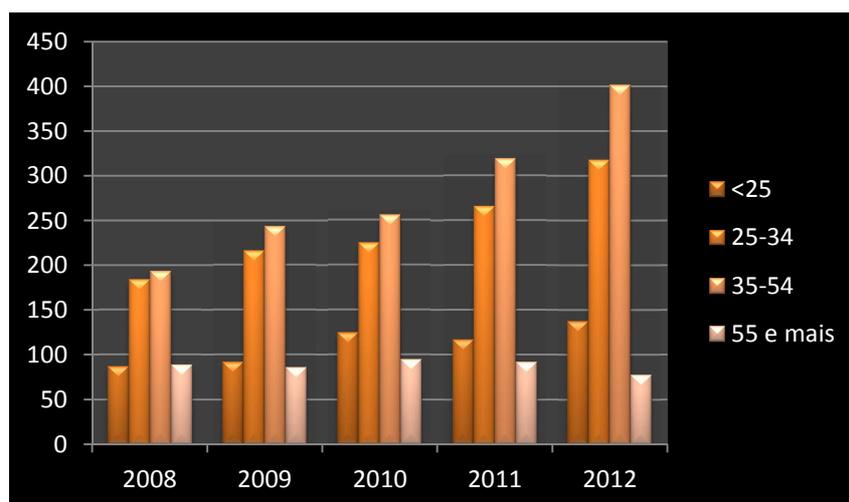
**Tabela nº 15 - Desemprego segundo a Faixa Etária**

Grupos Etários	Nº Desempregados Inscritos Centro de Emprego 2008	Nº Desempregados Inscritos Centro de Emprego 2009	Nº Desempregados Inscritos Centro de Emprego 2010	Nº Desempregados Inscritos Centro de Emprego 2011	Nº Desempregados Inscritos Centro de Emprego 2012
<b>&lt;25</b>	87	92	125	117	<b>138</b>
<b>25-34</b>	184	216	225	266	<b>318</b>
<b>35-54</b>	193	243	256	319	<b>402</b>
<b>55 e mais</b>	<b>89</b>	<b>86</b>	<b>95</b>	<b>92</b>	<b>78</b>

Fonte: IEFP,IP,GEA

Com o aumento da idade, o desempregado tem cada vez mais dificuldade em encontrar emprego ou inserir-se em programas de formação profissional, tendo em vista a reciclagem ou a adaptação a um novo ramo ou profissão.

Gráfico nº11 - Desemprego segundo a Faixa Etária



Fonte: IEFP,IP,GEA

Tabela nº 16 - Desemprego segundo as Habilitações Académicas

Habilitações Académicas	NÚMERO DE DESEMPREGADOS INSCRITOS NO CENTRO DE EMPREGO 2008	NÚMERO DE DESEMPREGADOS INSCRITOS NO CENTRO DE EMPREGO 2009	NÚMERO DE DESEMPREGADOS INSCRITOS NO CENTRO DE EMPREGO 2010	NÚMERO DE DESEMPREGADOS INSCRITOS NO CENTRO DE EMPREGO 2011	NÚMERO DE DESEMPREGADOS INSCRITOS NO CENTRO DE EMPREGO 2012
<b>&lt;4ª Classe</b>	21	21	20	22	25
<b>4ª Classe</b>	79	91	81	96	83
<b>2º Ciclo</b>	91	109	98	104	100
<b>3º Ciclo</b>	125	155	174	193	204
<b>Secundário</b>	163	192	209	243	299
<b>Superior</b>	74	69	119	136	225

Fonte: IEFP,IP,GEA

Podemos observar que existe um número superior de desempregados com o nível secundário, em relação aos outros níveis de habilitações académicas. Entretanto os desempregados com o nível superior tem vindo a aumentar de forma significativa nos últimos anos.

## Gabinete de Inserção Profissional

O Gabinete presta apoio a jovens e adultos desempregados para a definição e ou desenvolvimento do seu percurso de inserção ou reinserção no mercado de trabalho, em estreita cooperação com o Centro de Emprego de Torres Novas. O GIP desenvolve diversas atividades nomeadamente: Sessões de informação sobre medidas de apoio ao emprego, de qualificação profissional e de reconhecimento, validação e certificação de competências; sessões de apoio à procura de emprego; receção de ofertas de emprego; apresentação de desempregados a ofertas de emprego; colocação de desempregados em ofertas de emprego; encaminhamento para as empresas de trabalho temporário; motivação para as atividades de voluntariado e controlo da apresentação periódica dos beneficiários das prestações de desemprego.

No ano de 2012 foram inscritos 229 novos utentes no Gabinete de Inserção Profissional do Entroncamento. Foram apresentados a ofertas de emprego 222 candidatos, 44 foram as colocações ou pós-colocações, captamos 26 ofertas de emprego junto às entidades empregadoras, 305 desempregados obtiveram informações nas sessões de informação coletiva e 9 participaram em sessões de Técnicas de Procura de Emprego. E desde junho de 2012, quando demos início a esta nova atividade, até dezembro do mesmo ano, foram feitas 1.252 apresentações periódicas dos beneficiários das prestações de desemprego.

## Saúde

Nesta área podemos encontrar as questões relacionadas com a saúde:

Esta nuvem é constituída pelos seguintes problemas:

- Necessidade de garantir a continuidade de cuidados e intervenção especializada na área da saúde e social a Pessoas, Famílias e Grupos em risco, vulnerabilidade e dependência.

Seguidamente podemos observar a Matriz constituída a partir desta nuvem.

## Análise Swot da Saúde

### Forças

- Gestão orientada para o trabalho em parceria;
- Disponibilidade para estabelecer, desenvolver e consolidar parcerias;
- Equipa multiprofissional especializada;
- Motivação da equipa da UCC, para a prestação de cuidados à população alvo;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- Gestão do regime terapêutico - Intervenção a pessoas com risco, vulnerabilidade e dependência e seus familiares/cuidadores;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – NACJR;
- Formação/ensino aos familiares sobre os cuidados à pessoa em situação de risco, vulnerabilidade e dependência;
- Promoção do conforto e acesso - Ajudas técnicas;
- Projeto de intervenção em visita domiciliária a famílias de risco;
- Resposta básica de cuidados de saúde ao indivíduo e família pela UCSP e USF Locomotiva de 2ª a 6ª feira.

### Fraquezas

- Falta de recursos humanos para implementação de intervenções especializadas na área de saúde mental na comunidade;
- Falta de recursos humanos para implementação de intervenções especializadas na área dos cuidados paliativos;
- Outros programas comunitários.

### Oportunidades

- Reorganização dos cuidados de saúde primários e a reafetação de recursos para a implementação da UCCE, dedicada ao trabalho com as pessoas, famílias, grupos e comunidade em situação de risco, vulnerabilidade e dependência;
- Centro Hospitalar Médio Tejo - Hospital de Dia de Psiquiatria;
- Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento - Hospital de S. João Batista;
- Outras Unidades da RNCCI no Entroncamento – Unidade de Curta Duração e Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração;
- Associação dos Lares Ferroviários – Lar do Entroncamento e Santa Casa da Misericórdia

### Ameaças

- Aumento da procura de serviços de saúde devido características demográfica da população - Envelhecimento populacional e consequente Doenças de foro psicológico e psiquiátrico;
- Insuficiência de apoio/equipamentos na comunidade (lares sociais) para idosos, existência de listas de espera;
- Rendimento das pessoas idosas que vivem sós e ou com dependência, não permite o pagamento de equipamentos sociais privados;
- Política Orçamental que implicam a redução de horas afetas à prestação de serviços de nutrição, psicologia e ausência de Serviço Social, bem como impedimento de novas contratações de recursos humanos.

do Entroncamento – Lar Fernando Eiró;

- Câmara Municipal do Entroncamento;
- Junta de Freguesia do Entroncamento.
- Centro de ensino e recuperação do Entroncamento - CERE;
- Comissão de proteção de crianças e jovens - CPCJ;
- Projeto de Intervenção Precoce - PIPE;
- Rendimento social de inserção - RSI;
- Outras entidades e instituições, programas e projetos da comunidade com intervenção à população alvo.
- Agrupamento de Escolas Cidade do Entroncamento.

### Unidades funcionais e respetivas missões

As unidades funcionais do CSE, traduzem um modelo organizativo baseado em equipas multiprofissionais direcionadas para aspetos complementares da missão do centro de saúde. A MCSP elabora orientações enquadradoras para cada tipo de unidade, tendo em conta as vocações que a seguir se enunciam:

**Cuidados de saúde à pessoa e à família** (com liberdade de escolha em função dos recursos disponíveis)

\_ Unidade de Saúde Familiar (USF)

\_ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

**Cuidados orientados e organizados para grupos e ambientes específicos** - (cuidados de abrangência comunitária e de apoio e complementaridade da ação das USF e das UCSP) \_ Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) \_ Unidade de Saúde Pública (USP)

As USF, UCSP e UCC articulam-se necessariamente com a USP sempre que estiver em causa a defesa e promoção da saúde coletiva. Incluem-se neste âmbito os processos de planeamento de saúde populacional, abrangendo a programação, o acompanhamento da execução e a avaliação das intervenções das diversas equipas com impacto na saúde comunitária.

**Saúde populacional, ambiental e pública** (Intervenções orientadas para garantir o bem público comum no domínio da saúde) \_ Unidade de Saúde Pública (USP). Observatório de saúde local, unidade de administração de saúde populacional, de coordenação de estratégias locais de saúde de âmbito comunitário e de autoridade de saúde.

### **Apoio técnico-assistencial às restantes unidades**

(Competências e meios específicos complementares da ação das restantes unidades funcionais) \_ Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A URAP que apoia as demais unidades com meios, recursos e competências assistenciais específicos.

### **Apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão**

(viabilização do funcionamento adequado de toda a organização) \_ Unidade de Apoio à Gestão (UAG). A UAG é uma unidade de “back-office” que viabiliza que, em cada momento, para que existam condições materiais e objetivas para que todos possam cumprir a sua missão.

## UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do Concelho do Entroncamento, área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES Médio Tejo em que se integra.

A Unidade tem uma proposta de 23 projetos na carteira de serviços, contudo por falta de recursos humanos e afetação integral dos profissionais em horário completo não foi ainda possível a implementação de 16 entre os quais destacamos os programas e projetos específicos na área de saúde mental, não tendo sido possível a apresentação da proposta de candidatura para implementação da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, na medida em que falta profissionais com formação especializada.

N.º	Carteira de Serviços	Funcionamento
1	Programa Nacional de Saúde Escolar – área operacional do programa	Em funcionamento
2	Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar – PASSE	
3	+ Saúde!- Projeto de intervenção na prevenção do excesso de peso e obesidade	Não Funcionamento
4	Afetos & Sexualidade – Projeto de Intervenção ao jovem escolarizado na educação dos afetos e sexualidade	
5	Preparação para a Parentalidade	Em funcionamento
6	Recuperação pós parto	Em funcionamento.
7	Toques & Afetos – projeto de massagem ao recém-nascido	Em funcionamento
8	Creches Familiares	Em funcionamento
9	Ser feliz na minha escola - Projeto de intervenção anti- <i>bullying</i>	Não Funcionamento
10	Pessoas/famílias com critérios de risco, vulnerabilidade e dependência ao longo do ciclo de vida – pessoas que vivem sós	Em funcionamento
11	PIPE	Em funcionamento

12	NACJR	Não Funcionamento
13	CPCJR	Em funcionamento
14	RSI	Em funcionamento
15	Pólo Dinamizador	Não Funcionamento
16	Rede Social	Em funcionamento
17	ECCI	Em funcionamento com capacidade máxima de 20 utentes
18	Caminhar - intervenção à pessoa com doença mental comum na comunidade	
19	Novos Horizontes - intervenção a pessoas com doença mental grave na comunidade	Não Funcionamento
20	Gestão do Regime Terapêutico	Em funcionamento
21	Ajudas Técnicas	Em funcionamento
22	Reviver	Em funcionamento
23	Espaço Saúde	Em funcionamento

### Falta de recursos humanos para implementação de intervenções especializadas na área de saúde mental na comunidade

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental, os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. A carga de perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e esquizofrenia, foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ***ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença***. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas. Também, segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças, apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar. Para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento, devendo beneficiar de intervenções.

Com base na avaliação das reformas de saúde mental realizadas em inúmeros países e nos dados proporcionados pela larguíssima investigação realizada sobre a efetividade e os custos

dos vários tipos de serviços, a OMS e outras organizações internacionais, defendem que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com os seguintes princípios:

- Garantir a acessibilidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental;
- Assumir a responsabilidade de um sector geo-demográfico, com uma dimensão que seja possível assegurar os cuidados essenciais sem que as pessoas se tenham que afastar significativamente do seu local de residência.

Estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do País.

### **Depressão**

A depressão pode atingir cerca de 20% da população, tendendo a aumentar, e é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças na área mental. Em conjunto com a esquizofrenia, é responsável por 60% dos suicídios.

### **Suicídio**

Apesar das taxas baixas de suicídio, particularmente na população de idade inferior a 65 anos, em Portugal existem números elevados quando se combinam suicídio e causas de morte violenta e indeterminada.

Estima-se que para cada suicídio consumado, existam 40 para-suicídios, se apenas nos reportarmos exclusivamente aos casos observados nos serviços de urgência.

### **Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas**

No Censo Psiquiátrico de 2001, as esquizofrenias foram, no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências, as patologias mais frequentes (21,2%), sendo a principal causa de internamento (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%).

A demora média dos internamentos com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os GDH referentes a departamentos e serviços de psiquiatria, foi, no ano de 2002, de 35,4 dias (sendo a demora média global dos internamentos psiquiátricos de 20 dias).

### **Prevalência elevada de stress e consumo de medicamentos**

Relativamente ao resto da Europa, em Portugal, as mulheres consomem três vezes mais medicamentos indutores do sono, 7% dos homens e 18% das mulheres (15 anos ou mais) referiram ter tomado medicamentos para dormir, nas duas semanas anteriores à inquirição.

Esta proporção aumenta de 14%, no grupo dos 45-54 anos de idade, para 28% no dos 85 anos ou mais.

Relativamente à perturbação de stress pós-traumático (PTSD), segundo um estudo recentemente realizado, numa amostra representativa da população portuguesa, com idade igual ou superior a 18 anos, havia uma taxa de prevalência de 7,9%, sendo a relacionada com situação de guerra de 0.8%.

### **Inadequação dos cuidados às crianças e aos adolescentes com perturbações emocionais e comportamentais**

As perturbações emocionais e comportamentais das crianças e dos adolescentes têm uma prevalência elevada, entre 15 a 20%, segundo estudos internacionais.

Estas perturbações conduzem a comportamentos de risco - absentismo escolar, uso de álcool e drogas, atos suicidários e comportamentos delinquentes - e causam incapacidades, tais como, atrasos e perturbações do desenvolvimento, défices cognitivos e psicossociais.

1. Estes problemas tendem a manter-se e a agravar-se na idade adulta.
2. A resposta que os serviços públicos têm sido capazes de dar, com os limitadíssimos recursos de que dispõem, é insuficiente e, por vezes, desajustada às necessidades.
3. Inadequação dos cuidados disponíveis para as pessoas idosas.
4. Não se conhecem com rigor as necessidades reais dos idosos na comunidade.
5. Existe uma resposta insuficiente dos serviços face ao aumento da população idosa e dos cuidados que a mesma requer, de forma a integrar os aspetos biopsicossociais numa abordagem global.
6. Não existe reconhecimento ou incentivo à formação dos profissionais de saúde nem formação ou informação adequada a familiares e/ou prestadores informais de cuidados.
7. O censo psiquiátrico de Novembro de 2001 revelou nos idosos uma predominância de casos de depressão na consulta externa e na urgência; de síndromes demenciais na consulta, urgência e internamento; de esquizofrenia e oligofrenias no internamento; de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência.
8. Insuficiência de cuidados para as pessoas doentes em situação de exclusão social
9. Há situações de exclusão social que resultam de doenças psiquiátricas, bem como do consumo excessivo e/ou dependência de álcool e drogas, nomeadamente nos sem-abrigo, grupo em que a prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas) é superior a 90%. Estes doentes acorrem pouco aos serviços de saúde que, por sua vez, têm uma capacidade reduzida para ir ao encontro das pessoas excluídas.

## **Abuso e dependência de álcool**

As estimativas apontam para a existência de, pelo menos, 580.000 doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool) e 750.000 bebedores excessivos (síndrome de abuso de álcool), em Portugal. Há comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbações da ansiedade, esquizofrenia e perturbações da personalidade, entre múltiplos outros. Existe também comorbilidade de consumo de álcool e consumo de outras substâncias, tais como benzodiazepinas e substâncias ilícitas, quer na doença atual, quer nos antecedentes pessoais dos indivíduos afetados.

Se se comparar a dimensão das estruturas existentes para o tratamento do abuso e dependência de álcool com as existentes para o abuso e dependência de drogas ilegais, pode-se perceber a desproporção de meios para o tratamento do abuso e dependência do álcool: por um lado, as estimativas do número de toxicodependentes parecem variar entre 70.000 e 100.000, ou seja, esta população será cerca de 8 vezes menor do que a de alcoólicos estimada, por outro, existem mais de cinquenta centros de atendimento de toxicodependentes a nível nacional, disponibilizando-se uma cama para cada 100.000 habitantes, a nível de desintoxicação, e um lugar de tratamento para cada 10.000 habitantes, a nível de tratamento e reabilitação de toxicodependência, características de uma rede de atendimento e tratamento muito superior à de Alcoologia existente.

## **Prestação de cuidados**

A assistência psiquiátrica centra-se nos Serviços de Saúde Mental (SSM), predominantemente em hospitais gerais, em serviços regionais para valências específicas e nos hospitais psiquiátricos, que asseguram, a par de cuidados de nível local, a assistência aos doentes de evolução prolongada aí institucionalizados, a maioria dos quais (cerca de 70%) com esquizofrenia.

Relativamente aos internamentos de psiquiatria em hospitais gerais, nos últimos cinco anos, verificou-se uma diminuição da demora média em todos os grupos de diagnóstico, embora haja um número de doentes, sobretudo com perturbações psicóticas, com dificuldade em serem reintegrados na sua comunidade.

Existem doentes em risco de institucionalização, devido ao facto das medidas e recursos para uma alternativa à hospitalização serem ainda insuficientes. No entanto, tem havido uma redução gradual dos doentes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos.

Observa-se uma insuficiência de cuidados de reabilitação nos serviços locais de saúde mental, nomeadamente de unidades de reabilitação para aquisição de competências, programas psico-

educacionais para doentes e familiares, unidades de vida para doentes crónicos mais dependentes e serviços de apoio domiciliário.

Pelo que é imprescindível garantir cuidados de proximidade

### **Orientações estratégicas e intervenções necessárias**

Desenvolver uma abordagem abrangente em saúde mental.

A saúde mental percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, sendo fundamental a articulação dentro da saúde, em particular com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o envolvimento com outros sectores e áreas, nomeadamente, a Educação, a Segurança Social, o Trabalho, a Justiça, a Defesa, o Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil, as Autarquias, as ONG e a comunicação social. É importante sensibilizar, e disponibilizar informação útil à sociedade em geral e a formação dos profissionais da área da saúde e dos outros sectores envolvidos, de forma que possam atuar na promoção da Saúde Mental e da deteção precoce dos casos de doença existentes na comunidade, visto ser essencial para se alcançarem os ganhos de saúde desejados nesta área.

### **Melhorar a informação sobre doenças mentais**

Incentivar ações de luta contra a depressão e melhorar a capacidade de intervenção para prevenir o suicídio

Estas doenças de evolução crónica com episódios agudos exigem respostas diversificadas, nomeadamente de diagnóstico e intervenção precoces, de reabilitação psiquiátrica e de unidades especializadas.

No que respeita ao problema da falta de recursos para a implementação de intervenções especializadas na área de saúde mental na comunidade, diagnosticaram-se as seguintes

#### **causas:**

- ⇒ Contexto económico dificulta a afetação de enfermeiros, médicos, psicólogos especializados para a Unidade de Cuidados na Comunidade, para prestar cuidados de proximidade na área especializada em saúde mental;

Relativamente às **consequências**, foram identificadas as seguintes:

- ⇒ Agravamento das perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental na comunidade que se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade da sociedade;
- ⇒ Aumento do número de anos de vida, vividos com incapacidade de trabalho;

- ⇒ Aumento da incidência de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes, em contexto familiar com doença mental não tratada;
- ⇒ Aumento dos comportamentos de risco - absentismo escolar, uso de álcool e drogas, atos suicidários e comportamentos delinquentes - e causam incapacidades, tais como, atrasos e perturbações do desenvolvimento, défices cognitivos e psicossociais.
- ⇒ Muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão também em sofrimento, não beneficiando de intervenção precoce;
- ⇒ Agravamento dos custos per capita por intervenções prolongadas em internamento e tratamentos em detrimento de uma intervenção ao nível primário;
- ⇒ Insuficiência de cuidados de reabilitação de proximidade na área da saúde mental, nomeadamente implementação de projetos e programas locais de reabilitação para aquisição de competências, programas psico-educacionais para doentes e familiares, para doentes crónicos mais dependentes e serviços de apoio domiciliário.
- ⇒ Agravamento na comunidade das atitudes reativas/negativas, perante as Pessoas com doença mental e não inclusiva;

### **Falta de recursos humanos para implementação da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos na comunidade**

Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente doentes na fase final da vida.

O que são cuidados paliativos? São cuidados prestados a doentes em situação de intenso sofrimento decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva. O objetivo consiste em promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida destes doentes.

Os cuidados paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, que incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação.

Os cuidados paliativos têm como componentes essenciais o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional do doente, o apoio à família e o apoio durante o luto, o que implica o envolvimento de uma equipa interdisciplinar de estruturas diferenciadas.

O que é a ação paliativa? É preciso não confundir ação paliativa com cuidados paliativos.

A ação paliativa é qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar geral do doente. As ações paliativas fazem parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou fase de evolução. Estas ações podem ser prestadas nos hospitais, centros de saúde e na rede de cuidados continuados, nomeadamente em situações de condição irreversível ou de doença crónica progressiva.

Quem são os destinatários dos cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos destinam-se a doentes que, cumulativamente, não têm perspectiva de tratamento curativo, com doença que progride rapidamente e cuja expectativa de vida é limitada, o seu sofrimento é intenso e têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Os cuidados paliativos não se destinam, por isso, a doentes em situação clínica aguda, em recuperação ou em convalescença ou, ainda, com incapacidades de longa duração, mesmo que se encontrem em situação de condição irreversível.

Os cuidados paliativos não são determinados pelo diagnóstico das doenças, mas pela situação e pelas necessidades do doente. No entanto, doenças como o cancro, a sida e doenças neurológicas graves e rapidamente progressivas implicam frequentemente a necessidade de cuidados paliativos.

Quando e durante quanto tempo os doentes podem beneficiar de cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos dirigem-se prioritariamente à fase final da vida, mas não se destinam, apenas, aos doentes agónicos. Muitos doentes necessitam de ser acompanhados durante semanas, meses ou, excecionalmente, antes da morte.

Como é que são prestados os cuidados paliativos?

As unidades de cuidados paliativos podem prestar cuidados em regime de internamento ou domiciliário e abrangem um leque variado de situações, idades e doenças.

Os cuidados paliativos proporcionam aos doentes que vão morrer a possibilidade de receberem cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da dignidade do doente incurável na fase final da vida.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos deve, pois, ser entendido como elemento essencial dos cuidados de saúde, como uma necessidade em termos de saúde pública, como imperativo ético que promove os direitos fundamentais e, portanto, como obrigação social prioritária.

O aumento da longevidade, e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Com as alterações demográficas ocorridas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente. Para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias requer-se uma organização de serviços que permita acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado.

Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA, EM, etc.). Em múltiplas ocasiões, também existem co-morbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades.

A complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem, com o valor de cuidado de saúde, seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.

Por estas razões, *a Organização Mundial de Saúde considera os Cuidados Paliativos como uma prioridade da política de saúde*, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.

Também o Conselho da Europa, reconhecendo que existem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final da vida, recomenda a maior atenção às condições de vida dos doentes que vão morrer, nomeadamente à prevenção da solidão e sofrimento, *oferecendo ao doente a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da dignidade do doente incurável ou na fase final da vida, com base em princípios fundamentais:*

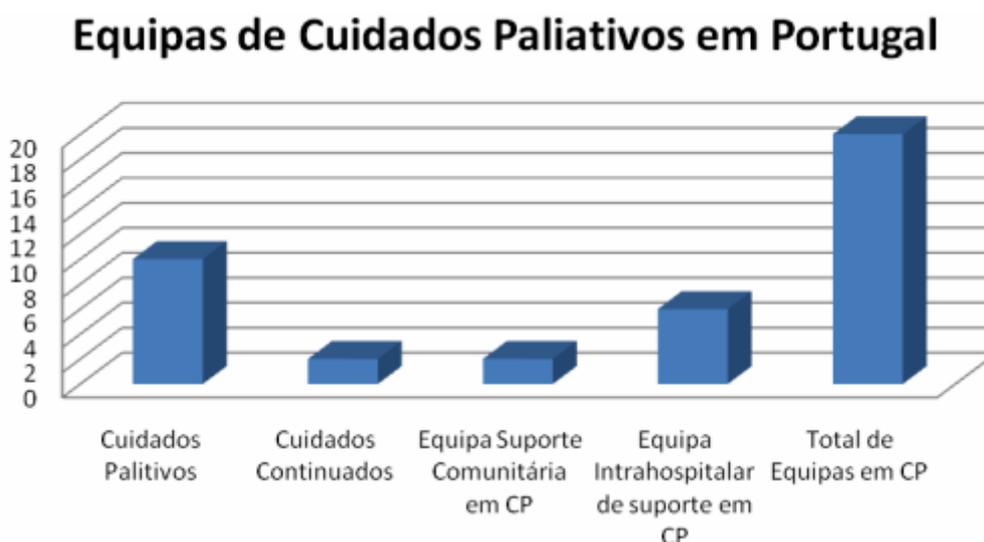
a) Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;

b) Proteger a autodeterminação dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

Os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente doentes na fase final da vida.

Segundo dados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com data de Julho de 2009, podemos contar com vinte equipas que prestam Cuidados Paliativos, embora com tipologias de nomeação que não se enquadram ainda dentro do programa nacional de Cuidados Paliativos e com diferentes graus de diferenciação entre elas.

**Gráfico 12 - Equipas de Cuidados Paliativos em Portugal, Julho de 2009.**



Fonte: Dados da RNCCI (2009) e Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Considerando que o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP, 2008) tem como horizonte um período de sete anos ainda, e tendo em conta as naturais dificuldades de implementação de serviços que correspondem a uma nova matriz na cultura dos cuidados de saúde, o mesmo admite como metas operacionais, até 2016:

- . 350 camas, em Unidades de Cuidados Paliativos
- . 30 Equipas de Suporte Intra-hospitalar
- . **40 Equipas Comunitárias / Domiciliárias**
- . 40% dos doentes que morrem por cancro com acesso a Cuidados Paliativos diferenciados
- . 10% dos doentes que morrem por outras patologias crónicas (que requerem intervenção específica) com acesso a Cuidados Paliativos diferenciados.

A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação. São elas que se constituem a principal entidade cuidadora no fim de vida, sobretudo se querem assumir esse papel no contexto domiciliário.

No âmbito do presente Programa, os Cuidados Paliativos dão corpo a princípios e a direitos que constituem universalmente a sua base e o seu carácter específico:

#### 1. Princípios da prática, dimensões relevantes e transições conceptuais

A prática dos Cuidados Paliativos assenta nos seguintes princípios:

- a) Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- b) Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- c) Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- d) Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- e) Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- f) Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- g) Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- h) Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- i) É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- j) Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- k) Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- l) Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- m) É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

#### 2. Direitos dos Utentes em Cuidados Paliativos

A prática dos Cuidados Paliativos respeita o direito do doente e da sua família ou do cuidador principal a:

- a) receber cuidados;
- b) autonomia, identidade e dignidade;

- c) apoio personalizado;
- d) alívio do sofrimento;
- e) ser informado de forma adequada;
- f) ser ouvido;
- g) participar nas decisões, num trabalho de partilha e parceria com a equipa prestadora de cuidados;
- h) recusar tratamentos;
- i) serem identificadas as suas necessidades e preferências.

A criação de uma equipa de Cuidados Paliativos pressupõe a constituição de um conjunto de profissionais devidamente treinados, considerando qual o perfil de doentes a atender (fases da doença, patologias, níveis de complexidade) bem como o tipo e valências da estrutura a desenvolver (tipologia de unidades de internamento, de suporte e de apoio domiciliário).

Sem formação específica adequada não é possível a prática deste tipo de Cuidados. Os líderes dos principais grupos profissionais envolvidos devem possuir obrigatoriamente formação intermédia/avançada (formação teórica e estágios) reconhecida em Cuidados Paliativos.

O Programa visa alcançar os seguintes objetivos gerais:

1. Promover o fácil acesso dos doentes aos Cuidados Paliativos nas várias regiões do País e tão próximo quanto possível da residência do doente;
2. Disponibilizar uma gama completa de Cuidados Paliativos diferenciados, quer em internamento, quer no domicílio;
3. Garantir a qualidade da organização e prestação de Cuidados Paliativos, através de programas de monitorização, avaliação e promoção contínua da qualidade;
4. Promover a equidade no acesso e na prestação dos Cuidados Paliativos;
5. Criar condições para a formação diferenciada e avançada em Cuidados Paliativos.

O apoio à implementação de novos serviços de Cuidados Paliativos deve ter subjacentes princípios de equidade, seja ao nível dos recursos, do acesso ou da utilização dos serviços nas várias regiões e populações do País. Estes aspetos podem ser particularmente relevantes nas regiões de menores recursos ou de menor acessibilidade.

**Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)**, de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam, sendo nos outros casos operacionalizada através da inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), localizadas nos ACES;

A experiência internacional demonstra que as Equipas de Suporte podem ter grande impacto na melhoria dos cuidados, sensibilizando transversalmente outros profissionais para a prática dos Cuidados Paliativos e promovendo a evolução para serviços mais estruturados e diferenciados.

Os Cuidados Paliativos, tal como são definidos no âmbito do presente Programa, destinam-se essencialmente a doentes (e família) que, cumulativamente:

- a) Têm prognóstico de vida limitado;
- b) Têm intenso sofrimento;
- c) Têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.

Os Cuidados Paliativos não são determinados pelo diagnóstico mas pela situação e necessidades do doente. No entanto, as doenças que mais frequentemente necessitam de cuidados paliativos organizados são as oncológicas, a SIDA, algumas doenças cardiovasculares e algumas doenças neurológicas e outras insuficiências terminais de órgãos, rapidamente progressivas. As características próprias destas doenças tornam mais frequente a existência de sintomas e de necessidades que, pela sua intensidade, mutabilidade, complexidade e impactos individual e familiar, são de muito difícil resolução, quer nos serviços hospitalares em geral, quer na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, se não houver intervenção especializada.

**A nível de critérios de complexidade, importa referir que:**

Em doentes jovens e com prognóstico de vida mais prolongado, a gravidade da sintomatologia exige geralmente grande intensidade de cuidados que, por serem dificilmente exequíveis em estabelecimentos menos especializados ou no domicílio, necessitam de ser atendidas em unidades de Cuidados Paliativos. Têm em geral demoras médias de internamento inferiores a 15 dias e uma mortalidade inferior a 60%, devido a uma intervenção precoce.

As equipas de suporte domiciliário intervêm nos doentes com sintomatologia para qual é necessária uma equipa especializada em cuidados paliativos e quando os cuidados necessários podem ser prestados em ambulatório ou no domicílio. Têm o limite da complexidade elevada de doentes e/ou a dificuldade de suporte familiar, respetivamente.

NECESSIDADES E PRIORIDADES Recorrendo à experiência internacional e às recomendações da Organização Mundial de Saúde, pode estimar-se que cerca de 80 % dos doentes com cancro que virão a falecer podem necessitar de Cuidados Paliativos diferenciados. Assim, tendo em

conta os números de mortalidade anual em Portugal cerca de 18.000 doentes com cancro podem necessitar, anualmente, de Cuidados Paliativos.

Por outro lado devem também ser tidas em consideração as patologias debilitantes, para além do cancro, que podem requerer apoio intenso no alívio do sofrimento. Por outro lado, com o natural aumento da esperança de vida e envelhecimento da população é previsível que as necessidades de Cuidados Paliativos aumentem ainda mais nos próximos anos.

Para a implementação de um programa de Cuidados Paliativos é essencial promover o desenvolvimento mais estruturado dos Cuidados Paliativos domiciliários pelo valor que estes acrescentam em termos de proximidade dos cuidados e de resposta à vontade dos doentes que desejam e reúnam as condições para permanecer no seu domicílio.

Deve ser prevista a especialização de algumas das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) localizadas UCC, com profissionais com formação específica em Cuidados Paliativos, o que requer uma aposta forte e precoce na formação profissional.

Cada unidade de Cuidados Paliativos deverá ter em conta, desde o seu início:

- a) A sua adequação às necessidades;
- b) A sua efetividade e eficiência;
- c) A garantia da equidade e acessibilidade;
- d) As estruturas e os recursos mínimos de funcionamento;
- e) A formação da equipa técnica;
- f) Os critérios de boa prática;
- g) Os resultados a atingir e atingidos;
- h) A satisfação de doentes, familiares e profissionais;
- i) Os mecanismos de avaliação interna;
- j) Os princípios de gestão organizacional e financeira

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são equipas móveis, centradas em Centros de Saúde ou em outros Serviços de Saúde não hospitalares, sem lugares próprios para internamento, mas com espaço físico adequado à coordenação e estruturação da sua atividade e com um programa funcional estruturado, segundo os princípios e normas deste Programa.

As Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos são equipas multidisciplinares que integram, no mínimo, as seguintes condições:

- 1) Um médico com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- 2) Um enfermeiro com formação diferenciada em Cuidados Paliativos;
- 3) Apoio psiquiátrico / psicológico;
- 4) Apoio reabilitação;

- 5) Apoio espiritual;
- 6) Apoio social;
- 7) Secretariado próprio.

Pelo menos um dos médicos e um dos enfermeiros da equipa deverão ter a sua atividade institucional baseada na equipa, de modo a permitir uma efetiva disponibilidade e o desenvolvimento estruturado dos cuidados. Os apoios complementares (psicológico e outros) podem não ter dedicação completa à equipa mas devem ter funções e disponibilidades bem programadas.

As Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos apoiam doentes, e seus familiares, que carecem de Cuidados Paliativos diferenciados fora dos centros hospitalares. São suas áreas principais de atuação o suporte de doentes em ambulatório, doentes que requerem cuidados domiciliários e doentes que se encontram internados em Unidades de Cuidados Continuados. As funções das Equipas Comunitárias de Cuidados Paliativos incluem a prestação direta de cuidados, apoio à família, consultadoria técnica e formação de outros técnicos. A sua ação deve ser sempre articulada com outros recursos comunitários e hospitalares, garantindo a boa cooperação de forma a promover e facilitar a continuidade e a articulação efetiva dos cuidados. Devem ter um papel central na identificação e referenciação de doentes para outros serviços de Cuidados Paliativos.

## **ECCI – EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

### **POPULAÇÃO ALVO**

- ▀ Pessoas com dependência ou em risco de perda de autonomia, e/ou com deficiência, com necessidade de cuidados continuados integrados (saúde e social).
- ▀ Familiares e pessoas que constituem rede de suporte no cuidado à Pessoa com dependência. Pessoas com doença mental e psiquiátrica
- ▀ Cuidadores formais das instituições parceiras que prestam, apoio social (alimentação, higiene, limpeza de roupas, limpeza de habitação, entre outros)

### **OBJETIVOS**

- Proporcionar uma resposta integrada de saúde e psicossocial a pessoas com dependência ou risco de dependência:
  - ▀ Pessoas que tenham perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, bem como aos cuidadores formais e informais dos

mesmos, residentes (permanente ou temporariamente) no Concelho do Entroncamento;

- ▮ Proteger e promover a saúde do Cliente
- ▮ Prevenir complicações decorrentes do seu estado de saúde
- ▮ Responder às necessidades de saúde identificadas, percecionadas e expressas
- ▮ Facilitar a manutenção e desenvolvimento da autonomia do cliente
- ▮ Promover a (re)inserção social
- ▮ Participar na execução do esquema terapêutico prescrito
- ▮ Estimular os clientes na adoção de novas capacidades promovendo o seu autocuidado
- ▮ Promover a participação da família e outros recursos no processo de Cuidar.
- ▮ Proporcionar a permanência do idoso na sua habitação com mais qualidade
- ▮ Fomentar a articulação entre os vários serviços intervenientes
- ▮ Proporcionar à família a diminuição da sobrecarga de prestação de cuidados
- ▮ Participar na formação de técnicos, ajudantes domiciliários, voluntários e outros.
- ▮ Dar suporte à família no processo de luto

## **ESTRATÉGIAS**

- ▮ -Cuidados domiciliários de Saúde e Social, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, regulares e ter por base as necessidades detetadas;
- ▮ -Cuidados de reabilitação;
- ▮ -Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- ▮ -Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- ▮ -Apoio na satisfação das necessidades básicas;

- ▀ -Apoio no desempenho das atividades de vida diárias;
- ▀ -Apoio nas atividades instrumentais de vida diária;
- ▀ Formação teórico pratica aos ajudantes domiciliários e outros.
- ▀ -Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

A ECCI presta cuidados de acordo com as seguintes características inerentes ao modelo dos cuidados continuados integrados domiciliários:

- a. O domicílio como contexto central da prestação dos cuidados;
- b. A personalização do serviço, presente para cada utente/família através da identificação de um profissional entre os que constituem a ECCI, preferencialmente enfermeiro, que seja Gestor de Caso, sendo o elemento de referência, e responsável pelo acompanhamento do processo quer para a Equipa, quer para o doente e família/cuidador;
- c. Prestação de cuidados na perspetiva global desenvolvida através da definição de um Plano Individual de Intervenção (PII). Este deverá evidenciar uma avaliação integral e multidisciplinar, com identificação das necessidades do utente e do cuidador principal, dos objetivos mensuráveis a atingir, dos recursos envolvidos, das atividades a desenvolver e respetiva atribuição de responsabilidades a cada área profissional.  
O acompanhamento e atualização devem ser periódicos, considerando-se fundamental a interação e complementaridade do cuidador/familiar no acompanhamento do processo de prestação de cuidados.
- d. Assegura ações paliativas, na medida em que temos um enfermeiro com formação em cuidados paliativos, e um médico (a propor-se para formação específica) com recurso a suporte formativo.

**CRITÉRIOS DE INTERVENÇÃO:**

- a. Necessidade de cuidados que requeiram um grau de diferenciação técnica que exceda as atividades da carteira básica das USF e UCSP, nomeadamente nas áreas do Apoio Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Higiene

Oral, cardiopneumologia, Nutrição, Terapia da Fala, que devido à situação de dependência, tenham de ser avaliados e/ou cuidados no domicílio;

- b. Frequência de cuidados de saúde domiciliários, superior a uma vez por dia;
- c. Prestação de cuidados que exceda 1h e 30m por dia em pelo menos três dias por semana;
- d. Necessidade de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário das outras unidades funcionais;
- e. Pessoas com inscrição esporádica - Pessoas dependentes com inscrição primária em outros Centros de Saúde e que estejam temporariamente no Concelho, com necessidade de cuidados no domicílio, pelo facto dos cuidadores/família se encontrar a residir no Entroncamento.

No que respeita ao problema da falta de recursos para a implementação **da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos na comunidade**, diagnosticaram-se as seguintes **causas**:

- ⇒ Só existe um enfermeiro com formação especializada de entre os profissionais da ECCI na área dos cuidados paliativos;
- ⇒ Contexto económico dificulta a afetação de profissionais com formação especializada em cuidados paliativos para a Unidade de Cuidados na Comunidade;

Relativamente às **consequências**, foram identificadas as seguintes:

- ⇒ Existem apenas ações paliativas. Ausência de resposta para oferecer às Pessoas com necessidades em cuidados paliativos, a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a proteção da dignidade do doente incurável ou na fase final da vida;
- ⇒ Impossibilidade devido à falta de recursos de cuidados intensivos e continuados de conforto, face às necessidades identificadas nas 24 horas;
- ⇒ Muitas pessoas morrerão em condições desadequadas; desprovidas de alívio sintomático adequado, por norma em ambiente hospitalar e raramente com apoio no seu domicílio, local onde muitas gostariam de passar tanto tempo quanto possível e eventualmente morrer.
- ⇒ Falta de apoio técnico especializado às Pessoas com prognóstico de vida limitado; e com sofrimento intenso;

- ⇒ Ineficácia do controlo da dor, sendo ela é um direito dos doentes que dela padecem, um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental na efetiva humanização das unidades de saúde;
- ⇒ Aumento do número e tempo de internamentos ao nível hospitalar;
- ⇒ Maior procura dos hospitais direcionados para situações de doença, aguda e, conseqüentemente, uma pior racionalização de recursos em saúde

## Habitação Social

Nesta área podemos encontrar as questões relacionadas com a habitação social:

Esta nuvem é constituída pelos seguintes problemas:

- Falta de habitação social para agregados familiares carenciados;
- Falta de verba orçamental para recuperação/melhoramento no parque habitacional.

Seguidamente podemos observar a Matriz constituída a partir desta nuvem.

## Análise Swot da Habitação Social

### Forças

- Levantamento exaustivo das famílias residentes em barracas ou edificações similares existentes no concelho;
- Obras de melhoramento e requalificação das habitações e espaços envolventes ao nível de saneamento, eletricidade e arruamentos, através de protocolo com a Junta de Freguesia Nossa Senhora de Fátima;
- Questionário aos habitantes dos Blocos Sociais em termos de compra das habitações;
- Aquisição das habitações sociais a custos controlados aos residentes das habitações, assim como à comunidade, com baixos recursos económicos.

### Fraquezas

- Falta de habitação social para agregados familiares carenciados;

### Oportunidades

- Neste campo nada há a registar.

### Ameaças

- Os candidatos à aquisição de habitação social não terem crédito bancário para a mesma;
- Rendas elevadas do património habitacional do concelho.

Ao problema falta de habitação social para agregados familiares carenciados associam-se as seguintes **causas**:

- Número de pedidos de habitação social,
- A Oferta de rendas de casa no particular é muito elevada em detrimento dos rendimentos dos agregados familiares, os requerentes procuram a habitação social, com vista à possibilidade de compra a custos baixos;
- O Desemprego implica que as famílias não possam pagar rendas de casa;

Relativamente às **consequências** foram identificadas as seguintes:

- Especulação dos valores de arrendamento;
- Agravamento das carências socio económicas.

A falta de habitação ou a precariedade da mesma é um dos fatores que mais contribui para fenómeno da pobreza e exclusão social. Um dos motivos associados prende-se com o facto de alguns indivíduos não terem capacidade para aceder a uma habitação condigna, que reúna boas condições de alojamento e higiene, facto que origina, em muitos casos, situações de sobreocupação das habitações consequentes condições de pobreza e exclusão social. A autarquia, consciente dos graves problemas habitacionais procedeu a um levantamento exaustivo das famílias residentes em barracas ou edificações similares existentes no concelho, tendo identificado as situações. Após este levantamento a Câmara Municipal, no sentido de erradicar todos os núcleos de barracas existentes e proporcionar a estas famílias uma habitação condigna, em regime de renda apoiada, alojou 11 famílias de etnia cigana.

A Câmara Municipal do Entroncamento celebrou ainda um protocolo com a Junta de Freguesia Nossa Senhora de Fátima, com o objetivo de concretização de obras de melhoramento nas habitações do Bairro Frederico Ulrich e nos Blocos Sociais.

De forma a proporcionar aos habitantes a aquisição das habitações sociais, o Município propôs a venda dos Blocos a custos controlados aos residentes das habitações assim como à comunidade., estando o processo ainda em fase de avaliação.

É de salientar a grande afluência por parte dos munícipes junto dos Serviços Sociais nomeadamente na área de Habitação. Muitas das famílias que se candidatam à habitação social, justificam a sua necessidade por pagarem rendas bastante elevadas e, na maioria dos casos, as casas não têm quaisquer condições de habitabilidade.

## Conclusão

A elaboração do diagnóstico social, no âmbito da implementação do Programa “Rede Social”, no concelho do Entroncamento, teve como objetivo fundamental inventariar problemas/fraquezas, potencialidades e recursos locais disponíveis para a intervenção, tendo sempre como prioridade a resposta às necessidades das populações.

Este estudo permite-nos ter um melhor conhecimento da realidade social em várias áreas, representando um retrato da realidade do Concelho do Entroncamento.

Sistematizando, as áreas temáticas analisadas:

1 – Social e a Habitação Social constituem-se como peças fundamentais no desenvolvimento do concelho no combate à pobreza e exclusão:

- a) As famílias que enfrentam situações de grave carência económica e, por isso, vêm-se na necessidade de recorrer aos serviços, obtendo enquadramento na medida Rendimento Social de Inserção e subsídios eventuais, arrendamento na habitação social e aquisição de casas a custos controlados. Existem alguns agregados que recorrem a estratégias informais, sobressaindo o apoio em géneros, por parte de familiares, vizinhos ou amigos. Neste âmbito é ainda de realçar o trabalho concertado ao longo dos anos, ao nível do apoio à alimentação. Os grupos caritativos existentes no concelho, desde sempre que apoiam famílias carenciadas com a entrega de cabazes com bens alimentares. Em 2011 a autarquia aderiu ao Projeto da Campanha do Direito à alimentação que veio colmatar um outro número de agregados com carência económica. Em julho de 2012 foi também implementado o Programa de Emergência Alimentar- Cantinas Sociais, através das IPSS, Lar Ferroviários (ALF) e Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento (CERE), fornecendo as refeições a um tipo de famílias cujo requisito passa pela vulnerabilidade do atual contexto.

2 – A Saúde é uma resposta transversal, integradora e global, necessitando de desenvolver duas áreas, nomeadamente a saúde mental e cuidados paliativos, cujo desenvolvimento se encontra dependente da existência de formação e recursos especializados, que garantam com efetividade a qualidade destes serviços aos cidadãos e cidadãs em proximidade.

Estamos certos de que este levantamento é apenas o início de um longo percurso, que terá a sua continuidade com a elaboração do Plano de Desenvolvimento Social (PDS). Este visa, em primeira instância definir prioridades de intervenção de modo a combater a pobreza e exclusão social, assim como promover o desenvolvimento social concelhio.

Como já foi referido, o Diagnóstico Social é aberto e contínuo, pretende-se assim que seja um documento em permanente construção. O próprio Concelho do Entroncamento encontra-se num processo de transformação, uma vez em que está aberta a discussão sobre a implementação de novos investimentos no Concelho, que irá sem dúvida, alterar, em grande parte, a realidade social diagnosticada.

“O Diagnóstico Social constitui uma unidade de análise e síntese da situação estudada, daí que nunca esteja acabado, tratando-se de um instrumento aberto, que se vai elaborando, faz parte do processo de intervenção social, constituindo um dos seus vários vetores intrínsecos. O diagnóstico corresponde à análise da realidade social num determinado contexto social, espacial e temporal, respeitante a uma ou várias situações problemáticas. Proporciona dados e informação acerca da realidade sobre a qual se visa intervir e se quer transformar.” (Santos e Santos, 1999).

Entroncamento, 31 de janeiro de 2013

## ÍNDICE GERAL

CONSTITUIÇÃO DO NÚCELO EXECUTIVO .....	2
INTRODUÇÃO .....	3
METODOLOGIA .....	4 - 6
EDUCAÇÃO .....	7 - 16
SOCIAL.....	17 - 30
INSERÇÃO PROFISSIONAL.....	31 - 37
SAÚDE .....	38 - 60
HABITAÇÃO SOCIAL.....	61 - 63
CONCLUSÃO.....	64 - 65
ÍNDICE .....	66
ÍNDICE DE TABELAS .....	67
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	68

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº 1 - CURSOS PROFISSIONAIS DA ESCOLA SECUNDÁRIA NO ANO 2012/2013.....	
TABELA Nº 2 - REPARTIÇÃO DOS ALUNOS PELOS VÁRIOS NÍVEIS E REDES DE ENSINO SECUNDÁRIO (ANO LETIVO DE 2012/2013) .....	
TABELA Nº 3 - EVOLUÇÃO DOS ALUNOS MATRICULADOS NA REDE PÚBLICA EM REGIME NORMAL .....	
TABELA Nº 4 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ALUNOS MATRICULADOS NO 3º CICLO NOS ANOS LETIVOS.....	
TABELA Nº 5 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE RETENÇÃO E ABANDONO DOS ALUNOS DE ETNIA CIGANA .....	
TABELA Nº 6 – EQUIPAMENTOS DE APOIO À PRIMEIRA INFÂNCIA .....	
TABELA Nº 7 - Nº DE CRIANÇAS ENTRE OS 6 MESES E OS TRÊS ANOS DE IDADE .....	
TABELA Nº 8 - PRINCIPAIS PRESTAÇÕES FAMILIARES NO CONCELHO – 2008 E 2011 .....	
TABELA Nº 9 - Nº DE IDOSOS COM CARTÃO MUNICIPAL DO IDOSO .....	
TABELA Nº 10 - Nº DE PENSIONISTAS POR INVALIDEZ, VELHICE E SOBREVIVÊNCIA .....	
TABELA Nº11 - LARES DO CONCELHO.....	
TABELA Nº12 -TAXA DE DESEMPREGO POR GÉNERO.....	
TABELA Nº 13 - DESEMPREGO SEGUNDO A CATEGORIA.....	
TABELA Nº 14 - ESTRUTURA DE DESEMPREGO – 2010/2011/2012 .....	
TABELA Nº15 - DESEMPREGO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA .....	
TABELA Nº16 - DESEMPREGO SEGUNDO AS HABILITAÇÃO .....	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1 - DISTRIBUIÇÃO DO Nº DE AGREGADOS POR TEMPO QUE BENEFICIAM DO RSI.....	
GRÁFICO Nº 2 - TEMPO QUE BENEFICIAM DO RSI .....	
GRÁFICO Nº 3 - EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DOS AGREGADOS QUE PERMANECEM E INTERROMPEM A MEDIDA .	
GRÁFICO Nº 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS AGREGADOS SEGUNDO A TIPOLOGIA DAS FAMÍLIAS .....	
GRÁFICO Nº 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS AGREGADOS SEGUNDO OS RENDIMENTOS.....	
GRÁFICO Nº 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR ESCALÕES ETÁRIOS .....	
GRÁFICO Nº 7 - DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS SEGUNDO A ESCOLARIDADE .....	
GRÁFICO Nº 8 - IDOSOS ISOLADOS .....	
GRÁFICO Nº 9 - DISTRIBUIÇÃO POR FREGUESIAS .....	
GRÁFICO Nº 10 - DISTRIBUIÇÃO DE IDOSOS POR FAIXA ETÁRIA.....	
GRÁFICO Nº11 - DESEMPREGO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA .....	
GRÁFICO Nº12 - EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL, JULHO DE 2009 .....	