

The background features an abstract composition of various geometric shapes. There are several large, irregular polygons in shades of blue, green, yellow, orange, red, and pink. These are interspersed with smaller, solid-colored squares and diamonds. Thin, light blue lines form a network of interconnected shapes, some of which are open polygons, creating a sense of movement and structure across the page.

# Diagnóstico Social do Concelho de Évora

## ficha técnica

**Título** Diagnóstico Social do Concelho de Évora

**Autoria** Rede Social de Évora - Conselho Local de Acção Social de Évora

**Redacção/ Concepção** Dr.ª Tânia Semedo Silva / Dr.ª Cláudia Caeiro

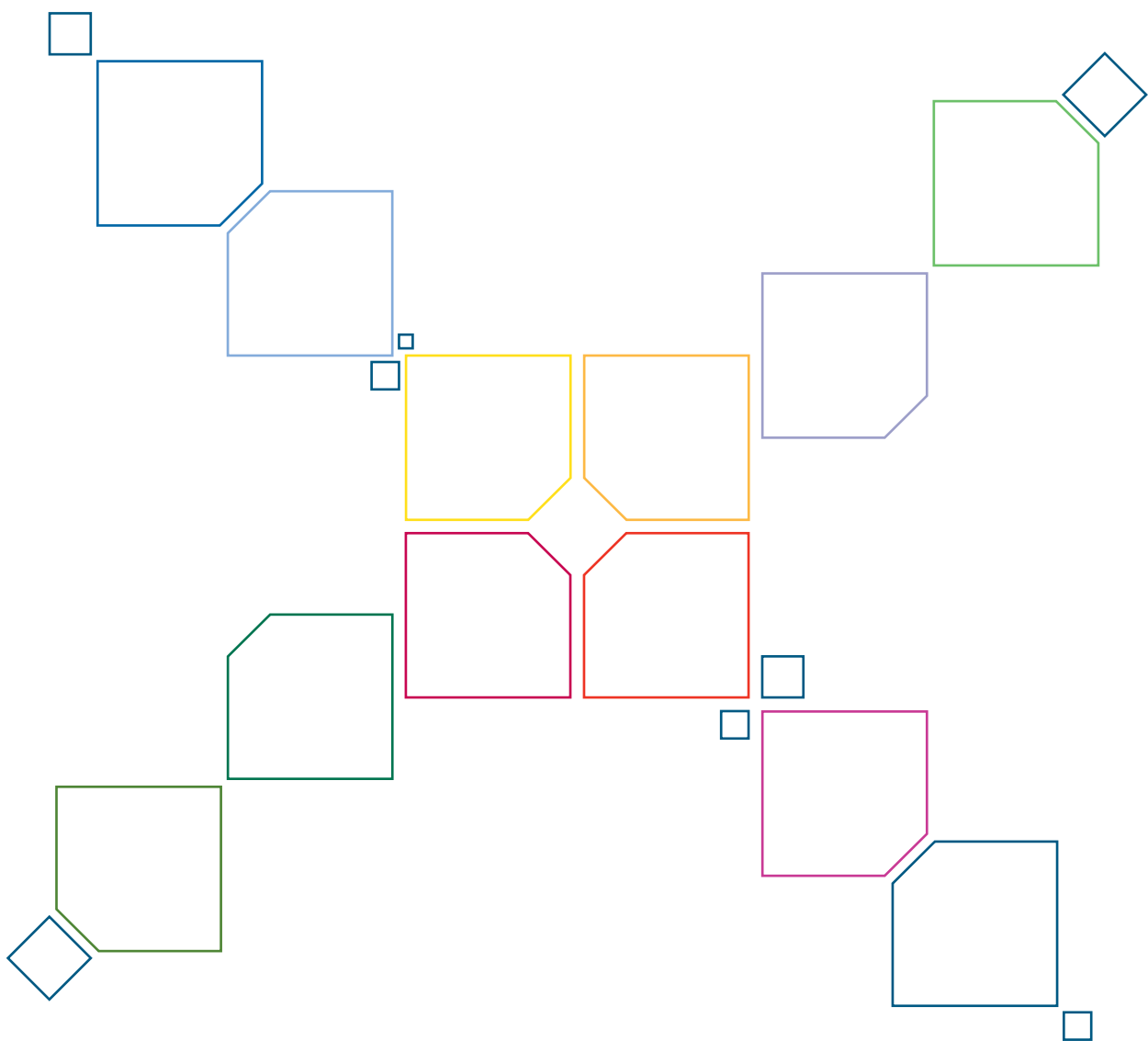
**Concepção gráfica** João Morgado

**Edição** Câmara Municipal de Évora / Conselho Local de Acção Social de Évora  
Outubro de 2004

**Agradecimentos** A Câmara Municipal de Évora enquanto entidade que preside ao Conselho Local de Acção Social de Évora agradece a todas as entidades do Concelho de Évora, que amavelmente disponibilizaram as informações para a concepção do Diagnóstico Social. Agradece igualmente aos membros da Mesa do Plenário que colaboraram / participaram na concepção do documento.



# Diagnóstico Social do Concelho de Évora



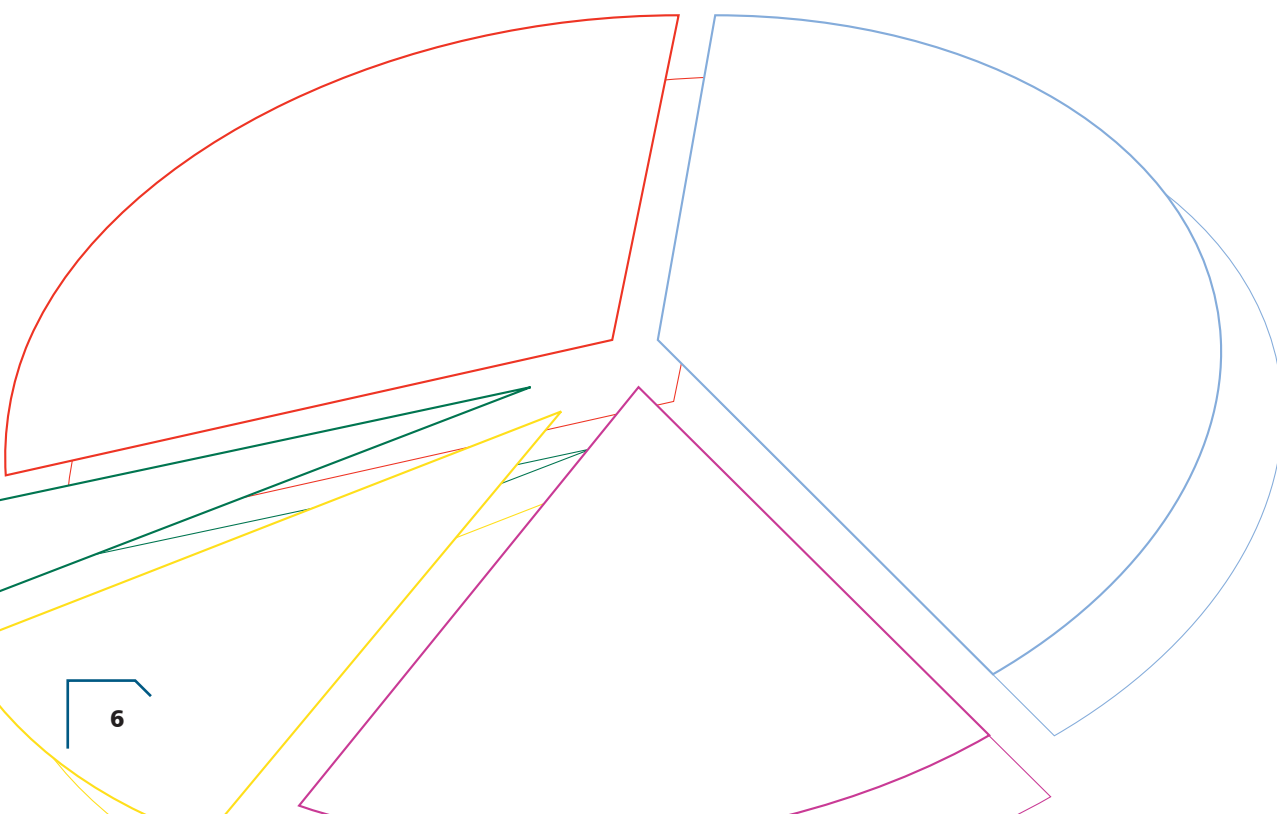
# índice

Índice de gráficos e quadros	6
Introdução	11
Caracterização Geo-demográfica do Concelho de Évora	17
Menores em Risco	37
A Deficiência	57
Respostas para a Terceira Idade no Concelho de Évora	73
A Saúde Mental	91
O Problema Habitacional no Concelho de Évora	107
A Problemática da Toxicodependência	129
O Fenómeno da Imigração no Concelho de Évora	147
VIH / Sida	165
A Prestação de Cuidados de Saúde no Concelho de Évora	175
Respostas Sociais de Apoio à Família na Área da Infância	183

# Diagnóstico Social do Concelho de Évora

## gráficos

<b>Gráfico n.º 1</b>	Número de freguesias equipadas com Lares de Idosos no concelho de Évora e número de valências por zona, segundo a sua natureza jurídica	76
<b>Gráfico n.º 2</b>	Comparação das capacidades, n.º de utentes e listas de espera das diferentes respostas sociais	83
<b>Gráfico n.º 3</b>	N.º de Freguesias equipadas com uma ou mais respostas na área de intervenção da 3ª Idade	84
<b>Gráfico n.º 4</b>	Taxas de utilização das respostas sociais	85
<b>Gráfico n.º 5</b>	Diagnósticos psiquiátricos realizados no 1º semestre de 2003, pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HESE	93
<b>Gráfico n.º 6</b>	Casos por tipo de notificação e ano de diagnóstico - Évora	170
<b>Gráfico n.º 7</b>	Percentagem de Creches consideradas IPSS / Privadas	186
<b>Gráfico n.º 8</b>	Grelha Comparativa do N.º de instituições/ Capacidade/ N.º de Utentes e Lista de Espera	186
<b>Gráfico n.º 9</b>	Percentagem de Creches em zona urbana / zona rural	187
<b>Gráfico n.º 10</b>	Grelha comparativa do n.º de Instituições / Capacidade / n.º de Utentes	190
<b>Gráfico n.º 11</b>	Percentagem de ATL's em zona urbana / zona rural	190



# índice

## quadros

Quadro n.º 1   População residente por grupos funcionais nas freguesias urbanas	19
Quadro n.º 2   População com actividade económica por sexo e grupos etários	22
Quadro n.º 3   Desemprego registado por sexo e grupos etários e respectiva taxa de desemprego	24
Quadro n.º 4   Desemprego registado por situação face à procura de emprego	24
Quadro n.º 5   Desemprego registado de acordo com as habilitações literárias e sexo	24
Quadro n.º 6   Distribuição da população empregada por sector de actividade, residente na área urbana	25
Quadro n.º 7   População residente por grupos funcionais nas freguesias rurais	27
Quadro n.º 8   Desemprego registado por sexo e grupos etários e respectiva taxa de desemprego	31
Quadro n.º 9   Desemprego registado por situação face à procura de emprego	31
Quadro n.º 10   Desemprego registado de acordo com as habilitações literárias e sexo	31
Quadro n.º 11   Distribuição da população empregada por sector de actividade, residente na área rural	32
Quadro n.º 12   Número de nascimentos, por idade da Mãe, no concelho de Évora, entre 1998 e 2001	40
Quadro n.º 13   Número de nascimentos, por idade da Mãe, no distrito de Évora, entre 1998 e 2001	40
Quadro n.º 14   População residente, segundo o tipo de deficiência e sexo	58
Quadro n.º 15   População residente, segundo o tipo de deficiência, grau de incapacidade atribuído e sexo	59
Quadro n.º 16   Distribuição de utentes das associações de deficientes, residentes no concelho, por valência (tipo de apoio prestado) e por associação	61

# Diagnóstico Social do Concelho de Évora

## quadros

Quadro n.º 17   Principais necessidades referidas pelas associações de deficientes do concelho de Évora	62
Quadro n.º 18   Número de valências, capacidade, número de utentes e lista de espera para Lar de Idosos, no concelho de Évora	75
Quadro n.º 19   Número de valências, capacidade, número de utentes e lista de espera para Centro de Dia, no concelho de Évora	77
Quadro n.º 20   Número de valências, capacidade, número de utentes e lista de espera para Serviço de Apoio Domiciliário, no concelho de Évora	78
Quadro n.º 21   Número de valências, capacidade e número de utentes para Apoio Domiciliário Integrado, no concelho de Évora	80
Quadro n.º 22   Número de valências, capacidade e número de utentes para Centro de Convívio, no concelho de Évora	81
Quadro n.º 23   Número de valências, capacidade e número de utentes para CATEI, no concelho de Évora	82
Quadro n.º 24   Total de valências por freguesias, em zona urbana e em zona rural	84
Quadro n.º 25   Movimento dos utentes apoiados pela Equipa de Saúde Mental Infantil (1º semestre de 2003)	96
Quadro n.º 26   A “Laço”	97
Quadro n.º 27   Movimento comparativo dos doentes internados, em tratamento, crónicos e situações sociais (1º trimestre de 2003)	99
Quadro n.º 28   Movimento comparativo dos doentes internados, em tratamento, crónicos e situações sociais (2º trimestre de 2003)	100
Quadro n.º 29   Quadro de Recursos Humanos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora para Assistência a Adultos	100
Quadro n.º 30   Quadro de Recursos Humanos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora para Assistência à Infância	101
Quadro n.º 31   Alojamentos Clássicos, Efectivamente Ocupados, segundo a Localização e Forma de Ocupação	109
Quadro n.º 32   Programas de Apoio à Recuperação e Reabilitação do Património Edificado	115
Quadro n.º 33   Potencialidades e debilidades existentes (avaliação/grau de satisfação)	116

# índice

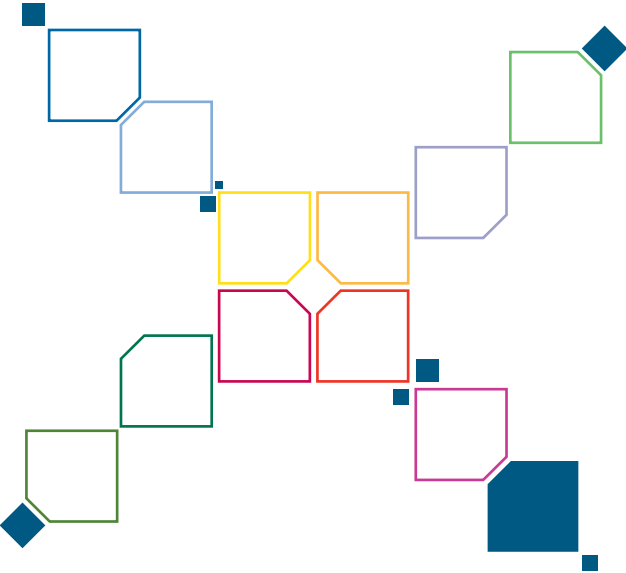
## quadros

Quadro n.º 34   Consumo de Substâncias	137
Quadro n.º 35   Quadro comparativo das variáveis mais significativas na população toxicodependente (CAT) e na população consumidora (CDT)	139
Quadro n.º 36   Portugueses e estrangeiros residentes em Portugal (1991 – 2001)	148
Quadro n.º 37   População estrangeira residente no concelho de Évora, segundo a nacionalidade	150
Quadro n.º 38   Número de autorizações de residência concedidas até 1998 e desde 1999 até 2003, de acordo com a nacionalidade	151
Quadro n.º 39   Sexo	153
Quadro n.º 40   Grupo Etário	153
Quadro n.º 41   Grau de Instrução	153
Quadro n.º 42   Dados da Rede EURES	155
Quadro n.º 43   Caracterização dos formandos abrangidos, em 2003, pelas acções de formação integradas no programa “Portugal Acolhe”	157
Quadro n.º 44   Distribuição dos casos e mortes segundo a residência por distrito, no período de 01/01/1983 a 30/06/2003	167
Quadro n.º 45   Distribuição dos casos segundo os concelhos do Distrito de Évora	168
Quadro n.º 46   Casos de Sida segundo o grupo etário e o sexo	169
Quadro n.º 47   Casos com residência no distrito de Évora, segundo o grupo de risco	170
Quadro n.º 48   Creches do concelho de Évora	185
Quadro n.º 49   ATL’s do concelho de Évora	189

# Diagnóstico Social do Concelho de Évora

# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## Introdução



O programa *Rede Social* surge num contexto em que se afirmam as tendências de descentralização e territorialização no combate à pobreza e exclusão social, baseadas na responsabilização e mobilização do conjunto da sociedade, instituições públicas e privadas e autarquias locais no desenvolvimento de políticas activas locais.

A Rede Social pretende, por isso, promover o desenvolvimento social local com uma acção concertada e coerente, articulando experiências, esforços, recursos e projectos de diferentes parceiros locais.

Partindo destes princípios orientadores, a Câmara Municipal de Évora promoveu a dinamização e consolidação de parcerias locais no terreno entre instituições, associações, serviços públicos e privados, com vista a uma actuação eficaz e articulada sobre os problemas sociais.

De forma a proporcionar a todos os agente um conhecimento efectivo da realidade social em que actuam, no início de 2003 procedeu-se à actualização de um 1º Diagnóstico Social, elaborado em 1999.

O problema na construção dos diagnósticos prende-se muitas vezes com a imparcialidade dos mesmos, ou seja, com o facto dos fins para os quais são construídos estarem, muito concreta e subjectivamente, definidos à partida.

A actualização do *Diagnóstico Social do Concelho de Évora* para 2003 (DSCE) surge no âmbito do programa Rede Social, que, acima de tudo, assenta no desenvolvimento de uma cultura de parceria, entendida como o envolvimento sistemático de todas as entidades públicas e privadas que actuam numa comunidade, procurando a optimização e a eficácia de todas as medidas e projectos criados, assim como um envolvimento real e consciente dos agentes de desenvolvimento.

Tendo por base esta filosofia, ao longo do processo de actualização do diagnóstico procurou-se um envolvimento activo dos actores sociais do concelho. Foram construídos inquéritos e estruturados guiões de entrevistas, aplicados aos técnicos e responsáveis das instituições de cariz social do concelho.

O processo teve na sua base a constituição de uma Equipa Multidisciplinar composta por um representante de cada um dos seguintes organismos: Universidade de Évora, Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social, Instituto de Emprego e Formação Profissional, Sub-Região de Saúde de Évora, Direcção Regional de Educação do Alentejo, Associação de Freguesias e dois representantes da Câmara Municipal de Évora.

Esta equipa, com base no *Diagnóstico da Cidade de Évora* e na Caracterização Sócio-Económica das Freguesias Rurais do Concelho de Évora, procedeu a uma triagem das áreas temáticas que compõem o DSCE: Saúde Mental, Toxicodependência, Menores em Risco, Deficiência, HIV/SIDA, Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados, Habitação, Equipamentos Sociais para a Terceira Idade, Insucesso Escolar e Imigração.

Cada área foi tratada com recurso a metodologias distintas, tendo sempre em vista explorar de forma adequada os aspectos determinantes de cada uma. Na grande parte dos casos, foi conseguida a confrontação da perspectiva dos agentes locais sobre a sua área de actuação, construída com base numa experiência enriquecedora.

Para a recolha de informação foi realizada uma **análise documental** de:

- » Informação estatística variada: estatísticas demográficas (INE), estatísticas da Segurança Social e estatísticas locais (do CAT de Évora, do Centro de Emprego de Évora, da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência e estatísticas internas de várias instituições);
- » Estudos já existentes sobre algumas problemáticas sociais.

O maior ou menor número de fontes de informação a que foi possível recorrer, o maior ou menor número de dados disponíveis conduziram a diferentes graus de aprofundamento dos temas identificados. Ainda assim, houve sempre a preocupação de construir um documento equilibrado em termos de informação.

Ainda na fase da recolha, foram concebidos e aplicados questionários e entrevistas, que procuraram de uma forma abrangente identificar as problemáticas específicas de cada área, bem como o topo de respostas existentes para cada uma delas. Qualquer destes instrumentos procurou tornar o DSCE num documento participado, sem restringir os contributos para a sua elaboração.

Foram também realizadas algumas sessões de grupo temáticas, no sentido de esclarecer as informações recolhidas, já então trabalhadas e sistematizadas, onde elementos de cariz mais qualitativo foram emergindo, proporcionando uma maior capacidade interpretativa da informação recolhida, o estabelecimento de prioridades, a articulação entre problemas e a ligação entre os diversos factores de vulnerabilidade social.

Quando não foi possível realizar as sessões temáticas, houve sempre a preocupação em pedir o parecer, relativo aos documentos de trabalho em elaboração, de todas as entidades com intervenção na área temática em questão.

O período de levantamento dos dados está compreendido entre Julho de 2003 e Dezembro de 2003. Ou seja, este documento tem por base de referência a realidade social existente durante este período, ou, excepcionalmente, dados relativos ao início de 2003.

O DSCE fornece dados objectivos para melhor compreender a abrangência dos diversos fenómenos abordados. Cada área temática apresenta um quadro de “problemáticas em destaque”, que permite aos agentes locais e à comunidade em geral ter acesso a uma síntese de aspectos que necessitam de uma intervenção mais premente.

Por fim será importante realçar o carácter de continuidade e de abertura deste trabalho. Quando aqui se apresenta um diagnóstico, não se conta uma história; pelo contrário, apresenta-se uma realidade social e institucional complexa e em constante mutação. Como tal, o DSCE não pode ser considerado um documento estanque que contém verdades inabaláveis (se é que existem de facto). Pelo contrário, trata-se de um documento dinâmico e aberto a novos contributos. Trata-se tão só de um elemento orientador que deve estar na base do desenvolvimento de dinâmicas de intervenção multisectoriais e integradas.

O diagnóstico, entendido como o retrato alargado do meio social, fornece as pistas básicas e cria as condições elementares para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Social do Concelho e aqui reside o seu derradeiro fundamento.

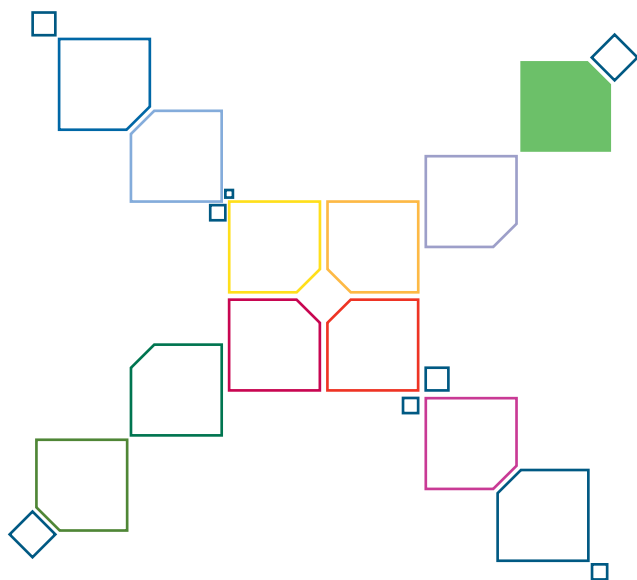


Caracterização  
Geo·  
·demográfica



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## Caracterização Geo-demográfica do Concelho de Évora



Évora é um município urbano, localizado no Alentejo Central, que integra um conjunto de 19 freguesias, das quais 7 são urbanas e 12 rurais. É um dos concelhos maiores e mais populosos do Alentejo, ocupando uma área de 1309 km<sup>2</sup> que corresponde a 18% da área total do Alentejo Central.

Esta área de 1309 km<sup>2</sup> é ocupada, segundo os dados do último recenseamento (2001), por 56 519 habitantes, sendo que 44 806 (79,3%) se encontram a residir na zona urbana e 11 713 (20,7%) na zona rural, o que se traduz numa densidade populacional de 43,2 hab/km<sup>2</sup>.

Estes dados revelam um **aumento populacional de 5,1% relativamente a 1991**, altura em que o concelho contava 53 754 habitantes, 42 399 (78,9%) residentes na zona urbana e 11 355 (21,1%) na zona rural (Censos 1991/2001). É necessário, ainda assim, ver para lá dos valores totais e absolutos do concelho, saber desfragmentá-los, para uma contextualização mais concreta.

Relativamente a esta variação da população residente há a destacar, por um lado, que as freguesias que apresentam as variações negativas mais acentuadas (período 1991/2001) pertencem ao perímetro urbano: **Sé e São Pedro** (-29%); **Santo Antão** (-28,8%) e **São Mamede** (-25,7%).

Qualquer uma destas freguesias encontra-se localizada intra-muros e se, no concelho, a população tem vindo a envelhecer, observando-se progressivamente um aumento dos grupos etários mais idosos e um decréscimo dos mais jovens, por razões que se prendem com os decréscimos

simultâneos da natalidade e da mortalidade, nesta zona específica a situação ainda é mais preocupante. Há, de facto uma desvitalização do Centro Histórico de Évora.

**A cidade intra-muros caracteriza-se por ter uma população bastante envelhecida, onde os níveis de mortalidade são bastante elevados, e por ser pouco atractiva para jovens casais, já que o preço das habitações é bastante elevado e grande parte das mesmas se encontra em estado de degradação. Consequentemente, tem-se assistido à deslocação de uma parte substancial desta população para a cidade extra-muros.**

Por outro lado as freguesias: **Canaviais** (+53,2%), **Bacelo** (+41,3%) e **Horta das Figueiras** (+37,5%), apresentam variações bastante positivas. Muito em consequência da deslocação para a cidade extra-muros e por motivos diversos, que se prendem com aspectos que vão desde o preço da habitação ao status social, estas freguesias foram-se revelando pólos de atracção da população, com destaque principal para o grupo etário 15-24 anos.

Feito o balanço em termos demográficos, relativamente à população residente, pode dizer-se que Évora tem registado, nas últimas décadas, um crescimento populacional similar ao dos outros centros urbanos em expansão, onde o processo de envelhecimento e a quebra da natalidade têm sido contrariados por uma significativa capacidade de atracção de novos residentes.

## Indicadores Gerais de Desenvolvimento: o caso específico das freguesias urbanas

Fazem parte do concelho de Évora duas realidades bastante distintas: o conjunto das freguesias integradas na cidade (urbanas) e as freguesias rurais.

Évora conta com 7 freguesias urbanas:

- » Santo Antão
- » São Mamede
- » Bacelo
- » Horta das Figueiras
- » Malagueira
- » Sé e São Pedro
- » Senhora da Saúde

A partir de dados do Instituto Nacional de Estatística<sup>1</sup> (INE), foi-nos possível o acesso a alguns dados do concelho que, tendo sido posteriormente trabalhados, acabaram por revelar diversos aspectos da realidade composta por este conjunto de freguesias.

Em termos de **população residente** (Censo 2001), **o conjunto das freguesias urbanas conta com 44 806 indivíduos, ou seja, mais 5,7% do que em 1991**, altura em que se registavam 42 399 indivíduos a residir nesta área.

Este crescimento, por seu turno, não é homogéneo em termos de grupos etários; assim sendo, no seguinte quadro podemos visualizar a distribuição desta população e a sua evolução inter-recenseamentos:

**Quadro n.º 1 | População residente por grupos funcionais nas freguesias urbanas**

	Jovens 0 - 14	Activos 15 - 64	Idosos 65+
<b>1991</b>	8 316	28 071	6 012
<b>2001</b>	6 700	30 392	7 714
<b>Var. %</b>	<b>-19,4</b>	<b>+8,3</b>	<b>+28,3</b>

Fonte: INE – Censos 1991 e 2001

<sup>1</sup> Caracterização dos Municípios 97; Fichas de Caracterização Concelhia 99; Censos 1991 e 2001; Carta de Equipamentos e Serviços de Apoio à População 2002.

Logo à primeira vista é-nos possível constatar que o grupo dos jovens sofreu uma redução (-19,4%), ao contrário dos grupos dos Activos (+8,3%) e dos Idosos (+28,3%), que aumentaram consideravelmente neste período, com especial destaque para o grupo dos idosos.

No que respeita à **proporção de idosos** presente nesta população (17,2%), o conjunto das freguesias urbanas, ainda que apresente um valor superior ao da média nacional (16,4%), consegue situar-se abaixo da média do Alentejo (22,3%). Consequentemente trata-se, apesar de tudo, de uma população pouco envelhecida face ao contexto regional.

À semelhança do que acontece no país, esta proporção tem vindo a aumentar. No entanto, **o aumento da proporção de idosos registado no período 1991/2001 para esta população (21,2%) foi mais significativo do que o registado, quer para o Alentejo (19,9%), quer para o país (20,6%).**

Se o indicador anterior estabelece a relação entre a população idosa e o total da população das freguesias urbanas do concelho, o **índice de envelhecimento**<sup>2</sup> relaciona directamente dois grupos etários. Assim, podemos ter uma noção do número de idosos por cada 100 jovens existente nas freguesias urbanas do concelho, e que em 2001 correspondia a **115,2 idosos por cada 100 jovens**, situando-se consideravelmente abaixo da média do Alentejo (162,7), mas ainda assim superior à média nacional, situada nos 102,2 idosos por cada 100 jovens. Relativamente a 1991, altura em que este índice se situava nos 72,3%, houve portanto um **aumento** na ordem dos **59,3%**, superior quer ao aumento na região Alentejo de 52,6%, quer ao do país, equivalente a 50%.

Por fim, ao relacionarmos o número de idosos com a população em idade activa, chegamos ao **índice de dependência dos idosos**<sup>3</sup>. À data do último recenseamento, as freguesias urbanas apresentavam uma média de **25,4 idosos por cada 100 activos**. Este valor representa um **aumento**, relativamente a 1991, na ordem dos **18,7%**.

Em suma, o período 1991/2001 caracteriza-se, no conjunto das freguesias urbanas do concelho de Évora, por um **aumento da população idosa na ordem dos 28,3%**, sendo que a proporção destes, relativamente à população jovem, tem aumentado de forma bastante mais significativa (59,3%), acompanhando ainda assim a tendência do país e da região, onde o aumento registado

<sup>2</sup> Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos).

<sup>3</sup> Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como quociente entre o número de pessoas com 65 e mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

também foi superior aos 50%. Relativamente ao peso que esta população tem para os activos (25,4%) e havendo consciência de que esse peso tem vindo a aumentar (+18,7% 1991/2001), ainda assim está relativamente próximo dos valores registados para Portugal em 1997<sup>4</sup> (22,2%), e é inferior aos do Alentejo no mesmo ano (33,4%).

A quantidade de **população jovem nas freguesias urbanas**, ao contrário da população idosa, **tem sofrido um decréscimo**. Só no período referente a 1991/2001 a população jovem **reduziu 19,4%**.

Tendo em conta o total da população neste conjunto de freguesias, a proporção de jovens variou nos últimos recenseamentos entre os 19,6% em 1991 e os **15%** em 2001, o que se traduz num decréscimo percentual de -23,5%. Este fenómeno não é exclusivo do concelho, ou seja, acompanha, ainda que de uma forma ligeiramente mais acentuada, a evolução da proporção de jovens ao nível da região (-21,7%) e ao nível nacional (-20%).

Em compensação, o **índice de dependência** dos jovens face à população activa também diminuiu, representando, como tal, um menor encargo para esta população. Em 1991 as freguesias urbanas registavam um índice de 29,6 jovens para cada 100 activos, que foi reduzido em 2001 para **22 jovens por cada 100 activos**, o correspondente a um decréscimo de -25,7%. Comparativamente à região Alentejo (-21,2%) o decréscimo no conjunto das freguesias urbanas foi ligeiramente mais acentuado, mas sem grande discrepância.

Em suma, à medida que a percentagem de população idosa aumenta no conjunto das freguesias urbanas, a **população jovem vai perdendo peso** e só no decénio 91/01 a diferença foi de -19,4%. Assim, enquanto os outros grupos funcionais vão ganhando maior visibilidade, os jovens vão-se esbatendo em termos proporcionais (-23,5%). As vantagens reflectem-se no grupo da população activa, que vê o índice de dependência dos jovens reduzido na ordem dos -25,7%.

Por fim, relativamente ao grupo da população activa é necessário diferenciar a **população potencialmente activa**, ou seja, o *total dos indivíduos considerados em idade activa - com idade mínima de 15 anos e máxima de 64, independentemente da sua situação e disponibilidade face ao emprego -*, da **população com actividade económica**, que será o *conjunto de indivíduos com idade mínima de 15 anos que constituem a mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços que entram no circuito económico, independentemente de se encontrarem empregados ou desempregados*. Estão por isso integrados nesta definição os seguintes subconjuntos de indivíduos: população empregada ou a cumprir o serviço militar obrigatório;

<sup>4</sup> Dados das Fichas de Caracterização Concelhia 1999-INE.

população desempregada à procura de novo emprego; população desempregada à procura do primeiro emprego.

Perante isto, temos no conjunto das freguesias urbanas, **30 392 potencialmente activos**, mas apenas **22 373 indivíduos com actividade económica**.

No que respeita à **população potencialmente activa**, houve no decénio 1991/2001 um aumento pouco significativo relativamente às variações dos outros grupos funcionais: apenas +8,3%. Assim sendo, a **proporção de potencialmente activos**, que em 1991 era de 66,2%, em 2001 registava um aumento mínimo de apenas 2,4%, com **67,8%** de activos, ou seja, ligeiramente inferior às oscilações da região (+3,71) e do país (+9%).

Este grupo de potencialmente activos suporta **47,4%** de jovens e idosos, ou seja, é este o valor do **índice de dependência total**<sup>5</sup> à data do último recenseamento, que é inferior ao registado em 1991 (51%), justificada esta diferença (-7%) pela diminuição da população jovem, ainda assim não compensada pelo aumento da população idosa. Curiosamente, em comparação com os valores da região esta pode ser uma diminuição algo significativa, já que a variação para o Alentejo do índice de dependência total, entre 1991 e 2001, é de -0,2%, ou seja, é praticamente inexistente e ainda assim situada em valores relativamente mais elevados (56,4% em 2001).

**Quadro n.º 2 |** População com actividade económica por sexo e grupos etários

Grupos Etários	Homens	Mulheres	Total
15-24	1 441	1 259	2 700
25-34	2 908	2 990	5 898
35-44	3 004	3 082	6 086
45-54	2 648	2 520	5 168
55-64	1 117	928	2 045
65+	314	162	476
<b>TOTAL</b>	<b>11 432</b>	<b>10 941</b>	<b>22 373</b>

Fonte: INE – Censo 2001

<sup>5</sup> Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas compreendidas entre os 0 e os 14 anos em conjunto com as pessoas com 65 ou mais anos, e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

Será pois a partir da **população com actividade económica** que podemos aferir a taxa de actividade, a taxa de desemprego e a taxa de emprego da população em idade activa. O quadro n.º 2 revela que, relativamente à população com actividade económica, não existe uma diferença específica em termos de sexo, mas antes um número equilibrado de homens e de mulheres nesta situação.

A **taxa de actividade** *permite definir o peso da população activa sobre o total da população, ou seja, a mão-de-obra disponível para a actividade económica*. Assim, em 2001, na relação da população activa dos municípios com a respectiva população residente, Évora encontra-se entre os três concelhos da região que registam as taxas mais elevadas. Enquanto Portugal apresenta uma taxa de actividade na ordem dos 48,2% e o Alentejo uma taxa de actividade de 45,5%, o conjunto das freguesias urbanas do concelho de Évora apresenta uma taxa de actividade de 49,9%. O concelho de Évora, mais especificamente a sua zona urbana, não se enquadra no panorama geral do Alentejo, que apresenta menos mão-de-obra disponível do que o conjunto das restantes regiões. Pelo contrário, no conjunto das freguesias urbanas a disponibilidade de mão-de-obra é maior do que na região, e do que na globalidade das restantes regiões (Portugal).

A **taxa de desemprego**, por seu turno, é aqui achada tendo por base o conceito de desempregado em sentido lato<sup>6</sup> e *permite definir o peso da população desempregada sobre o total da população com actividade económica*. Tendo por base o Censo de 2001, dos 22 373 indivíduos com actividade económica, residentes nas freguesias urbanas, 1 190 encontram-se desempregados e 21 183 empregados.

Assim, considerando a relação entre estes valores, o concelho de Évora encontra-se, de acordo com o Censo de 2001, entre os três concelhos com as taxas de desemprego mais baixas do Alentejo. Enquanto Portugal regista uma taxa de 6,8%, o Alentejo supera a globalidade do país, apresentando uma taxa de 8,4% (+24%). Curiosamente, a taxa registada no conjunto das freguesias urbanas do concelho de Évora não excede os 5,3%.

Para termos uma noção mais detalhada da problemática do desemprego<sup>7</sup> no conjunto das freguesias urbanas, vejamos os quadros que se seguem.

<sup>6</sup> Indivíduo com idade mínima de 15 anos que se encontra simultaneamente nas situações seguintes: sem trabalho, ou seja, sem emprego, remunerado ou não; disponível para trabalhar num trabalho remunerado ou não (independentemente de andar à procura de trabalho, ou seja, de ter realizado diligências para encontrar um emprego, remunerado ou não, nos últimos 30 dias – é esta a diferença para o desempregado em sentido restrito).

<sup>7</sup> Embora seja possível, através do IEF, ter acesso a dados mais recentes sobre a procura de emprego registada neste organismo, por uma questão de congruência, e já que a população que tem servido de base à construção de todos os indicadores já analisados é a recenseada em 2001, julgou-se adequado analisar a questão do desemprego com base nesta mesma população.

# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora

Quadro n.º 3   Desemprego registado por sexo e grupos etários e respectiva taxa de desemprego	Grupos Etários	Homens	Mulheres	Total	% desempregados por grupos etários
	15-24	182	192	374	31,4
	25-34	145	190	335	28,2
	35-44	87	145	232	19,5
	45-54	53	91	144	12,1
	55-64	64	40	104	8,7
	65+	0	1	1	0,1
	<b>TOTAL</b>	<b>531</b>	<b>659</b>	<b>1 190</b>	
	Fonte: INE – Censo 2001				

Quadro n.º 4   Desemprego registado por situação face à procura de emprego	Situação face à procura de emprego	Homens	Mulheres	Total
	1º Emprego	126	177	303
	Novo Emprego	405	482	887
	<b>TOTAL</b>	<b>531</b>	<b>659</b>	<b>1 190</b>
	Fonte: INE – Censo 2001			

Quadro n.º 5   Desemprego registado de acordo com as habilitações literárias e sexo	Habilitações	Homens	Mulheres	Total
	Sem Ensino	15	18	33
	1º Ciclo	132	149	281
	2º Ciclo	64	83	147
	3º Ciclo	83	62	145
	Ensino Secundário	143	190	333
	Médio	15	16	31
	Superior	79	141	220
	<b>TOTAL</b>	<b>531</b>	<b>659</b>	<b>1 190</b>
Fonte: INE – Censo 2001				

Em termos globais, a percentagem de **mulheres** à procura de emprego é maior, representando **55,4% do total do desemprego registado**.

De acordo com o quadro n.º 3, **o grupo etário mais afectado ao nível do desemprego**, partindo da divisão apresentada, é o dos **15-24 anos**: os 374 indivíduos incluídos neste grupo etário, representam 31,4% do total de desempregados, seguidos do grupo etário 25-34 anos, podendo afirmar-se com isto que o desemprego é particularmente significativo nos grupos etários mais jovens.

Deste mesmo total (1190 indivíduos), de acordo com o quadro n.º 4, **74,5% encontram-se à procura de um novo emprego** e apenas 25,5% procuram um primeiro emprego.

Por fim, **relativamente às habilitações do total de desempregados, o grupo mais afectado é o daqueles com o ensino secundário**, imediatamente seguido pelo conjunto de indivíduos com o 1º ciclo.

Perante qualquer um destes critérios, mesmo que as diferenças não sejam muito significativas, as mulheres são sempre o sexo onde se registam as maiores percentagens de desemprego.

Em complemento dos dois indicadores anteriores, devemos analisar ainda a **taxa de emprego da população em idade activa**, que *permite definir a relação entre a população empregada e a população em idade activa (15 anos ou mais)*<sup>8</sup>. Em 2001, Portugal regista uma taxa de 53,5% e o Alentejo uma taxa de 48,2%. Ora este valor, inferior em mais de 5 pontos percentuais, do Alentejo relativamente ao resto do país, está associado à situação mais desfavorável da taxa de desemprego regional e à realidade retratada pela taxa de actividade (indicadores analisados anteriormente). Évora, no entanto, destaca-se mais uma vez por se encontrar entre os concelhos alentejanos com as taxas mais elevadas. Assim, o valor desta taxa para a área urbana é de **55,6%**, chegando mesmo a ser mais favorável a taxa do país.

É igualmente importante referir que dos 21 183 empregados residentes na área urbana, 75,6% trabalham no sector terciário; 21,9% no sector secundário; e apenas 2,5% no primário.

**Quadro n.º 6 | Distribuição da população empregada por sector de actividade, residente na área urbana**

Total	Primário	Secundário	Terciário
21 183	536	4 642	16 005

Fonte: INE – Censo 2001

<sup>8</sup> Este conceito é aqui utilizado de acordo com o INE, mas aquilo que é considerado população activa não diz respeito unicamente ao grupo 15-65, mas reúne igualmente o valor do grupo 65+.

# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora

Quer isto dizer que, no que respeita às actividades económicas, o crescimento da área urbana, à semelhança da realidade global do concelho, está associado à importância da sua função terciária.

## Indicadores Gerais de Desenvolvimento: o caso específico das freguesias rurais

Para além do conjunto das sete freguesias urbanas anteriormente caracterizadas, o concelho de Évora é composto por mais doze freguesias rurais:

- » Nossa Senhora da Boa Fé
- » Nossa Senhora da Graça do Divor
- » Nossa Senhora de Machede
- » Nossa Senhora da Tourega
- » São Bento do Mato
- » São Manços
- » São Miguel de Machede
- » São Vicente do Pigeiro
- » Torre de Coelheiros
- » São Sebastião da Giesteira
- » Canaviais
- » Nossa Senhora de Guadalupe

À semelhança da metodologia utilizada para caracterizar o conjunto das freguesias urbanas, a partir da análise de dados do Instituto Nacional de Estatística<sup>9</sup>, foi-nos possível o acesso a alguns indicadores que, tendo sido posteriormente trabalhados, acabaram por revelar diversos aspectos da realidade composta por este conjunto de freguesias.

Em termos de Nossa Senhora de Guadalupe (Censos 1991/2001), o **conjunto das freguesias rurais conta com 11 713 indivíduos, ou seja, mais 3,2% do que em 1991**, altura em que se registavam 11 355 indivíduos a residir nesta área.

Este crescimento, por seu turno, e à semelhança do que se passa no conjunto das freguesias urbanas, também não é homogéneo em termos de grupos etários. Assim sendo, no seguinte quadro podemos visualizar a distribuição desta população e a sua evolução inter-recenseamentos:

Quadro n.º 7   População residente por grupos funcionais nas freguesias rurais	Jovens	Activos	Idosos
	0 - 14	15 - 64	65+
1991	1 947	7 181	2 227
2001	1 722	7 292	2 699
Var. %	-11,6	+1,6	+21,2

Fonte: INE – Censos 1991 e 2001

<sup>9</sup> Caracterização dos Municípios 97; Fichas de Caracterização Concelhia 99; Censos 1991 e 2001; Carta de Equipamentos e Serviços de Apoio à População 2002.

Comparativamente ao conjunto das freguesias urbanas, as variações ocorridas nos diferentes grupos funcionais apresentam uma evolução idêntica: em qualquer um dos conjuntos a população jovem diminui, ao contrário dos outros dois grupos, que aumentam. Se bem que é legítimo afirmar que as variações ocorridas na área rural são, em qualquer um dos grupos, menos significativas que na área urbana.

Em termos concretos, temos que o grupo dos jovens sofreu uma redução (-11,69%), ao contrário do grupo dos activos, que aumentou (+1,6%), à semelhança do conjunto da população mais idosa (+21,2%), que cresceu de forma bastante significativa.

No que respeita à **proporção de idosos** presente nesta população (23%), o conjunto das freguesias rurais apresenta um valor superior, quer à média nacional (16,4%), quer à média do Alentejo (22,3%). Será, por isso **uma população mais envelhecida que a apresentada nos contextos nacional e regional**.

À semelhança do que acontece no país, esta proporção tem vindo a aumentar. No entanto, curiosamente, o aumento da proporção de idosos, registado no período 1991/2001, para esta população (17,3%) foi menos significativo do que o registado quer para o Alentejo (19,9%), quer para o país (20,6%).

E se o indicador anterior faz a relação entre a população idosa e o total da população das freguesias rurais do concelho, o **índice de envelhecimento** relaciona directamente dois grupos etários. Assim podemos ter uma noção do número de idosos por cada 100 jovens existente nas freguesias rurais do concelho, que em 2001 correspondia a **156,7 idosos por cada 100 jovens**, situando-se ligeiramente abaixo da média do Alentejo (162,7), mas ainda assim bastante superior à média nacional, situada nos 102,2 idosos por cada 100 jovens. Relativamente a 1991, altura em que este índice se situava nos 114,4%, houve portanto um **aumento** na ordem dos **37%**, bastante inferior quer ao aumento na região Alentejo, de 52,6%, quer ao do país, equivalente a 50%.

Por fim, ao relacionarmos o número de idosos com a população em idade activa chegamos ao **índice de dependência dos idosos**. À data do último recenseamento, o conjunto das freguesias rurais apresentava uma média de **37 idosos por cada 100 activos**. Este valor representa um **aumento**, relativamente a 1991, na ordem dos **19,4%**.

Em suma, o período 1991/2001 caracteriza-se, no conjunto das freguesias rurais do concelho de Évora, por um **aumento da população idosa** na ordem dos 21,2%, sendo que a proporção desta, relativamente à população jovem, tem aumentado de forma bastante mais significativa (37%), conseguindo ainda assim manter-se afastado da tendência do país e da região, onde os aumentos registados são superiores aos 50%. Relativamente ao peso que esta população tem

para os activos (37%), os valores atingidos são bastante superiores, quer aos do país, quer aos da região.

O conjunto da população jovem nas freguesias rurais, ao contrário da população idosa, tem sofrido um decréscimo. Só no período referente a 1991/2001 esta população sofreu um decréscimo na ordem dos 11,6%.

Tendo em conta o total da população neste conjunto de freguesias, a **proporção de jovens** variou nos últimos recenseamentos entre os 17,1% em 1991 e os **14,7%** em 2001, o que se traduz num decréscimo percentual de -14%. Este fenómeno não é exclusivo do concelho, no entanto, nas freguesias rurais observa-se de forma menos acentuada do que a evolução da proporção de jovens ao nível da região (-21,7%) e ao nível nacional (-20%).

Em compensação, o **índice de dependência** dos jovens face à população activa também diminuiu, representando, como tal, um menor encargo para esta população. Em 1991 as freguesias rurais registavam um índice de 27,1 jovens para cada 100 activos, que diminuiu em 2001, para **23,6 jovens por cada 100 activos**, o correspondente a um decréscimo de 12,9%. Comparativamente à região Alentejo (-21,2%), o decréscimo no conjunto das freguesias rurais foi ligeiramente menos acentuado.

Em suma, à medida que a quantidade de população idosa aumenta no conjunto das freguesias rurais, a **população jovem vai perdendo peso**, e só no decénio 1991/2001 a diferença foi de -11,6%. Assim enquanto os outros grupos funcionais vão ganhando maior visibilidade, os jovens vão-se esbatendo em termos proporcionais (-14%). As vantagens reflectem-se no grupo da população activa, que vê o índice de dependência dos jovens reduzido na ordem dos -12,9%.

Tal como já foi referido na análise da **população activa** das freguesias urbanas, ao analisarmos este grupo funcional devemos ter em conta a distinção entre população potencialmente activa e a população com actividade económica.

Assim temos, no conjunto das freguesias rurais, 14 473 potencialmente activos, mas apenas 5 596 indivíduos com actividade económica.

No que respeita à população potencialmente activa, houve no decénio 1991/2001 um aumento muito pouco significativo relativamente às variações dos outros grupos funcionais: apenas +1,6%. Ao contrário da realidade das freguesias urbanas, na zona rural a **proporção de potencialmente activos** sofreu uma variação negativa. Em 1991 a taxa era de 63,2%; em 2001 registava uma diminuição de 1,4%, com 62,3% de activos, ou seja, uma oscilação totalmente oposta às ocorridas na região (+3,71%) e no país (+9%).

Este grupo de potencialmente activos suporta **60,6%** de jovens e idosos, ou seja, é este o valor do **índice de dependência total** à data do último recenseamento e que é superior aos 58,1% registados em 1991. Comparativamente com os valores da região, este aumento (+4,3%) opõe-se à tendência registada, já que a evolução deste índice para o Alentejo, entre 1991 e 2001, é de -0,2%.

Será então a partir da população com actividade económica que poderemos aferir a taxa de actividade, a taxa de desemprego e a taxa de emprego da população em idade activa.

Tendo por base o Censo de 2001, dos 5 596 indivíduos com actividade económica, 239 encontram-se desempregados e 5 357 empregados.

A **taxa de actividade** permite definir o peso da população activa sobre o total da população, ou seja, a mão-de-obra disponível para a actividade económica. Assim, em 2001, na relação da população activa dos municípios com a respectiva população residente, tal como já foi referido, Évora encontra-se entre os três concelhos da região que registam as taxas mais elevadas. Enquanto Portugal apresenta uma taxa de 48,2% e o Alentejo uma taxa de 45,5%, o conjunto das freguesias rurais do concelho de Évora apresenta uma taxa de actividade de **47,8%**.

A **taxa de desemprego**, por seu turno, é aqui achada tendo por base o conceito de desempregado em sentido lato e permite definir o peso da população desempregada sobre o total da população com actividade económica. Assim, considerando esta relação, o concelho de Évora encontra-se, de acordo com o Censo de 2001, entre os três concelhos com as taxas de desemprego mais baixas do Alentejo. Enquanto Portugal regista uma taxa de 6,8%, o Alentejo supera a globalidade do país, apresentando uma taxa de 8,4% (+24%). Curiosamente, a taxa registada no conjunto das freguesias rurais do concelho de Évora, para além de não exceder os **4,3%**, ainda consegue ser inferior à do conjunto urbano (5,3%).

Tal como referido anteriormente, embora dispondo de dados do Centro de Emprego, relativos à procura de emprego registada já em 2003, optou-se por partir dos dados do Censo de 2001 para fazer a caracterização do desemprego do concelho, por uma questão de coerência com a população de base dos indicadores demográficos analisados.

Assim, o quadro seguinte ilustra o total de desemprego registado no período censitário nas freguesias rurais, a distribuição da população desempregada por sexo, grupos etários e respectivas percentagens de desemprego, a distribuição por situação face ao emprego e sexo e ainda a distribuição por habilitações literárias e sexo.

Quadro n.º 8   Desemprego registado por sexo e grupos etários e respectiva taxa de desemprego	Grupos Etários	Homens	Mulheres	Total	% desempregados por grupos etários
	15-24	26	41	67	28
	25-34	18	34	52	21,8
	35-44	17	28	45	18,8
	45-54	9	20	29	12,1
	55-64	21	25	46	19,2
	65+	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>148</b>	<b>239</b>	
Fonte: INE – Censo 2001					

Quadro n.º 9   Desemprego registado por situação face à procura de emprego	Situação face à procura de emprego	Homens	Mulheres	Total
	1º Emprego	16	25	41
	Novo Emprego	75	123	198
	<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>148</b>	<b>239</b>
Fonte: INE – Censo 2001				

Quadro n.º 10   Desemprego registado de acordo com as habilitações literárias e sexo	Habilitações	Homens	Mulheres	Total
	Sem Ensino	7	12	19
	1º Ciclo	36	55	91
	2º Ciclo	18	30	48
	3º Ciclo	12	20	32
	Ensino Secundário	8	17	25
	Médio	3	2	5
	Superior	7	12	19
	<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>148</b>	<b>239</b>
Fonte: INE – Censo 2001				

Em termos globais a percentagem de **mulheres** à procura de emprego é maior, representando **61,9% do total do desemprego registado**.

O grupo etário mais afectado ao nível do desemprego, partindo da divisão apresentada, é o dos 15-24 anos: os 67 indivíduos incluídos neste grupo etário representam 28% do total de desempregados. Deste mesmo total (239 indivíduos), **82,8% encontram-se à procura de um novo emprego** e apenas 17,2% procuram um primeiro emprego. Por fim, **relativamente às habilitações o grupo mais afectado é o daqueles com o 1º ciclo**. Perante qualquer um destes critérios, as mulheres são sempre o sexo onde se registam as maiores percentagens de desemprego.

Em complemento dos dois indicadores anteriores, devemos analisar ainda a **taxa de emprego da população em idade activa**, que permite definir a relação entre a população empregada e a população em idade activa (15 anos ou mais)<sup>10</sup>. Em 2001 Portugal regista uma taxa de 53,5% e o Alentejo uma taxa de 48,2%. Ora este valor, inferior em mais de 5 pontos percentuais, do Alentejo relativamente ao resto do país, está associado à situação mais desfavorável da taxa de desemprego regional e à realidade retratada pela taxa de actividade (indicadores analisados anteriormente). Évora, no entanto, destaca-se mais uma vez por se encontrar entre os concelhos alentejanos com as taxas mais elevadas. Assim, o valor desta taxa para a área rural é de **53,6%**, equiparada, por isso, com a taxa do país.

É igualmente importante referir que, dos 5 357 empregados residentes na área urbana, 58,5% trabalham no sector terciário; 27,1% no sector secundário; e 14,4% no primário.

**Quadro n.º 11** | Distribuição da população empregada por sector de actividade, residente na área rural

Total	Primário	Secundário	Terciário
5 357	773	1 450	3 134

Fonte: INE – Censo 2001

Quer isto dizer que, no que respeita às actividades económicas, o crescimento da área rural, à semelhança da realidade global do concelho, está associado à importância da sua função terciária, devendo ainda ser referido o facto de, proporcionalmente, na zona rural haver muitos mais indivíduos empregados no sector primário do que na zona urbana.

<sup>10</sup> Este conceito é aqui utilizado de acordo com o INE, mas aquilo que é considerado população activa não diz respeito unicamente ao grupo 15-65, mas reúne igualmente o valor do grupo 65+.



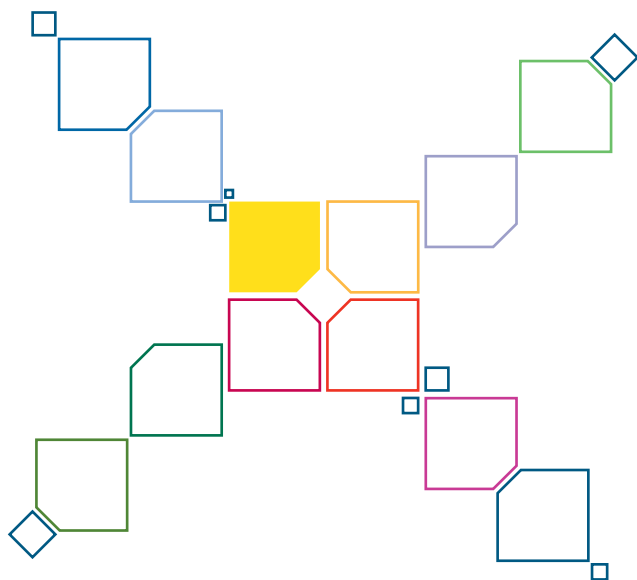


m<sub>e</sub>n<sub>o</sub>s  
em risco



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## Menores em Risco



A problemática dos menores em risco tem tido ultimamente uma grande projecção ao nível dos meios de comunicação social, essencialmente no que se refere à pedofilia. Ao nível intra-familiar, sem muitas vezes vir a público, verificam-se situações de abuso sexual, maus-tratos físicos e psicológicos, abandono ou negligência. Esta é, reconhecidamente, uma área preocupante e de abrangência nacional. O concelho de Évora, não sendo excepção no panorama nacional, regista constantemente situações de menores em risco.

De forma a conseguir um consenso sobre as situações de risco para os menores, optou-se por adoptar a definição contida na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, artigo 3º, ponto 2), que considera que “a criança ou jovem está em perigo quando se encontra numa das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe cuidados ou afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade ou situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectam gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal, ou quem tenha a guarda de facto, se lhes oponha de modo adequado a remover essa situação.”

Muito embora se desejasse uma caracterização quantitativa do fenómeno, aquando do período de recolha de dados foi possível constatar que, não existindo uma base de dados comum a todas as instituições que trabalham esta área no concelho, o mesmo menor pode encontrar-se sinalizado repetidamente.

Esta dificuldade em dispor de dados passíveis de uma análise quantitativa fiável e válida resulta da *necessidade, reconhecida por todos, de uma maior articulação inter-institucional*. Só um gesto de abertura e disponibilidade inter-institucional poderá permitir a rentabilização de esforços para a elaboração de um diagnóstico concelhio específico para esta área, a partir do qual se torna mais fácil reconhecer o universo e os padrões das situações que vão sendo sinalizadas, bem como elaborar estratégias para uma actuação concertada. Reconhecemos, no entanto, que a raiz do problema está na lei<sup>1</sup> de protecção de dados pessoais, a partir da qual as instituições criam as suas normas internas e que, na maior parte dos casos, não permite a divulgação da identificação dos indivíduos que trabalham, nem nos grupos de trabalho inter-institucionais, dificultando bastante o cruzamento da informação. Sem esta base de dados comum, resta o testemunho de cada entidade sobre a sua experiência, que não sendo menos válido, é sempre parcial e, por isso, de certa forma limitado.

Em Maio de 2003, realizou-se um encontro inter-institucional do concelho, relativo à problemática dos menores em risco. As Jornadas de Reflexão denominadas: “Crianças: um Mundo de Sonho ou de Desilusão”, que pretenderam reunir todas as entidades que actuam ao nível do concelho nesta área de intervenção, para se proceder ao levantamento dos recursos existentes, identificar problemas e apurar novas formas de concertação e articulação inter-institucional, servem agora como base de partida deste documento.

### **Equipamentos de apoio social e serviços de ambulatório para crianças e jovens em risco social, no concelho de Évora**

No que respeita aos equipamentos de apoio social a este grupo específico, o concelho apresenta fortes carências. Ainda que a institucionalização da criança deva ser encarada como um período transitório, existem determinadas situações em que o bem-estar do menor depende da sua retirada do meio familiar ou, outras ainda, em que o menor se encontra sem apoio familiar, por abandono afectivo ou físico, e a institucionalização é o único recurso.

<sup>1</sup> Referimo-nos à Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro: Lei da Protecção de Dados Pessoais, que transpõe para a ordem jurídica portuguesa a directiva 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A Associação de Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos” possui o único *Centro de Acolhimento Temporário*<sup>2</sup> de menores localizado no concelho mas acolhe crianças de todo o país, pois esta lacuna não é concelhia, mas nacional. A falta generalizada deste tipo de equipamentos faz com que haja uma lotação total dos existentes, com a agravante de que a procura é tal que, num número significativo de casos, não havendo respostas no próprio concelho de residência da família e do menor, este é muitas vezes encaminhado para equipamentos sediados a centenas de quilómetros do seu meio social. Este facto, ao mesmo tempo que provoca o corte total com o meio social do menor se, por um lado, o afasta de uma situação de risco, também pode ser traumático, por afastá-lo de todas as suas referências quotidianas. Acresce o problema do limite de idade, uma vez que as crianças acolhidas têm que estar na faixa etária entre os 0 e os 12 anos, para além desta idade o Centro não faz acolhimento.

Quer isto dizer que, para além de só haver um equipamento desta natureza no concelho (e apenas dois em todo o distrito), crianças com mais de 12 anos em situação de risco social não dispõem de uma estrutura para acolhimento temporário.

Existem, no entanto, 3 instituições no concelho que acolhem crianças entre os 0 e os 18 anos, em situações de emergência, num total de 6 vagas (Lar de Sta. Helena; Associação “Chão dos Meninos” e Casa Pia), sendo igualmente prática esporádica o acolhimento de emergência noutras instituições que, não tendo lugares de emergência previstos, possam ter vaga na altura em que surgem os casos, como acontece com a Casa do Sagrado Coração de Jesus.

Um outro problema ao nível de equipamentos de apoio social a menores em risco está relacionado com os *Lares*<sup>3</sup>. Embora existam quatro equipamentos desta natureza no concelho, o único que acolhe rapazes, a Casa Pia, embora tenha como público-alvo o grupo etário dos 6 aos 18 anos só admite a entrada na instituição até aos 12 anos. Mais uma vez, crianças do sexo masculino sinalizadas em situação de risco social a partir desta idade, com necessidade de integrar um lar, não encontram resposta no concelho. Relativamente às raparigas, na Casa Pia as condições são idênticas; há, no entanto, o complemento por parte do Lar de Santa Helena, que estando unicamente direccionado para meninas dos 14 aos 18 anos, as admite mesmo até aos 18 anos. Além destes, existe também a Casa do Sagrado Coração de Jesus, que admite meninas entre os 3 e os 6 anos e dá apoio até aos 14 anos.

<sup>2</sup> Resposta social que tem por finalidade o acolhimento urgente e transitório de crianças e jovens em situação de risco, decorrente de abandono, maus-tratos, negligência ou outros factores, criando condições para a definição do projecto de vida de cada criança / jovem, com vista ao seu adequado encaminhamento.

<sup>3</sup> Resposta social que tem por finalidade o acolhimento de crianças / jovens, no sentido de lhes proporcionar estruturas de vida tão aproximadas quanto possível às das famílias, com vista ao seu desenvolvimento global, criando condições para a definição do projecto de vida de cada criança / jovem.

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

A situação de falta de equipamentos de apoio social foi igualmente diagnosticada no caso das *jovens grávidas*. Pontualmente, vão surgindo *projectos* direccionados para este público-alvo como é o caso do projecto da Associação de Planeamento Familiar (APF), “Mamãs de Palmo e Meio”. No entanto, quando se procura uma resposta física, ou seja, um equipamento vocacionado para receber, orientar e apoiar este grupo alvo, nem a nível distrital, nem concelhio, encontramos qualquer resposta. Contudo, a frequência com que se registam estes casos justifica, na óptica das entidades, a disponibilização de um espaço vocacionado para o apoio a este grupo. Vejamos os quadros elucidativos do fenómeno ao nível do concelho e do distrito:

	1998	1999	2000	2001
<15 Anos	-	-	-	-
15-19 Anos	27	34	39	38

Fonte: INE · Anuários Estatísticos  
da Região Alentejo 1999/2002

### Quadro n.º 12 |

Número de nascimentos,  
por idade da Mãe,  
no concelho de Évora, entre 1998 e 2001

### Quadro n.º 13 |

Número de nascimentos,  
por idade da Mãe,  
no distrito de Évora, entre 1998 e 2001

	1998	1999	2000	2001
<15 Anos	2	-	1	0
15-19 Anos	118	130	126	128

Fonte: INE · Anuários Estatísticos  
da Região Alentejo 1999/2002

Não se quer com isto dizer que todas as jovens menores que engravidam precisem de apoio institucional; no entanto é reconhecido que uma grande parte necessita desta ajuda.

A um outro nível, que não o dos equipamentos propriamente dito, encontram-se os *serviços de ambulatório* que, de uma forma geral, têm como grupo alvo crianças e jovens de ambos os sexos, entre os 0 e os 18 anos. Ao nível do concelho, prestam serviço ambulatório a crianças e jovens em situação de risco social as entidades que passamos a referir.

A **Associação de Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”**, através do serviço “Em Família para Crescer”, intervém com crianças em situação de risco social e suas famílias; e através do serviço “Quebrar do Silêncio” procura dar resposta a situações de abuso sexual em crianças e adolescentes.

O **Sector de Infância e Juventude**, da Unidade de Protecção Social de Cidadania (UPSC), do Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Évora (CDSSS), integra o Serviço de Apoio às Medidas em Meio Natural de Vida, o Serviço de Amas, o Serviço de Colocação Familiar, o Serviço de Adopção e o Serviço de Acompanhamento de Menores em Instituição.

A **Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Évora (CPCJ)**, que é uma instituição oficial não judiciária com autonomia funcional, que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (art.º 12º - lei 147/99), desde que haja autorização dos pais, ou dos representantes legais da criança, ou a não oposição da criança com mais de 12 anos. Esta Comissão desenvolve a sua actividade no concelho desde 1991. É constituída, quer na comissão restrita, quer na alargada, por representantes de várias entidades, de serviços públicos e privados com algum tipo de responsabilidades no acompanhamento e protecção da criança ou do jovem e abrange o concelho de Évora.

Existe pois uma relação de subsidiariedade entre esta Comissão e as entidades com competência em matéria de infância e juventude, públicas ou privadas. Quer isto dizer que apenas quando estas não têm possibilidade de solucionar os casos sinalizados, procedem ao seu encaminhamento para a CPCJ.

São consideradas situações de risco e prioridades de intervenção da CPCJ todas as situações reportadas a esta entidade que digam respeito a menores em quaisquer das seguintes circunstâncias: maus tratos físicos, abuso sexual, abandono, prostituição infantil, maus tratos psicológicos, abuso emocional, exercício abusivo da autoridade, negligência, mendicidade, problemas de saúde física e psíquica, trabalho infantil, uso de estupefacientes, ingestão de bebidas alcoólicas, actos pré-delinquentes e abandono escolar.

Qualquer uma destas situações pode chegar à CPCJ por diversas vias: escrita, telefónica ou presencial. Da mesma forma que quem pede a intervenção varia bastante: serviços, escolas, instituições, técnicos, a família (nuclear ou alargada), o próprio menor, vizinhos, conhecidos ou qualquer cidadão que tenha conhecimento de situações de risco para os menores.

De acordo com o registo dos **73 processos** acompanhados durante 2002 e até Maio de 2003, é possível constatar que segundo a tipologia de situações de perigo foram sinalizadas à CPCJ, por ordem decrescente, os seguintes casos: a maioria em situação de negligência; segue-se um número significativo de menores que assumem comportamentos que afectam o seu desenvolvimento; vítimas de maus tratos físicos e psíquicos; em abandono; vítimas de abuso sexual; por fim, sujeitas a comportamentos que afectam o desenvolvimento. Deste universo, mais de 50% foram integrados na medida de promoção e protecção relativa ao apoio junto dos pais,

seguida do acolhimento em instituição, havendo ainda casos de apoio junto a outro familiar, de acolhimento familiar e de confiança a pessoa idónea.

Um dos grandes problemas com que as instituições do concelho se deparam, ao nível do apoio e acompanhamento aos menores e à família, mesmo quando a medida de protecção decretada é o apoio junto à família, prende-se com a falta de técnicos para o número de famílias com necessidade deste tipo de intervenção. Esta é, sem dúvida, uma das necessidades do concelho.

Neste âmbito ainda existe a **Consulta de Pediatria para o Acompanhamento de Crianças em Risco do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE)**, em funcionamento desde 1 de Abril de 1992 e cujo grupo alvo é ligeiramente mais restrito que os anteriores, acompanhando crianças e jovens de ambos os sexos, entre os 0 e os 15 anos.

As crianças atendidas nesta consulta chegam referenciadas pelas mais diversas vias: internamento, urgência, consultas de Pediatria, médico de família, Núcleo de Apoio à Díade Mãe-Filho Toxicodependente, Segurança Social, CPCJ, educadores/professores, famílias de acolhimento, Centros de acolhimento, ou qualquer outra instituição/serviço que entre em contacto com a problemática dos menores em risco.

Assim sendo, são objectivos fundamentais desta consulta:

- » Prevenir os maus tratos às crianças;
- » Dar uma resposta, seguir e orientar interdisciplinarmente as situações detectadas através da avaliação clínica e psico-social de cada caso;
- » Obter dados para a realização do diagnóstico social de cada caso.

É ainda necessário sublinhar a actividade do **Núcleo de Apoio à Díade Mãe-Filho Toxicodependente**, que surge da cooperação entre o Hospital do Espírito Santo e o Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Évora (que constituem uma equipa formada por pediatras, enfermeiros, um psicólogo, técnicos de serviço social e um psiquiatra), cujos objectivos são: proteger o recém nascido; proporcionar suporte psicológico e terapêutico à mãe, antes e após o parto; criar uma rede de suporte ao sistema familiar; tentar encontrar formas de apoio sócio-económico para cada situação; desenvolver competências parentais e acompanhar a díade a longo prazo.

A problemática da toxicodependência levanta questões de natureza ainda mais grave quando existem menores obrigados a conviver com esta realidade quotidianamente. O capítulo dedicado a esta temática revela-nos que grande parte dos indivíduos sinalizados como toxicodependentes, ou como consumidores, têm filhos (40% no primeiro caso e 82% no segundo)<sup>4</sup>. Surgem também, nos centros de tratamento a toxicodependentes, mulheres grávidas. Nestes casos, o CAT sinaliza todas estas grávidas, dirigindo-as à consulta de risco de Obstetrícia do HESE. A partir daqui, a

par da equipa do hospital, o CAT acompanha as grávidas em consultas de apoio, orienta a terapêutica de substituição durante a gravidez, dá apoio ao recém-nascido durante o seu internamento no serviço de Neonatologia (que pode ir até 1 mês, quando se verifica o síndrome de abstinência na criança), altura a partir da qual a criança passa a ser acompanhada através da Consulta de Pediatria para o Acompanhamento de Crianças em Situação de Risco.

Nesta perspectiva, há igualmente a considerar a actuação da **Equipa Distrital de Intervenção Precoce de Évora**, que se constituiu em Maio de 2001 e cuja actuação, tal como é preconizada pelo Despacho conjunto n.º 891/99 dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, vem exigir um maior envolvimento da família em todo o processo de intervenção, o estabelecimento de relações de confiança entre profissionais e famílias, a criação de novas dinâmicas de trabalho em equipa e a racionalização de recursos já existentes, no âmbito de uma coordenação eficaz aos diversos níveis de actuação.

A Intervenção Precoce é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, tendo como destinatários crianças até aos 6 anos de idade que apresentem *deficiência* ou *risco de atraso grave de desenvolvimento*<sup>5</sup>. Mediante acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social, a I. P. procura: assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento; potenciar a melhoria das interacções familiares; e reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência.

Convém ainda realçar que este programa se dirige exclusivamente à função habilitativa e/ou reabilitativa dos défices ao nível do desenvolvimento. *Não tem uma função tutelar para as situações chamadas de risco social*, em que o poder paternal pode ter que ser limitado, ou mesmo questionado, para garantir à criança uma resposta ao nível da sua segurança pessoal, quando esta está em perigo.

A natureza deste tipo de intervenção é absolutamente complementar da actuação das outras entidades com responsabilidades em matéria de infância e juventude e, conseqüentemente, em casos específicos de risco social a construção e o desenvolvimento da articulação interinstitucional é imprescindível.

<sup>4</sup> Vide capítulo "A problemática da toxicod dependência" - Estas percentagens referem-se a universos quantitativamente muito distintos e a períodos de recolha de dados também diferentes; não deixam de revelar, no entanto, a grande quantidade de menores que convivem diariamente com o fenómeno da toxicod dependência.

<sup>5</sup> "Risco que por factores pré, peri ou pós-natal, ou ainda por razões que limitem a capacidade de tirar partido de experiências importantes de aprendizagem, constitui probabilidade de que uma ou mais disfunções possam ocorrer".

De modo a situar esta filosofia de trabalho de forma o mais localizada possível, deve referir-se a existência, ao nível do concelho, da estrutura designada por Equipa Concelhia, com competência para seleccionar as situações para apoio em Intervenção Precoce, em função dos critérios de elegibilidade criados pela referida Equipa.

Esta equipa é uma estrutura intermédia entre a Equipa Distrital e as Equipas de Intervenção Directa, criadas a partir de dois projectos que já desenvolviam acções na área da intervenção precoce: um ligado à CERCIDIANA, cuja intervenção se centra essencialmente no sistema educativo, procurando abordar a criança nos contextos educativos onde está inserida (IPSS, rede de creches e jardins de infância, amas, domicílio); e outro ligado à Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC), sendo a sua intervenção de carácter essencialmente reabilitativo e terapêutico, e desenvolvida, maioritariamente, na própria associação, aonde a criança se desloca para obter apoio.

Quando o problema detectado põe a criança em risco de atraso grave de desenvolvimento, a orientação destas equipas vai no sentido de proporcionar apoio sistemático à família, intervindo com o objectivo de capacitar os responsáveis pela criança a contribuir para o seu desenvolvimento equilibrado e a evitar eventuais atrasos, que são susceptíveis de ocorrer quando, nos períodos críticos do desenvolvimento da criança, não há o estímulo necessário.

Aliás, está hoje provado pelos vários estudos de investigação que as crianças sujeitas a situações de privação grave nos primeiros anos de vida (nomeadamente a falta de estimulação, a privação de uma alimentação adequada, a negligência no que se refere a cuidados de saúde e de higiene, entre outros) podem vir a ser portadoras de deficiência mental, devido à diminuição das capacidades cognitivas que tais situações provocam.

Ao nível do concelho, esta equipa, que é composta por uma variedade de técnicos de diversos serviços/entidades, que contam com a vantagem de longos anos de experiência e especialização na área, conferindo credibilidade ao trabalho desenvolvido. Claro está que, apesar desta diversidade de técnicos, imprescindível, continuam a surgir problemas com que se têm de deparar, nomeadamente no que respeita à colocação atempada dos mesmos, o que nem sempre acontece e que se impõe como um entrave à capacidade/rapidez de resposta.

Numa outra óptica de intervenção precoce foi constituído o **Projecto “CAIPIRA”**, gerido e coordenado em parceria pela Câmara Municipal de Évora, Associação de Bem Estar Social (ADBES) da Cruz da Picada e Escola do 1º ciclo da Cruz da Picada.

Este projecto nasce, essencialmente, da necessidade de intervenção precoce ao nível do insucesso escolar repetido e do abandono escolar, diagnosticado na freguesia da Malagueira, em crianças e jovens “inadaptados” à escola e aos currículos alternativos existentes.

Esta freguesia destaca-se pelo número de famílias com conjuntos diversificados de problemas, muitos deles ligados à toxicodependência (consumo e tráfico), à marginalidade, à pobreza, à exclusão social ou ao alcoolismo (uma forma de toxicodependência associada imensas vezes a situações de violência contra a mulher e/ou maus tratos a crianças e jovens). Este género de problemas reflecte-se quase sempre no comportamento das crianças. Negligenciadas, mal tratadas e entregues a si próprias, adoptam muitas das vezes comportamentos violentos e marginais que afectam o seu aproveitamento escolar.

O “CAIPIRA”, pretende fazer um despiste vocacional precoce das crianças identificadas como população alvo (cerca de **25 crianças** entre os 6 e os 18 anos, com maior incidência na faixa etária dos 6 aos 13 anos, em situação de insucesso escolar repetido ou abandono escolar) indo de encontro às motivações e interesses dos mesmos, por forma a promover um “sistema inovador de formação sócio-pedagógica”, complementar à escola.

Ao trabalhar estas crianças, cerca de **20 famílias** e a **comunidade envolvente**, espera-se através deste projecto: promover a criação de *ateliers* com vista à formação/desenvolvimento socio-pedagógico da população alvo, através da análise vocacional; sensibilização das famílias para a necessidade da educação escolar dos filhos, incentivando uma maior participação destas nas actividades escolares dos filhos e do próprio projecto; acompanhamento social integrado das famílias dos destinatários do projecto, através de uma metodologia integrada de atendimento, aconselhamento, formação psico-social e intervenção/acção social; promoção de actividades sócio-culturais, lúdicas e desportivas que impliquem a participação da comunidade envolvente, numa perspectiva de integração social e de prevenção.

De igual forma, não pode deixar de ser referido o trabalho do **Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil** (PEETI), programa do Ministério da Segurança Social e do Trabalho e do Ministério da Educação, conforme Despacho Conjunto n.º 948/2003 de 26 de Setembro, que tem como principal objectivo a erradicação do trabalho infantil, assim como a prevenção do trabalho infantil e o abandono escolar precoce, (isto é, antes da conclusão da escolaridade obrigatória).

No âmbito deste Plano, foram criadas as Equipas Móveis Multidisciplinares, que procedem à identificação, avaliação e acompanhamento das crianças e jovens em situação de exploração do trabalho infantil e/ou abandono escolar precoce, constituindo e desenvolvendo respostas alternativas de educação-formação, nomeadamente no âmbito do Programa Integrado de Educação e Formação – PIEF. Interessa, no âmbito desta temática, destacar o trabalho da Equipa Móvel Multidisciplinar do Alentejo, por ser a que intervém ao nível do concelho.

Dado o panorama ao nível das muitas sinalizações de abandono escolar, as estruturas de coordenação regional do PIEF (Despacho Conjunto 948/2003), IEFP, DREA, CDSSS e PEETI articulam-se no sentido de promover alternativas locais, que encorajem estes jovens na prossecução dos estudos, mediante os seus interesses e tendo em conta os recursos existentes no concelho.

Estes jovens que, regra geral, são sinalizados em abandono escolar, aquando do diagnóstico, acabam sempre por revelar outras problemáticas associadas, nomeadamente o trabalho infantil (doméstico, domiciliário, agrícola, construção civil, ou formas piores, de acordo com a Convenção n.º 182 da Organização Internacional do Trabalho – OIT: tráfico de drogas e prostituição infantil, entre outras).

A primeira resposta trabalhada com estes menores, enquadra-se nas disponíveis no sistema (em primeira instância, o regresso à escola); porém, quando tal não é possível, ou o jovem recusa esta proposta e outras que lhe são feitas mediante os recursos do concelho, o PEETI apresenta, nas estruturas de coordenação regional do PIEF, uma proposta para a constituição de uma resposta PIEF (Plano Integrado de Educação e Formação).

O **PIEF** é um plano com uma vertente dupla: “a **vertente educativa e ou formativa**, centrada no reingresso escolar e na definição de percursos alternativos de educação e formação, visando a escolaridade ou a dupla certificação escolar e profissional; e a **vertente de integração**, orientada para a despistagem de situações e para a disponibilização de respostas de ordem social e económica, para a inserção em actividades de formação não escolar, de ocupação e desenvolvimento vocacional, de orientação e de desporto escolar”<sup>6</sup>. Ao nível do concelho, esta resposta já se verifica há três anos consecutivos, tendo começado com uma turma de 2º ciclo, no primeiro ano, seguindo-se uma turma de 2º ciclo no segundo ano, sendo que, actualmente, funciona na Associação Juvenil Quarta Dimensão uma turma de 2º ciclo e outra de 3º, abrangendo cerca de **25 jovens** (não exclusivamente do concelho), alguns dos quais transitaram dos anos anteriores.

Uma das dificuldades na aplicação desta reposta prende-se com a pouca disponibilidade, por parte dos pais, em acompanhar estes jovens no seu percurso escolar, pela baixa valorização que lhe atribuem, sendo a criança vista como uma ajuda económica. Se, para eles sobreviverem, não foi necessário estudar, mas sim aprender um ofício e ganhar para o seu sustento, não vêem qualquer tipo de vantagem no investimento educacional da criança e têm alguma dificuldade em compreender a necessidade das crianças adquirirem uma certificação escolar e profissional. Muitos pais procuram perpetuar o seu estilo de vida e, em alguns casos, não admitem a hipótese dos filhos serem mais qualificados do que eles, considerando que já cumpriram o seu papel

<sup>6</sup> Despacho conjunto n.º 948/2003

proporcionando aos filhos mais do que eles próprios tiveram (eventualmente a 4ª classe). Só este facto já implica uma grande capacidade e disponibilidade dos técnicos para dissuadi-los desta mentalidade e convencê-los do contrário.

Existe, de facto, a necessidade premente de uma articulação inter-institucional mais eficaz, porque, tão importante quanto permitir que estes jovens cumpram ciclos de escolaridade, é proporcionar-lhes condições necessárias para um crescimento saudável a todos os níveis.

O **Instituto de Reinserção Social**, tem uma natureza diferente das entidades referidas. É da sua competência “assegurar, nos termos da lei, o apoio técnico aos Tribunais na tomada de decisões no âmbito dos processos penal e tutelar educativo e dos processos tutelares cíveis”<sup>7</sup>. Até 1999 estes serviços trabalharam a problemática dos menores em risco, mas actualmente, não tendo competência em matéria de protecção, intervêm em situações de menores, entre os 12 e os 16 anos, aos quais esteja imputada a prática de acto qualificado pela lei como crime.

### Factores de risco para os menores: as disfunções e os problemas familiares

É muito difícil estabelecer um padrão alargado daquilo que é uma situação de risco social para os menores. Quer-se com isto dizer que o risco social a que estão sujeitos os menores do concelho de Évora tem uma origem multifactorial.

É errado centrar no alcoolismo, na toxicodependência, ou na prostituição a causa preponderante que coloca os menores em situação de risco social. A panóplia de situações que afectam as crianças é tão vasta quanto o número de famílias:

- » Toxicodependência;
- » Alcoolismo;
- » Prostituição;
- » Violência doméstica;
- » Pais ausentes;
- » Figura maternal deprimida;
- » Baixo nível de escolaridade e de realização profissional;
- » Dificuldades económicas;
- » Abandono afectivo e de facto;
- » Demissão dos papéis familiares;
- » Dificuldade familiar na gestão do consumo;

<sup>7</sup> Lei Orgânica do IRS art. 3º n.º 1.b – Decreto-Lei 204-A/2001 de 26 de Julho

- » Processos de maturação desfasados;
- » Perpetuação das histórias de vida;
- » ...

Qualquer uma destas situações, de resto transversais a todos os estratos sócio-económicos, é passível de ser encontrada no concelho pelos técnicos que trabalham no terreno.

O que acontece, em grande parte dos casos, é que, por um lado, as histórias de vida vão-se repetindo e os pais, tendo sido crianças negligenciadas e mal tratadas, tendem a transmitir os padrões de comportamento a que foram sujeitos, pelo que as situações de risco vão sendo perpetuadas transgeracionalmente. Por outro lado, os problemas pessoais dos indivíduos, ou seja, dos pais, levam-nos a demitir-se dos seus papéis sociais de âmbito familiar, pelo que os menores são por vezes maltratados física e psicologicamente, vítimas de abusos sexuais, abandonados, ou ainda, em número bastante significativo, negligenciados.

A ausência total de regras e rotinas, quer ao nível da higiene, quer alimentação e educação, entre outros factores, faz com que muitos menores entrem num sistema de auto gestão e consequente degradação. Assim, surgem os primeiros delitos, o consumo de drogas, o desenvolvimento de comportamentos agressivos, o distúrbio emocional e uma série de problemas do foro psiquiátrico, para grande parte dos quais não há respostas específicas sequer a nível nacional.

Parece haver, então, uma necessidade premente de avaliar, em tempo útil, as respostas para os menores integrados em famílias com grandes dificuldades de mudança e de reorganização. A prevenção, através da metodologia de intervenção centrada na família, é uma prioridade, e o trabalho preventivo no terreno, a única forma de evitar o transtorno da institucionalização. O menor, a família e o meio são indissociáveis, logo, proteger a criança ou o jovem passa pelo aumento das suas competências e das competências parentais, preferencialmente, numa atitude preventiva e, quando necessário, numa perspectiva curativa, procurando diminuir as sequelas na criança / jovem e prevenir as recidivas.

## Considerações Finais

As dificuldades em abordar esta temática são muitas. Os dados quantitativos não podem ser apresentados, por uma questão de validade, uma vez que a mesma criança se encontra sinalizada em várias entidades e não há uma base de dados comum, nem uma codificação comum dos casos. A tentativa de realizar uma triagem, apenas dos menores do concelho, é inglória, já que grande parte das entidades, ou tem um âmbito distrital ou, estando sedeadas no concelho, acolhem e apoiam crianças do concelho, do distrito e, inclusivamente, de outros distritos onde as respostas não existem ou estão totalmente lotadas. Quando partimos para a abordagem qualitativa do fenómeno, constatamos que os problemas e as dificuldades com que as entidades se deparam, sobejam, enquanto as novas respostas e os meios necessários para as concretizar são muito escassos ou não estão disponíveis, não arriscando afirmar serem mesmo “inexistentes”.

Tal como já foi referido, não se tratando de um problema novo, a questão dos menores em risco emergiu recentemente junto da opinião pública, devido a acontecimentos amplamente mediatizados. Se desde há muito existe quem se dedique a esta problemática, procurando as melhores respostas para estes menores, a verdade é que a falta de meios para actuar e, por inerência, a incapacidade de redefinir e implementar novas estratégias, têm-se imposto como verdadeiros entraves à acção.

Ao nível dos equipamentos, existe uma grande dificuldade em integrar, no concelho, crianças com mais de doze anos, quando até é frequente aparecerem, nestas idades, casos de jovens grávidas, ou casos como tentativas de suicídio, entre outros.

Não existe, nem um número de técnicos suficiente no terreno para todas as intervenções necessárias, nem uma variedade de técnicos (nomeadamente educadores sociais) para a constituição de equipas multidisciplinares: por um lado, para a concretização de equipas de rua, conhecedoras da comunidade e capazes de detectar disfunções familiares e intervir precocemente, de forma a prevenir a retirada do menor do seio familiar; por outro, para acompanhar todas as medidas de protecção relativas ao apoio junto dos pais, de uma forma sistemática e eficaz; ou ainda para poderem trabalhar as famílias, preparando-as para receber o menor de volta. Estas equipas multidisciplinares, a funcionar, deveriam possuir mecanismos mais eficazes na articulação com a comunidade e, em simultâneo, conseguir articular a parte social com a área da saúde mental, por forma a proporcionar um apoio integrado à criança e à família.

A prevenção de situações de risco é fundamental para evitar futuros transtornos. Para além deste trabalho, a desenvolver pelos técnicos, há igualmente a necessidade de um maior investimento na criação de espaços para a ocupação de tempos livres, alternativos aos horários

tradicionais, que em grande parte dos casos costumam a adequar-se ao horário laboral dos pais, e mais dificilmente ainda quando estes estão sujeitos a deslocações em transportes públicos.

Por outro lado, o imperativo de olhar a institucionalização do menor como um último recurso levanta a questão dos recursos alternativos, como a necessidade de, por exemplo, sensibilizar e recrutar famílias de acolhimento, numa óptica de transição até que se encontre o recurso definitivo mais conveniente para o menor.

Seria igualmente importante pensar em formas de aplicar passos pedagógicos para a aquisição de competências familiares, através de um trabalho de grupo que se materializasse numa resposta estruturada com componentes práticas, onde nos parece igualmente importante a figura do educador social, inexistente em qualquer das equipas de trabalho referidas neste documento.

Em suma, é consenso generalizado que a prioridade institucional deveria ser no terreno e para o terreno, mas a verdade é que os recursos não são suficientes face às solicitações, salientando-se ainda que muitas das entidades referidas têm um âmbito de actuação distrital.

Qualquer das pistas que aqui se deixaram implica um trabalho contínuo que, perante a possibilidade de ser realizado com base num observatório social e num fórum, na área da infância e juventude, que não esgotasse os técnicos em reuniões teóricas mas que os implicasse com a comunidade, e com os decisores na busca de soluções eficazes, a partir de um consciência realista dos recursos existentes, permitiria, eventualmente, um trabalho mais articulado, eficiente, eficaz, com continuidade e aplicação prática.

## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Necessidade de uma base de dados comum às entidades com responsabilidades específicas nesta área de intervenção (implicando uma revisão à Lei da Protecção de Dados Pessoais n.º67/98 de 26 de Outubro);
- » Inexistência de equipamentos para o acolhimento temporário de crianças com mais de 12 anos (excepto em situações de emergência);
- » Inexistência de estruturas vocacionadas para o apoio/acolhimento temporário de jovens grávidas/mães solteiras;
- » Insuficiência de Centros de Acolhimento Temporário para resposta a todas as solicitações (existe apenas um no concelho e dois em todo o distrito);
- » Necessidade de reforço das equipas multidisciplinares de terreno, ou seja, insuficiência de técnicos para a intervenção social (serviço social, psicologia, educadores sociais, etc.);
- » Efectivação, no terreno, da ideia generalizada de que a institucionalização da criança deve ser encarada como último recurso.

# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora

## Serviços e Equipamentos de Acompanhamento a Menores em Risco

Nome	Valência / Tipo de Intervenção		Grupo-Alvo	N.º de Crianças* (2003)
<b>Associação Chão dos Meninos</b>	Centro de Acolhimento Temporário		Crianças de ambos os sexos, dos 0 aos 12 anos.	7
	Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental	“Em Família para Crescer” – Intervém junto de crianças em situação de risco social e suas famílias	Crianças e jovens de ambos os sexos, entre os 0 e os 18 anos e suas famílias.	32
		“Quebrar do Silêncio” – Intervém nas situações de abuso sexual em crianças e adolescentes		35
<b>Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)</b>	Acompanhamento e encaminhamento de menores no sentido de promover os seus direitos, prevenir e pôr termo a situações que afectem a sua segurança, saúde, formação educação ou desenvolvimento integral		Crianças e jovens, de ambos os sexos, dos 0 aos 18 anos.	73
<b>Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social</b>  <b>(Unidade de Protecção Social e Cidadania)</b>	Sector de Infância e Juventude	Serviço de Apoio às Medidas em Meio Natural de Vida	Crianças e jovens de ambos os sexos, dos 0 aos 18 anos e suas famílias.	253
		Serviço de Amas		60
		Serviço de Colocação Familiar		51
		Serviço de Adopção		3
		Serviço de Acompanhamento de Menores em Instituição		75
	Lar feminino – Casa Pia		Crianças e jovens, do sexo feminino, com problemas familiares, entre os 6 e os 18 anos (embora o acolhimento seja só até aos 12 anos).	37
	Lar masculino – Casa Pia		Crianças e jovens, do sexo masculino, com problemas familiares, entre os 6 e os 18 anos (embora o acolhimento seja só até aos 12 anos).	53

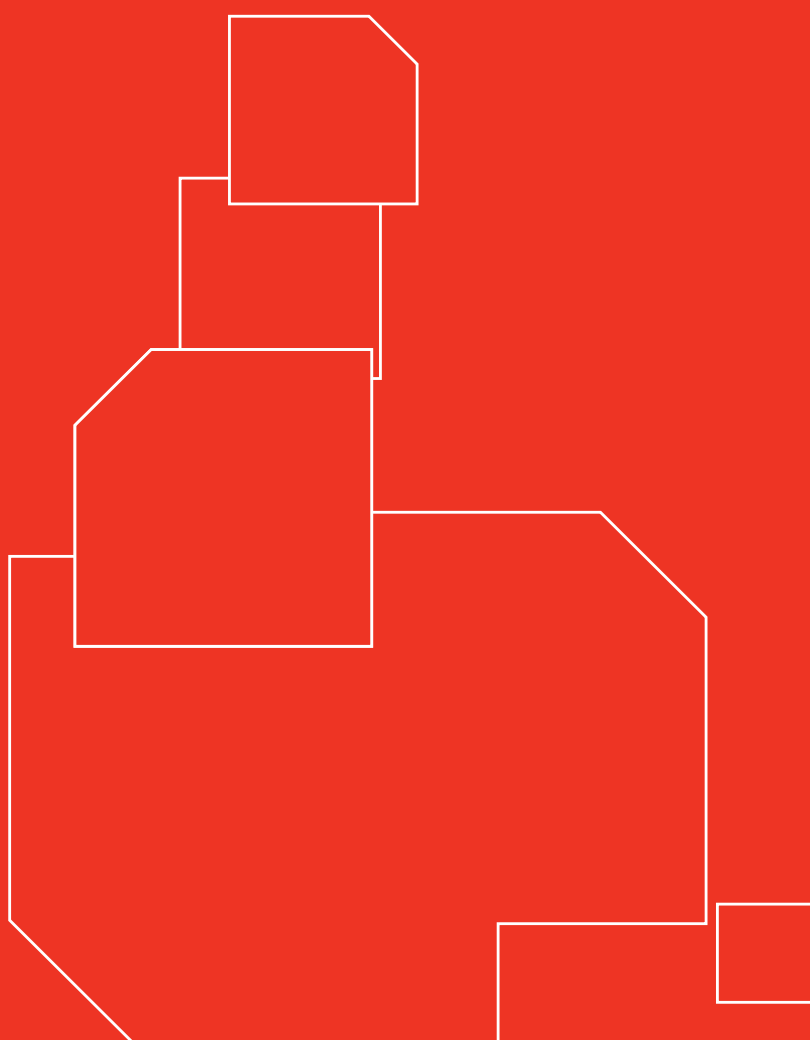
Nome	Valência / Tipo de Intervenção	Grupo-Alvo	N.º de Crianças* (2003)
<b>Hospital do Espírito Santo (HESE)</b>	Consulta de Pediatria para o Acompanhamento de Crianças em Risco	Crianças e jovens de ambos os sexos, dos 0 aos 15 anos.	208
	Núcleo de apoio à Díade Mãe/Filho toxicodependente (em colaboração com o CAT de Évora)	Grávidas/puérperas toxicodependentes e crianças.	14 (+ 14 mães)
<b>Lar de Santa Helena</b>	Lar feminino	Jovens do sexo feminino, entre os 14 e os 18 anos, em situação de risco social.	38
<b>Casa do Sagrado Coração de Jesus</b>	Lar feminino	Crianças do sexo feminino, entre os 3 e os 6 anos, com apoio até aos 14 anos.	16
<b>Equipa de Intervenção Precoce</b>	Intervenção Precoce	Crianças até aos 6 anos, com deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias.	95
<b>Projecto "CAIPIRA"</b>	Intervenção precoce na área do insucesso escolar repetido e abandono escolar	Crianças dos 6 aos 18 anos, famílias e comunidade envolvente.	25
<b>Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil (PEETI)</b>	PIEF – Programa Integrado de Educação e Formação	Crianças em situação de abandono escolar precoce e/ou vítimas de exploração de trabalho infantil.	25
<b>Instituto de Reinserção Social</b>	Apoio técnico aos Tribunais na tomada de decisões no âmbito dos processos penal e tutelar educativo e dos processos tutelares cíveis	Menores entre os 12 e os 16 anos aos quais esteja imputada a prática de acto qualificado pela lei como crime.	10

\* Os valores apresentados não são passíveis de soma, isto porque as crianças sinalizadas e acompanhadas por algumas entidades, encontram-se igualmente sinalizadas por outras, uma vez que o tipo de acompanhamento/apoio é distinto e, presumivelmente, complementar.

Convém igualmente fazer referência ao facto de que os dados são todos relativos ao ano de 2003, no entanto, não se põe de parte a hipótese de não reflectirem totalmente a realidade, essencialmente por dois motivos: por um lado trata-se de um fenómeno em constante evolução e, se houve entidades que já só enviaram os dados quando o balanço de 2003 foi efectuado, outras houve que disponibilizaram a informação logo que solicitada e, conseqüentemente, os seus dados não reflectem todos os casos sinalizados durante 2003, mas apenas até ao período de disponibilização dos dados (nomeadamente 1º semestre de 2003), sendo exemplo disso, a CPCJ, a Intervenção Precoce, o IRS, algumas valências do ISSS e os Lares. O outro motivo prende-se com a proveniência das crianças acompanhadas, ou seja, todas as entidades referidas, acompanham crianças do concelho e de fora deste, no entanto, se o número de crianças indicado pela Associação "Chão dos Meninos", pelo Projecto "CAIPIRA" e pela Segurança Social são unicamente relativos a crianças provenientes do concelho, a mesma distinção não foi possível de obter no caso das outras entidades.

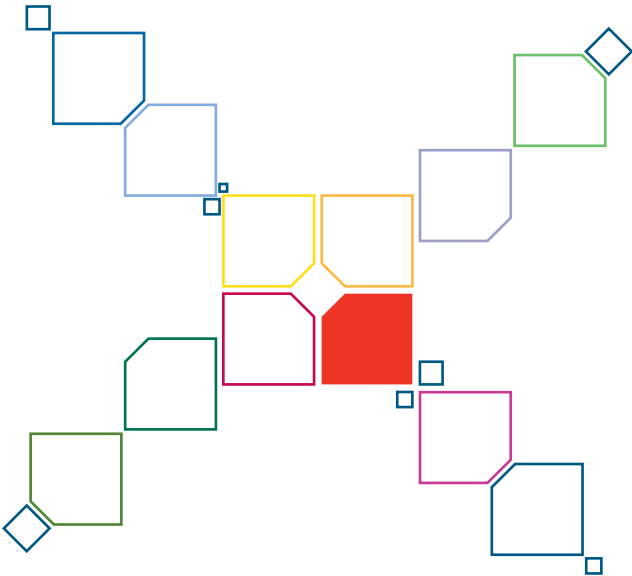


eficiência



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## A Deficiência



**deficiência** representa qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica. Estas perdas ou alterações podem ser temporárias ou permanentes, representando a exteriorização de um estado patológico e, em princípio, reflectem perturbações a nível orgânico (OMS). A deficiência pode reflectir-se numa **incapacidade**, ou seja, na restrição ou falta de capacidade para realizar uma actividade dentro dos limites considerados normais para o ser humano (OMS).

O impacto das deficiências físicas é sobretudo importante nas incapacidades relacionadas com aspectos de mobilidade e autonomia, enquanto as deficiências psíquicas e sensoriais produzem impacto, essencialmente sobre as capacidades relacionadas com o comportamento e a comunicação, isto é, sobre as capacidades com maior relevância no plano da integração social<sup>1</sup>.

A tipologia das deficiências e a variedade dos graus de incapacidade provocadas por estas, tornam a temática da deficiência, num sentido amplo, uma área de intervenção complexa e de difícil abordagem. É neste sentido que surge a necessidade de um aprofundamento desta área, não só ao nível nacional, mas sobretudo em microterritórios, no caso em concreto deste documento reportando-se ao concelho de Évora.

<sup>1</sup> Secretariado Nacional de Reabilitação (1996): *Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens – Resultados Globais*; Lisboa: SNR.

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

Assim, este diagnóstico pretende apresentar uma breve caracterização estatística da população deficiente residente no concelho de Évora, destacando-se, numa segunda fase, uma análise das respostas existentes no concelho, numa perspectiva institucional. Por fim, apresentam-se dois aspectos problemáticos relacionados com esta área de intervenção, referentes ao seu público-alvo: emprego e mobilidade.

### Caracterização estatística da população deficiente, residente no concelho de Évora, por tipo de deficiência e grau de incapacidade

De acordo com o Censo de 2001, residem no concelho de Évora 3 332 indivíduos com deficiência:

Quadro n.º 14 | População residente, segundo o tipo de deficiência e sexo

Grupo Etário	TIPO DE DEFICIÊNCIA											
	Auditiva		Visual		Motora		Mental		Paralisia Cerebral		Outra Def.	
	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
0-14	20	7	48	23	17	8	21	8	11	5	29	15
15-64	207	110	689	334	335	200	215	125	27	15	436	227
65 ou +	305	115	320	129	365	144	56	22	7	5	224	113
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>232</b>	<b>1057</b>	<b>486</b>	<b>717</b>	<b>352</b>	<b>292</b>	<b>155</b>	<b>45</b>	<b>25</b>	<b>689</b>	<b>355</b>

Fonte: INE · Censo 2001

Tal como é possível visualizar através do quadro, a **deficiência visual** é a que toma maiores proporções no concelho, especialmente no grupo etário da população activa, da mesma forma que se destaca por ser o tipo de deficiência que afecta mais crianças e jovens. Em seguida ganha destaque a **deficiência motora**, que afecta quase o mesmo número de activos que de população idosa, o que, em termos proporcionais, se tivermos em conta que temos muito mais activos (30 392) no concelho do que idosos (7 714) - dados referidos na caracterização geodemográfica do concelho de Évora, pp. 4 -, se torna um problema bem mais visível na terceira idade do que no grupo dos activos.

Através deste quadro podemos constatar que a maior parte dos indivíduos com deficiência não tem grau de incapacidade atribuído. No entanto, em qualquer uma das deficiências, à excepção da paralisia cerebral, cujo grau de incapacidade referido mais vezes é superior a 80%, o maior número de casos situa-se entre os **60% e os 80%** de incapacidade.

**Quadro n.º 15** | População residente, segundo o tipo de deficiência, grau de incapacidade atribuído e sexo

	TIPO DE DEFICIÊNCIA											
	Auditiva		Visual		Motora		Mental		Paralisia Cerebral		Outra Def.	
	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
Sem grau atribuído	397	174	845	379	350	150	113	55	13	7	312	162
Inferior a 30%	25	10	40	19	61	36	24	14	5	3	62	40
De 30 a 59%	41	19	60	32	79	44	41	24	2	-	62	35
De 60 a 80%	43	21	61	27	138	72	64	34	9	6	184	82
Superior a 80%	26	8	51	29	89	50	50	28	16	9	69	36
Total	532	232	1057	486	717	352	292	155	45	25	689	355

Fonte: Censo 2001, Instituto Nacional de Estatística · Portugal

O grande problema que se coloca com a apresentação destes dados advém da inexistência, nos dados dos Censos, de uma definição para o que se entende por cada uma destas deficiências, facto agravado, na opinião de alguns técnicos desta área de intervenção, pela falta de sensibilização para estas questões, por parte de quem elabora os inquéritos.

Assim, podemos questionar-nos, por exemplo, sobre o que nestas tabelas é deficiência visual: terá sido considerada unicamente a cegueira? Terão sido contabilizados os casos de distrofias retinianas que retiram nove décimos da visão normal? Ou, juntamente com estes diagnósticos, todos os indivíduos com falta de vista e necessidade de recurso a óculos foram considerados deficientes visuais? Da mesma forma, podemos questionar-nos se as mulheres mastectomizadas ou portadores de outras patologias oncológicas e os hemodializados foram considerados portadores de deficiência, já que a muitos deles são atribuídos elevados graus de incapacidade. E, uma vez considerados deficientes, em que categoria estão integrados?

Esta imprecisão impede-nos de fazer uma reflexão mais aprofundada destes valores e deixa-nos de facto uma pista: a necessidade de, em conjunto com as associações de deficientes e para deficientes, realizar um estudo que, tendo por base conceitos consensualmente definidos, seja capaz de identificar as tipologias da deficiência que afectam os deficientes do concelho de Évora, bem como as suas principais dificuldades e necessidades.

### Respostas sociais para a população deficiente no concelho de Évora

As associações para deficientes constituem um apoio fundamental, quer para esta população em particular, quer para as famílias destes indivíduos.

No concelho de Évora existem 10 associações que prestam apoio nesta área, embora com públicos alvo distintos e modos de actuação diversos:

- » A *Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental* – **APPACDM**, tem como grupo-alvo pessoas com deficiência mental, motora, multideficiência, insucesso escolar, dificuldades de aprendizagem ou problemas sociais;
- » A *Cooperativa para a Educação, Reabilitação e Inserção de Cidadãos Inadaptados de Évora* – **CERCIDIANA**, intervém junto de crianças com deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento e respectivas famílias; jovens e adultos com mais de 16 anos com deficiência mental profunda ou com grandes limitações ao nível da autonomia, sem possibilidade de integrar projectos de inserção pelo trabalho; pessoas com deficiência sem suporte familiar minimamente adequado ao seu bem estar físico e emocional; crianças com necessidades educativas especiais, associadas a condições individuais de deficiência.
- » A *Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral* – **APPC**, está vocacionada para o apoio a crianças com paralisia cerebral ou outras perturbações neuromotoras que causem alterações ao nível do seu desenvolvimento, crianças deficientes profundas que não são integradas em escolas públicas e outras crianças sem deficiência;
- » A *Associação de Reabilitação Apoio e Solidariedade Social* – **ARASS**, trabalha na área da deficiência mental profunda;
- » A *Associação Sócio-Cultural e Terapêutica de Évora* – **ASCTE** desenvolve a sua actividade em prol da pessoa portadora de deficiência mental e mental-motora;
- » A *Associação de Surdos* procura promover a inclusão social e evitar o isolamento da pessoa surda.

A *Associação de Deficientes das Forças Armadas*; a *Associação Pós-Polio de Portugal*, a **CEPMEL** e a **APD** (sediada fora do concelho), foram também identificadas, mas não foi possível proceder à sua caracterização, por motivos de ordem vária.

De referir ainda que a *Liga dos Combatentes*, embora tenha respondido ao inquérito, não possui de momento valências que se enquadrem nas tipologias existentes. Presta assistência de enfermagem uma vez por semana. Actualmente usufruem deste tipo de assistência entre 50 a 70 utentes.

Todas elas foram inquiridas acerca das suas actividades, público-alvo, parcerias desenvolvidas e principais necessidades que as afectam. Faz-se notar que não existe qualquer instituição/ associação orientada para apoio/acompanhamento da população invisual ou amblíope.

As respostas das associações acima referidas permitiram a elaboração dos seguintes quadros síntese, relativos ao número de utentes do concelho por valência, de acordo com cada associação; e das principais necessidades sentidas pelas mesmas:

**Quadro n.º 16** | Distribuição de utentes das associações de deficientes, residentes no concelho, por valência (tipo de apoio prestado) e por associação

	APPACDM	APPC	ARASS	ASCTE	Associação Surdos	CERCI-DIANA
Centro de Actividades Ocupacionais	21+2 <sup>2</sup>		19	37		32
Formação e Emprego	17+4 <sup>3</sup>					40
Intervenção Precoce		14				55
Reabilitação e Integração Social		19				
Sector Sócio-Educativo	14	35+15+2 <sup>4</sup>		10		21
Unidade Residencial	14		16	29		11
Convívio					X	
<b>Total de utentes</b>	<b>72</b>	<b>85</b>	<b>35</b>	<b>76</b>	<b>-</b>	<b>159</b>

Quanto à questão das necessidades sentidas pelas associações, as mesmas reportam-se essencialmente à falta de recursos financeiros, causa/efeito de que decorrem as restantes necessidades.

O rol de necessidades referido pelas associações divide-se em sete grandes áreas: infra-estruturas/instalações, recursos humanos, ajudas técnicas, equipamento material, apoio financeiro, transportes e parcerias, com destaque para a questão das infra-estruturas/instalações, recursos humanos e transportes.

<sup>2</sup> A APPACDM tem 2 utentes do concelho em CAO Estritamente Ocupacional e 21 em CAO Socialmente Útil.

<sup>3</sup> Os 17 utentes referidos frequentam a valência de Formação Profissional e os outros 4 fazem parte da Empresa de Inserção.

<sup>4</sup> Relativamente à área sócio-educativa, a APPC tem 2 crianças do concelho em Escola de Ensino Especial, 15 crianças em Creche e 35 em Jardim de Infância.

**Quadro n.º 17** | Principais necessidades referidas pelas associações de deficientes do concelho de Évora

	APPACDM	APPC	ARASS	ASCTE	Associação Surdos	CERCI-DIANA	Liga dos Combatentes
Instalações / Infraestruturas	X				X	X	X
Recursos Humanos	X	X	X	X			
Ajudas Técnicas	X						
Equipamento Material	X	X			X		
Apoio Financeiro		X					
Transportes	X	X			X	X	
Parcerias		X					X

A falta de condições nas infra-estruturas de que dispõem, ou mesmo a inexistência de um espaço físico para dar o tipo de resposta que consideram necessária para o seu público alvo, é uma das questões que mais parecem preocupar as associações do concelho.

A falta de transportes colectivos próprios adaptados e a necessidade de adaptar transportes públicos foi igualmente apontada como um dos elementos mais condicionantes da actividade das associações. Sem estes transportes, não é possível planear actividades fora das próprias associações onde possam participar todos os utentes, ou tão simplesmente, transportar utentes para poderem usufruir das valências. Quando os transportes existem, mas não estão adaptados às limitações de mobilidade dos utentes, o problema é igualmente grave.

A dificuldade ao nível dos recursos humanos já implica uma maior diversidade de situações, desde auxiliares para questões de alimentação e higiene dos utentes aos técnicos, apoio informático, auxiliares de acção educativa ou auxiliares de serviços gerais.

Importa ainda referir que, para além dos auxiliares e técnicos, também se verifica a necessidade de promover formação específica para os funcionários que desenvolvem a sua actividade junto desta população.

Impõe-se realçar que estas necessidades são maioritariamente de natureza económica.

## Mobilidade e Emprego: entraves à integração plena da pessoa portadora de deficiência

Independentemente das imprecisões que possam estar inerentes aos conceitos que dão origem aos quadros estatísticos caracterizadores da população residente deficiente, no concelho de Évora o Censo 2001 é, ainda assim, a única fonte que nos pode dar uma visão mais aproximada da realidade, de acordo com determinados parâmetros.

A questão da **mobilidade**, bem como o **emprego/desemprego**, são duas problemáticas bastante debatidas quando o tema central é a deficiência, tal como atrás referimos.

Existe, de facto, uma série de outras áreas problemáticas ao nível da deficiência. A opção de abordar de forma mais aprofundada, neste documento, as duas categorias acima referidas, prende-se com o facto de, por um lado, estarem amplamente referidas nas questões que **preocupam as associações para deficientes do concelho de Évora**, e por outro, com as **características específicas do concelho**:

- » *Poucas empresas ou indústrias sensibilizadas para a integração de pessoas portadoras de deficiência e, inclusivamente, um tecido empresarial caracterizado pela existência de poucas indústrias de produção de bens, onde as tarefas e competências exigidas possam ser adquiridas por esta população, e pela existência de bastantes empresas familiares (de dimensões reduzidas) e de serviços;*
- » *Uma rede de transportes claramente insuficiente e inadaptada a pessoas de mobilidade reduzida;*
- » *Barreiras arquitectónicas e urbanísticas típicas de uma cidade Património da Humanidade, em especial no Centro Histórico, onde estão localizados os principais equipamentos, serviços e estabelecimentos comerciais.*

Reforçando o atrás referido no que respeita à mobilidade, existem vários aspectos a considerar: por um lado, a questão dos **transportes**, já que, uma vez auscultadas as necessidades das associações do concelho, todas são unânimes em apontar a falta de transportes próprios adaptados às deficiências dos utentes e a falta de transportes públicos adaptados, o que dificulta a dinamização das suas actividades; por outro lado, a questão das **barreiras arquitectónicas e urbanísticas** existentes, não apenas no espaço público, mas no acesso aos serviços e equipamentos de toda a natureza, ao comércio, às habitações e aos próprios locais de trabalho (quando existem).

As construções antigas não são facilmente adaptáveis, e a necessidade de acautelar as transformações no edifício (preservação e salvaguarda do património) condiciona igualmente as intervenções desejáveis.

Nos espaços públicos, a mobilidade é dificultada pela existência de declives acentuados, de desníveis e escadas, e ainda pelos revestimentos tradicionais em calçada, muitas vezes irregulares.

Da mesma forma, também as acessibilidades aos principais monumentos e equipamentos culturais da cidade devem igualmente ser alvo de uma acrescida preocupação.

Mas não é só o Centro Histórico de Évora que necessita de ser adaptado à legislação em vigor (Decreto-Lei 123/97) e aos princípios do desenho para todos. Toda a cidade tem carências e necessidade de programas de eliminação das barreiras arquitectónicas e urbanísticas e da definição de percursos pedonais contínuos, para além de espaços públicos de permanência requalificados e acessíveis.

Nesta perspectiva, constituiu-se em 2003 o Grupo Interdisciplinar para uma Cidade Adaptada (GICA), grupo de trabalho que articula diversos serviços municipais e tem uma função proponente, elaborando propostas de intervenção que serão desenvolvidas e executadas pelos diversos serviços da autarquia.

O trabalho efectuado pelo GICA durante o ano de 2003 foi dirigido sobretudo para o diagnóstico, a resolução das situações mais urgentes e dos conflitos mais prementes. Foram efectuados levantamentos em espaços públicos e edifícios municipais, acompanhados de algumas intervenções em curso, e definidas prioridades de actuação com vista a uma estratégia de longo prazo.

Em termos de intervenções imediatas, seleccionou-se um conjunto de percursos urbanos centrais a reordenar, permitindo o acesso a equipamentos e serviços importantes no contexto da cidade. A médio/longo prazo serão necessários outros programas e instrumentos de planeamento, em que a acessibilidade tenha um enquadramento global.

Ao nível dos programas e instrumentos existentes, devem realçar-se o Programa Municipal de Apoio à Melhoria das Acessibilidades; a adesão do Município de Évora à Rede Nacional de Cidades e Vilas com Mobilidade para Todos (RNCVMT), que contará com o apoio técnico consultivo externo e intervenções em edifícios municipais.

A curto prazo, o GICA prevê intervir em: percursos urbanos centrais; edifícios municipais; levantamento/inquérito do cumprimento da legislação em equipamentos sociais e edifícios previstos na mesma legislação; e disponibilização de uma página na Intranet. A médio/longo prazo prevê-se a reformulação do plano de mobilidade previsto para a cidade; a revisão do plano municipal; a elaboração de um conjunto de recomendações e respectivo manual; acções de formação e constituição de uma base de dados relativa às barreiras arquitectónicas e urbanísticas da cidade.

Ao nível do **emprego e formação profissional**, as pessoas com deficiência dispõem de um suporte legislativo que se materializa nos programas e medidas de apoio concedidos pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional, designadamente a Medida 5.2 – Promoção da Inserção Social e Profissional das Pessoas com Deficiência, do programa Operacional de Emprego Formação Profissional e Desenvolvimento Social (POEFDS).

Relativamente ao Centro de Emprego de Évora, observa-se que, em 30 de Julho de 2003, estavam registados 16 utentes com deficiência inscritos para emprego (7 homens e 9 mulheres), todos com mais de 25 anos, 7 dos quais desempregados de longa duração.

Ainda relativamente aos programas e medidas de apoio a pessoas portadoras de deficiência no concelho, têm tido maior expressão: **os programas ocupacionais carenciados e subsidiados**; **os programas de orientação profissional** (balanço de competências pessoais e profissionais); **o emprego protegido** (enclaves e centro de emprego protegido); e a **atribuição de ajudas técnicas** que possibilitam às pessoas com deficiência o acesso a meios (dispositivos, produtos, equipamentos ou sistemas) que compensem ou neutralizem as desvantagens decorrentes das suas deficiências, designadamente os indispensáveis à formação profissional e emprego, incluindo o acesso aos transportes. A comparticipação do IEPF é de 100% do custo da ajuda técnica, quando esta for comparticipada pelo sistema/sub-sistema ou seguro de saúde de que é beneficiária a pessoa deficiente.

A questão do emprego e da formação profissional das pessoas portadoras de deficiência também tem vindo a tomar um lugar de destaque na agenda das associações de deficientes. Actualmente, existem três instituições no concelho a desenvolver actividades neste âmbito: a **CERCIDIANA**; a **Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral – APPC**; e a **Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental – APPACDM**.

As associações de deficientes, que começaram por ser encaradas como “depósitos” de crianças portadoras de deficiência, para o seu entretenimento, começam agora a desenvolver uma nova atitude. Reconhecendo as capacidades de muitos dos seus utentes, passaram a sentir a necessidade de incentivar o desenvolvimento destas capacidades e competências. Rapidamente se consegue transportar esta postura para algumas famílias, ficando ainda por satisfazer a necessidade de a transportar para a sociedade em geral.

Com base nesta atitude, a CERCIDIANA, a APPC e a APPACDM têm desenvolvido alguns programas, ao nível da formação profissional, na sua maioria financiados através do programa Constelação – Integração Sócio-Profissional de Pessoas com Deficiência.

A APPACDM dispõe actualmente de 10 cursos de formação. Deste total, 5 são de formação simulada em posto de trabalho (lavandaria, pastelaria, jardinagem, cerâmica e técnico de melaria). Trata-se de formações adaptadas à realidade empresarial, mas que decorrem na instituição, com conteúdos relativamente simples e que se pretendem com a duração apenas necessária a uma adaptação ao contexto da actividade e à aquisição de competências sociais, pessoais e profissionais básicas. Os outros 5 são de formação em posto de trabalho (recepcionista, ajudante de lar, electricista, bate-chapas, pintura auto e ajudante de carpintaria).

Esta associação já dispôs de uma Empresa de Inserção, que funcionava em 7 ciclos mas só se cumpriu o primeiro de dois anos, altura em que se supõe uma integração no mercado de trabalho; por vezes no entanto, os indivíduos não estão efectivamente preparados para dar esse passo.

Actualmente, a APPACDM, efectuou uma candidatura no sentido de formar um Centro de Emprego Protegido (CEP), para a formação e empregabilidade em carpintaria, ajudante de carpintaria e estacionamento, que poderá vir a tornar-se mais viável, visto não impor a rotatividade dos indivíduos.

A APPC iniciou actividades na área da inserção profissional muito recentemente, visto que também só agora começou a ter utentes com idade para receber formação. Trabalha com alguma população de fora do concelho e tem apostado unicamente na formação em posto de trabalho, nas localidades de onde os indivíduos são provenientes, ou onde as famílias residem, procurando que o formador seja, ou o empregador, ou um funcionário da instituição. Os seus utentes são essencialmente indivíduos com deficiências de repercussão nas competências motoras. Trabalha em articulação com as escolas e a principal preocupação é manter, tanto quanto possível, o indivíduo integrado no seu meio social. A própria instituição tem uma funcionária que teve formação em posto de trabalho na associação e, actualmente, já faz parte dos quadros de pessoal. Este é um caso em que as associações podem e devem dar o exemplo de empregabilidade, sem terem, no entanto, a pretensão de tentar absorver todos os formandos, mas usando apenas exemplos de boas práticas, no sentido de “sensibilizar” o mercado de trabalho.

A CERCIDIANA dispõe de 7 formações simuladas em posto de trabalho (encadernação e artes gráficas, restauração, serviços domésticos, marcenaria, agro-pecuária, jardinagem) e 3 formações em posto de trabalho (ajudante de cabeleireira, telefonista/recepcionista, empregado de comércio).

Qualquer uma destas formações tem em atenção três aspectos fundamentais: adaptação às capacidades dos formandos; oportunidades de mercado; e lacunas de produção da área de abrangência das associações.

## Considerações Finais

Questões como as que foram abordadas neste documento de reflexão não são certamente as únicas a merecer destaque e considerações. Estas, no entanto, relativas à mobilidade e ao emprego, são vitais para o acesso a uma vida plena por parte da pessoa portadora de deficiência.

Ao nível das respostas sociais, o concelho de Évora tem contado com o trabalho das suas associações, que se têm preocupado em alargar o tipo de respostas de apoio ao seu público-alvo. Este trabalho torna-se mais visível quando conhecemos o tipo de necessidades que as afectam e o esforço que fazem para as ultrapassar e continuar a prestar serviços de qualidade.

Todos os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos anos convergiram para a existência de um bom suporte legislativo na área da deficiência. Curiosamente, aquilo que as associações têm vindo a constatar é que, perante um suporte legislativo efectivo e capaz de motivar as empresas, não existe uma grande adesão ao mesmo. Apesar de se começar a constatar a contratação de indivíduos portadores de deficiência, em grande parte dos casos as empresas desvinculam-se da legislação e dispensam os incentivos concedidos pela lei, porque se estão igualmente a desvincular das obrigações inerentes a esta. É bem nítido nesta atitude o receio de afectar a produtividade das empresas, contratando indivíduos que, logo à partida, se encontram estigmatizados e “rotulados”.

Surge um outro problema, também significativo, aquando da tentativa de inserção destes indivíduos no mercado de trabalho. Muitos deles têm baixa escolaridade, o que é certamente uma limitação às possibilidades de resposta em termos laborais e de remuneração, factor que é tido em conta, especialmente, pelas famílias com mais idade, que receiam perder a pensão a que sempre têm tido direito.

Há, portanto, a necessidade de um duplo esforço de consciencialização: dos empresários, por um lado, através da aposta numa sensibilização positiva, em que se reconhecem as limitações dos indivíduos, mas, acima de tudo, se louvam as suas capacidades e o seu potencial; e das famílias, por outro lado, passando igualmente pela necessidade de reconhecimento das capacidades dos seus dependentes, nomeadamente quando se trata de conseguir uma outra fonte de rendimento que não os subsídios/pensões.

Mas não cabe unicamente às associações o trabalho em prol da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência. É necessário admitir o progresso das mentalidades face a estas pessoas nas últimas décadas, mas muito falta ainda percorrer para que a igualdade consagrada na Constituição Portuguesa chegue a todos os cidadãos.

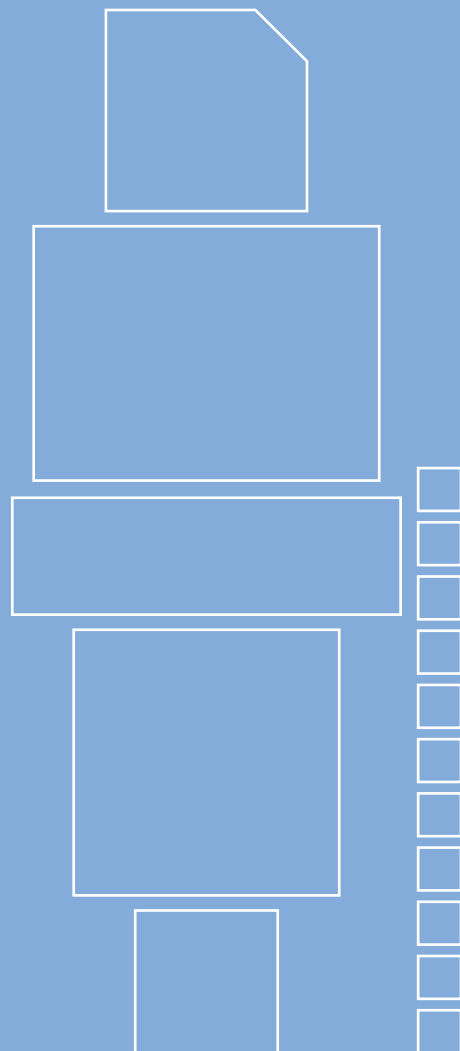
**Apesar de todo o esforço desenvolvido pelas instituições, não deve haver uma desresponsabilização da sociedade, dos organismos ou entidades do estado. Pelo contrário, são necessários contributos, propostas e chamadas de atenção para situações concretas.**

## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Necessidade de criar melhores condições nas infra-estruturas existentes ou criação de novas estruturas;
- » Necessidade de adaptação dos transportes públicos;
- » Necessidade de recursos humanos qualificados;
- » Necessidade de eliminar as barreiras arquitectónicas existentes na cidade;
- » Necessidade de sensibilizar (“agitar”) as entidades empregadoras para a admissão de cidadãos com deficiência, no sentido de uma sociedade sem exclusão aberta a todos.

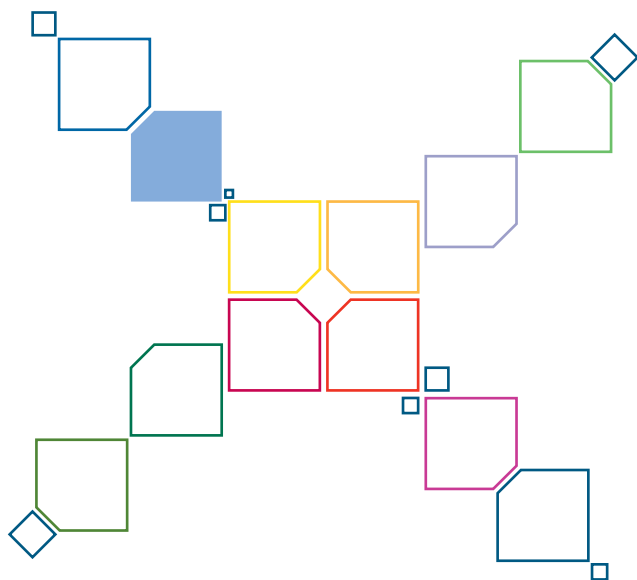
# 3<sup>a</sup> idade





# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## Respostas para a Terceira Idade no Concelho de Évora



sociedade contemporânea está hoje desperta para os problemas que germinam no seu seio, em boa medida devido à visibilidade crescente que esses problemas adquirem através da sua representação mediática. Nunca tanto se ouviu falar de violência doméstica, de prostituição, de delinquência, de toxicodependência e de um rol de outros fenómenos sociais que dificilmente conseguiríamos identificar de forma exaustiva e completa.

Estes problemas, não sendo recentes, assumem contudo novas roupagens e novos contornos. O mesmo se passa relativamente à terceira idade, sendo muito vulgar, na nossa sociedade, imaginar o idoso como uma pessoa só e triste, frequentemente sem o mínimo de recursos para a sua subsistência. A par desta imagem, surge ainda a ideia de que, há alguns anos atrás, o idoso não era alvo de discriminação e de abandono, pois estava inserido numa família que se pressupunha ser uma instituição forte, estável e coesa.

O período da velhice pode, e deve, contudo, ser encarado de uma forma positiva, como uma oportunidade para desenvolver novas actividades ou antigos interesses que o excesso de trabalho não permitira desenvolver. Mas também aqui surgem barreiras que advêm essencialmente das limitações económicas, a que não são estranhas as baixas reformas geralmente atribuídas.

Os equipamentos de apoio social são, neste sentido, essenciais a toda a população, materializando-se muitas vezes como única resposta capaz de ir de encontro às necessidades de grupos mais desfavorecidos, onde existem inúmeros casos de indivíduos que não dispõem de uma rede primária (família) a que possam recorrer, quer seja porque esta não existe, porque não está

disponível para atender determinado tipo de situações, ou porque não dispõe das condições necessárias para satisfazer plenamente as necessidades de um ser humano, enquanto indivíduo social.

A importância deste tipo de respostas para a terceira idade, a par de todas as iniciativas que assumem o idoso como um cidadão de pleno direito e um ser socialmente útil, revelam-se de particular destaque numa altura em os avanços médico-científicos permitem prolongar a esperança de vida. Discute-se portanto, actualmente, a qualidade com que cada indivíduo pode gozar a sua vida, essencialmente depois de quebrar as rotinas quotidianas adquiridas na vida activa, e as redes de apoio com que pode contar na altura em que a dependência se começa a acentuar.

Centros de Dia, Centros de Convívio, Lares de Idosos, Serviços de Apoio Domiciliário, Serviços de Apoio Domiciliário Integrado e Centros de Acolhimento Temporário para Idosos – CATEI, são as respostas típicas de apoio à terceira idade que existem no concelho de Évora.

O desenvolvimento quantitativo e qualitativo destas valências assume uma importância vital em concelhos que, à imagem do que acontece em Évora, apresentam elevados níveis de envelhecimento.

O aumento significativo da população idosa (26%, entre 1991 e 2001) implica a **necessidade de ampliar as respostas**, não só para que possam **acompanhar o ritmo de crescimento desta população em termos de infra-estruturas de apoio**, mas porque a **realidade actual do concelho, em termos de equipamentos, não corresponde à procura**.

De acordo com a Carta Social – Redes de Equipamentos e Serviços: Relatório 2001 (DEPP-MSST), o concelho de Évora encontra-se entre os melhor equipados do país. Apenas 6,1% dos concelhos têm mais de 50 valências a dar resposta nesta área. Évora faz parte deste grupo, com 66 valências de apoio à população idosa. Embora esta possa à partida parecer uma situação confortável, na realidade mesmo esta quantidade de equipamentos está longe de ir ao encontro das reais necessidades da população do concelho, muito envelhecida e com grandes dependências.

### Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade no Concelho de Évora

A resposta social **Lar de Idosos** corresponde a *estabelecimentos onde sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes*. (Despacho Normativo n.º 12/98, de 05 de Março).

Existem, ao todo, na área do concelho, **21 Lares de Idosos**<sup>1</sup>. Deste conjunto, **8 Lares** fazem parte da **rede lucrativa** e **13 da rede solidária** (12 estão integrados em IPSS e 1 em entidades oficiais).

Destas 21 valências, 11 apresentam uma taxa de ocupação de 100%, praticamente todos eles com **extensas listas de espera**, à excepção dos Lares de entidades lucrativas, onde nem sequer se aceitam inscrições para lista de espera; 4 apresentam uma taxa de utilização superior aos 100%, ou seja, encontram-se sobrelotados e têm mais utentes do que a sua real capacidade; dos restantes 6, que no momento do levantamento dos dados não se encontravam lotados nem sobrelotados, 4 tinham apenas uma vaga (o que corresponde, na maior parte dos casos, a uma taxa de utilização superior aos 90%) que, de resto, foi quase sempre apontada como uma situação passageira, uma vez que no período do Verão tendem a vagar lugares por falecimento dos utentes, mas que rapidamente são preenchidos; 1 tinha dois lugares vagos (e uma taxa de utilização de 88,9%); e, por fim, 1 tinha 5 lugares vagos, o correspondente a uma taxa de utilização de 58,3%.

Em termos globais, o concelho dispõe de uma **capacidade**, em Lares, para **545 utentes**. Quando se compara com o número de utentes que efectivamente **frequentam** o serviço de Lar, ou seja, **550 utentes**, facilmente nos apercebemos de que a oferta não é suficiente para cobrir a procura, ainda mais se tivermos em conta a dimensão aproximada das listas de espera para Lar que, no total do concelho, ronda os 2189 pedidos.

#### Quadro n.º 18 |

Número de valências, capacidade, número de utentes e lista de espera para Lar de Idosos, no concelho de Évora

N.º de Valências	21
Capacidade	545
N.º de Utentes	550
<b>Lista de Espera<sup>2</sup></b>	<b>2310</b>

<sup>1</sup> Dados recolhidos no fim do primeiro semestre de 2003.

<sup>2</sup> Este valor diz respeito unicamente aos equipamentos da rede solidária, uma vez que na rede lucrativa não é comum o procedimento de aceitar lista de espera.

Deve-se acrescentar que durante o levantamento dos dados, em algumas freguesias rurais, os responsáveis pelos equipamentos referiram não haver lista de espera formal, por se tratar de meios pequenos, em que a informação circula oralmente. Contudo, a solicitação é superior à capacidade de resposta dos equipamentos, o que nos permite concluir que estes valores podem ser ainda mais elevados.

Ao mesmo tempo, a questão das listas de espera levanta-se noutro sentido: os motivos de inscrição em lista de espera (degradação habitacional; dependência; solidão ou antecipação à necessidade real de institucionalização) levam a que haja casos mais prementes que outros.

É igualmente fundamental referir que este valor, para além dos motivos já apresentados, deve sempre ser analisado com alguma relatividade, tendo em conta que o mesmo utente pode estar inscrito em mais do que uma instituição.

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

No que respeita à distribuição espacial destas valências, é bem visível o desequilíbrio entre a zona urbana e a zona rural. No conjunto das 19 freguesias do concelho, 12 estão equipadas com a valência de Lar de Idosos. Das 7 freguesias urbanas, 5 contam com esta valência: Horta das Figueiras (3); N. Sra. da Saúde (6); Malagueira (2); Sé e São Pedro (2); e S. Mamede (1). Logo, só o conjunto destas 5 freguesias urbanas reúne 66,7% do total destas valências.

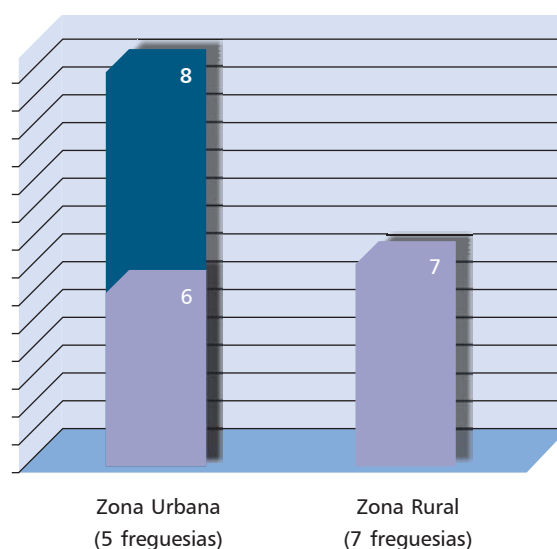
Destas 14 valências em área urbana, 8 (57,1%) são da rede lucrativa (ou seja, todos os equipamentos com valência de Lar da rede lucrativa estão concentrados na zona urbana) e as restantes 6 da rede solidária. **Curiosamente, a freguesia melhor equipada, N. Sra. da Saúde, com 6 Lares de Idosos, dispõe unicamente de 1 equipamento da rede solidária, sendo os restantes 5 equipamentos da rede lucrativa.**

Por fim, das 12 freguesias rurais apenas 7 dispõem de Lar de Idosos, sendo que a cada freguesia corresponde unicamente uma valência, ao contrário do que se passa na zona urbana.

Apesar de o número de freguesias rurais (12) ser muito superior ao das urbanas (7), em termos de população as freguesias urbanas têm muito mais habitantes e, consequentemente, mais população idosa que a zona rural.

**Gráfico n.º 1 |**  
Número de freguesias  
equipadas com Lares de Idosos  
no concelho de Évora  
e número de valências por zona,  
segundo a sua natureza jurídica

■ N.º de Lares · Rede Lucrativa  
■ N.º de Lares · Rede Solidária



De acordo com o último recenseamento, as freguesias rurais tinham 2 699 indivíduos com 65 e mais anos e as freguesias urbanas 7 714. Assim, para uma população idosa composta por 10 413 indivíduos, o concelho dispõe apenas de 545 lugares em Lar. Obviamente que o número de pessoas que necessitam efectivamente deste tipo de serviço é muito inferior, mas ainda assim, constata-se uma grande carência, quer pelas taxas de utilização, quer pelo número altamente significativo das listas de espera, anteriormente referidos.

O **Centro de Dia** é uma *resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar*.

O concelho de Évora dispõe de **19 Centros de Dia**<sup>3</sup>, todos da rede solidária, com uma **capacidade total para 495 utentes**, e dá **resposta efectiva a 399** e, à semelhança da valência de Lar, também aqui existem listas de espera.

Dos 19 Centros de Dia, 7 têm uma taxa de ocupação de 100%, ou seja, estão lotados; 2 encontram-se sobrelotados, ou seja, dão resposta a um número de utentes superior à sua real capacidade; os 10 restantes têm vagas.

À data da recolha dos dados, o número de vagas (87) era bem superior ao número da lista de espera (42). Este facto deve ser explicado à luz da proximidade entre as valências e a residência dos utentes. Quer isto dizer que, se no que respeita à valência de Lar, por exemplo, a proximidade com a residência do utente, embora seja importante, para que este não se sinta desintegrado e continue a manter algumas relações de proximidade com o meio e com a comunidade em que sempre viveu, muitas vezes não é um facto tomado em consideração aquando da institucionalização do idoso, uma vez que o Lar é um substituto da residência, no caso do Centro de Dia já requer que seja tido em conta. Isto até porque, como se refere na própria definição, o Centro de Dia procura contribuir para a manutenção do idoso no seu meio sócio-familiar e, como as deslocações são diárias, a proximidade à residência é sempre um factor de peso aquando da inscrição.

**Quadro n.º 19 |**  
Número de valências, capacidade,  
número de utentes e lista de espera  
para Centro de Dia, no concelho de Évora

N.º de Valências	19
Capacidade	495
N.º de Utentes	399
<b>Lista de Espera</b>	<b>61</b>

Por outro lado, é possível verificar uma má distribuição geográfica dos recursos, quando por exemplo se verifica que alguns Centros de Dia estão lotados, outros tem uma taxa de ocupação de 100% e os restantes tem vagas disponíveis.

Estas **19 respostas** sociais encontram-se divididas por **16 freguesias**: 4 freguesias da zona urbana e 12 freguesias rurais. Quer isto dizer que, em termos de Centro de Dia e relativamente

<sup>3</sup> Dados recolhidos no fim do primeiro semestre de 2003.

à valência de Lar, há um número superior de freguesias equipadas: menos 1 em zona urbana, mas mais 5 em zona rural.

Em grande parte das freguesias rurais onde não há Lar de Idosos existe lista de espera para o Centro de Dia, que, de certa forma, vai funcionando como uma resposta alternativa, fundamentalmente devido à proximidade da residência do utente. Da mesma forma é reconhecido que a lista de espera para Lar de Idosos de alguns equipamentos sociais é composta também por uma grande parte dos idosos que se encontram a frequentar o Centro de Dia do mesmo equipamento.

O **Serviço de Apoio Domiciliário** é uma resposta social que *consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias, quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária* (Despacho Normativo n.º 62/99, de 12 de Novembro).

O Serviço de Apoio Domiciliário tem vindo a revelar-se, nos últimos anos, uma resposta prioritária e alternativa às respostas mais tradicionais, como os Lares.

Em 2003, o Concelho de Évora dispunha de **18 valências**<sup>4</sup>, que, no seu conjunto, tem uma **capacidade para 672 utentes** (superior à de qualquer outra valência de apoio à população idosa) e **dão assistência efectiva a 688 utentes**.

À semelhança das valências analisadas anteriormente, alguns equipamentos não conseguem dar resposta às solicitações para esta valência. Como tal, acabam por se verificar situações de sobrelotação e listas de espera.

Das 18 valências, 5 estão lotadas, 6 dão respostas a mais utentes do que a sua real capacidade e, das restantes, 6 que ainda têm vagas estão todas a funcionar com taxas de utilização superiores aos 50%.

Assim, à data da recolha dos dados havia ao todo no concelho 43 vagas para

<sup>4</sup> Dados recolhidos no fim do primeiro semestre de 2003.

### Quadro n.º 20 |

Número de valências, capacidade, número de utentes e lista de espera para Serviço de Apoio Domiciliário, no concelho de Évora

N.º de Valências	18
Capacidade	672
N.º de Utentes	688
Lista de Espera	90

Apoio Domiciliário, 688 utentes apoiados para lá da capacidade das valências e, aproximadamente, 90 pedidos em lista de espera.

No que respeita à distribuição geográfica destas 18 valências, 12 estão sediadas em freguesias rurais e 6 em freguesias urbanas. Convém assim destacar que **11 freguesias rurais estão equipadas** com, pelo menos, uma resposta de Apoio Domiciliário, sendo que uma delas dispõe de duas respostas nesta área; e, **em zona urbana, há 4 freguesias equipadas** com esta valência, sendo que também uma delas dispõe de duas respostas de Apoio Domiciliário, pelo que a cobertura geográfica destes equipamentos é quase total. Só N. Sra. da Tourega não dispõe desta valência no conjunto das freguesias rurais, assim como não dispõem N. Sra. da Saúde, S. Mamede e Sto. Antão, no conjunto das freguesias urbanas. O que não quer dizer que não estejam servidas por este serviço, ainda que prestado por entidades cujos equipamentos possam estar sediados noutras freguesias mas cuja abrangência do apoio não se confina à própria freguesia.

**É igualmente importante referir que as instituições a prestarem Serviço Domiciliário na zona urbana, não apoiam zonas geográficas bem definidas, ou seja, cada instituição tem utentes residentes em várias freguesias. Este aspecto revela alguma descoordenação na actuação destas entidades, o que, inevitavelmente, não rentabiliza da melhor forma os recursos e os meios ao seu dispor.**

*O serviço de Apoio Domiciliário Integrado é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias, quando, por motivos de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente, ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária.*

Este serviço caracteriza-se por se concretizar através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, cujo planeamento e avaliação cabe a uma equipa de cuidados integrados. Esta resposta funciona a cargo das IPSS e dos Centros de Saúde, em conjunto.

O Serviço de Apoio Domiciliário Integrado pretende assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos no seu domicílio, de modo a contribuir para o seu bem estar; e colaborar na prestação de cuidados de saúde. Para além destes serviços, assegura ainda o transporte e distribuição de refeições; prestação de cuidados de saúde, de higiene pessoal e de conforto; tratamento de roupas; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; colaboração na prestação de cuidados de saúde; acompanhamento ao exterior; animação e aquisição de bens no exterior.

No concelho de Évora, para além do Apoio Domiciliário tradicional, algumas instituições desenvolvem a valência de Apoio Domiciliário Integrado.

Em termos gerais, o concelho conta com **7 valências** de Apoio Domiciliário Integrado, sendo que **1 delas é privada**. No total, têm **capacidade de resposta para 67 utentes** e **dão assistência a 67 utentes**, tendo sido referida por algumas entidades a necessidade de aumentar a capacidade de resposta.

De referir que esta resposta resulta de acordos estabelecidos com o Centro de Saúde de Évora / Sub-Região de Saúde de Évora, várias IPSS do concelho e o Centro Regional de Solidariedade e Segurança Social de Évora.

### Quadro n.º 21 |

Número de valências, capacidade e número de utentes para Apoio Domiciliário Integrado, no concelho de Évora

N.º de Valências	7
Capacidade	67
N.º de Utentes	67

Os acordos poderão ser alterados, desde que as partes interessadas assim o requeiram, e, portanto são passíveis de ajustes conforme as necessidades.

Os **Centros de Convívio** são uma *resposta social desenvolvida em equipamento e que apoiam actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação activa dos idosos*.

Esta resposta tem uma grande responsabilidade na vida activa de muitos idosos, que têm aqui uma das possibilidades de se manterem activos após a reforma. Um dos grandes problemas, que leva muitas vezes à degradação do estado de saúde e da sanidade do idoso, é a quebra dos laços sociais e da actividade laboral. Os Centros de Convívio permitem ao idoso uma maior ocupação do seu tempo e contrariam alguma tendência para o isolamento. São, por isso, espaços de sociabilidade que contribuem para a qualidade de vida deste grupo etário, onde se promovem actividades de natureza vária (almoços, lanches, bailes, passeios, torneios de cartas, dominó e, entre muitos outros, convívios intergeracionais).

Em termos globais, o concelho conta com **19 Centros de Convívio**<sup>5</sup>. A análise desta valência não pode seguir de forma idêntica os moldes com os quais, até ao momento, foram analisadas as outras valências de apoio à população idosa. A questão coloca-se dada a natureza dos serviços prestados, que, por não ser de necessidade diária e admitir uma grande rotatividade, não permite uma correcta adequação entre a sua capacidade e o número de utentes que efectivamente os

<sup>5</sup> Dados recolhidos no fim do primeiro semestre de 2003.

utilizam e que, em grande parte dos casos, são também utilizadores de outras respostas para esta área de intervenção.

A **capacidade total destas 19 valências é para 635 utentes**. Claro está que a forma de utilização não nos permite dar um número concreto de utentes, sendo que a maior parte dos responsáveis fez referência ao número de utentes/dia. Assim, em média, os 19 equipamentos **recebem diariamente 632 utentes**. Apenas em meios mais pequenos é possível contabilizar o número efectivo de utentes de um centro de convívio. Já não será o caso, por exemplo, do Centro de Convívio da Câmara Municipal de Évora, que, por ser o mais antigo do concelho e por se encontrar localizado numa das freguesias intramuros, recebe utentes de diversas freguesias. Ainda assim, pode dizer-se que esta resposta social tem uma taxa de utilização bastante elevada. Tanto que muitos destes equipamentos não conseguem dar resposta, em termos de espaço físico, à afluência de idosos que ali se faz sentir em determinadas alturas.

Relativamente à distribuição geográfica, verifica-se que esta é de facto a mais

desequilibrada, relativamente às outras respostas da mesma área de intervenção. Das 19 valências, 12 encontram-se em freguesias urbanas (4 das quais estão sedeadas intramuros) e 7 em freguesias rurais.

A resposta social **Centro de Acolhimento de Emergência para Idosos – CATEI** é desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma estrutura já existente, e consiste no acolhimento temporário de pessoas em situação de emergência social com mais de 18 anos, ou crianças acompanhadas por um progenitor ou tutor, perspectivando-se, mediante a especificidade de cada situação, o encaminhamento dos indivíduos ou para a família ou para outra resposta social de carácter permanente.

Ao nível do concelho, apenas um equipamento social dispõe de CATEI<sup>6</sup>: o Centro Social e Paroquial de São Paulo, no Bairro da Casinha, pertencente à freguesia da Horta das Figueiras.

Este equipamento dispõe igualmente de outras respostas de carácter permanente, como o Centro de Dia, o Lar de Idosos e o Serviço de Apoio Domiciliário.

<sup>6</sup> Dados recolhidos no fim do primeiro semestre de 2003.

#### Quadro n.º 22 |

Número de valências, capacidade e número de utentes para Centro de Convívio, no concelho de Évora

N.º de Valências	15
Capacidade	635
N.º de Utentes	632

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

Na altura da recolha dos dados, das 15 vagas do CATEI 14 encontravam-se ocupadas, o que nos dá a ideia de uma elevada taxa de utilização desta resposta, que, enquanto única no concelho, parece ser insuficiente para atender a todas as situações de emergência social relacionadas com a população em situação de emergência.

### Quadro n.º 23 |

Número de valências, capacidade e número de utentes para CATEI, no concelho de Évora

N.º de Valências	1
Capacidade	15
N.º de Utentes	14

## Respostas Sociais Alternativas de Apoio à Terceira Idade

A um outro nível que não o apoio típico prestado por estas valências, ao nível do concelho, é igualmente importante destacar uma recente iniciativa autárquica: o Cartão Social do Munícipe Idoso.

A Câmara Municipal de Évora, lançou em 2003 o Cartão Social do Munícipe Idoso, como forma de promover a inclusão e o desenvolvimento social, criando e dinamizando respostas assentes no princípio da discriminação positiva dos idosos carenciados do concelho de Évora; evidenciar e consolidar o papel determinante da pessoa idosa enquanto instrumento mobilizador do seu processo de mudança e desenvolvimento; colmatar e minimizar lacunas e desadequações existentes no âmbito das respostas sociais de carácter nacional.

O Cartão Social do Munícipe Idoso dirige-se a munícipes residentes no concelho, que se encontrem em situação de comprovada carência sócio-económica e que sejam pensionistas.

Os beneficiários do cartão podem beneficiar de apoio nas áreas específicas do social, habitação e a saúde.

Na área social, pretende-se contribuir para a qualidade de vida dos beneficiários e seus agregados, através da comparticipação do município na aquisição/utilização de quaisquer bens e serviços de que este seja fornecedor.

Na área da habitação, pretende-se desenvolver respostas complementares a outras medidas/programas, já existentes no concelho, no âmbito da recuperação e adaptação do parque habitacional degradado, onde residem famílias ou indivíduos beneficiários do cartão; minorar ou colmatar más condições habitacionais, com comprovada influência na qualidade de vida, na saúde ou na segurança dos beneficiários do cartão.

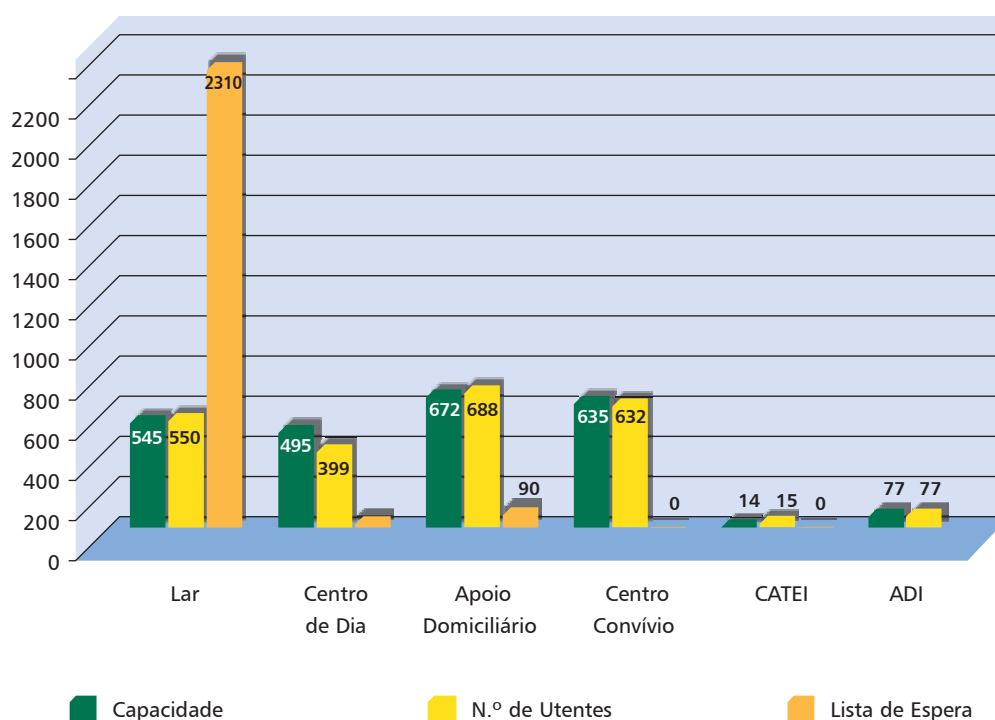
Na área da saúde, pretende-se diminuir a percentagem da despesa com medicamentos no orçamento dos beneficiários do Cartão Social do Múncipe Idoso que apresentem despesas regulares com saúde, consideradas pelo médico competente como indispensáveis para a sua qualidade de vida; minorar ou colmatar barreiras arquitectónicas com comprovada influência na saúde e ou na qualidade de vida, segurança e bem-estar do beneficiário, promovendo a mobilidade e bem-estar do beneficiário na residência.

Os munícipes interessados em usufruir do cartão social dirigem-se à Junta de Freguesia da sua área de residência ou à Divisão Sócio-Educativa da Câmara Municipal de Évora, onde lhes é explicado todo o processo.

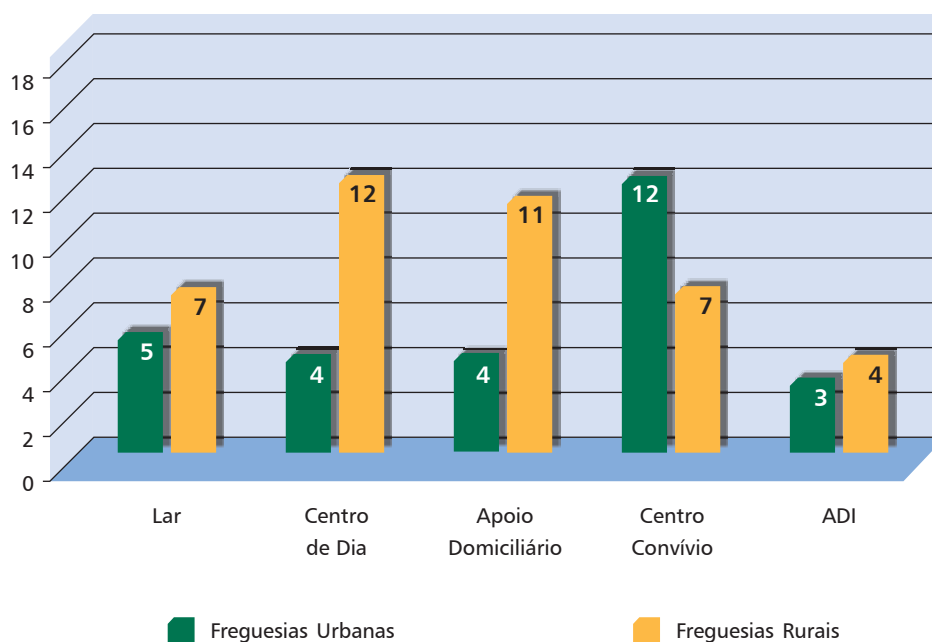
De referir que esta resposta surge em complemento das respostas dadas por outros serviços, nomeadamente o Centro Regional de Solidariedade e Segurança Social (Ajudas Técnicas) e a Cáritas Diocesana de Évora, que presta apoio aos munícipes carenciados ao nível de géneros, medicação, pagamentos, etc.

## Análise Comparativa das Respostas Sociais para a População Idosa

**Gráfico n.º 2** | Comparação das capacidades, n.º de utentes e listas de espera das diferentes respostas sociais



**Gráfico n.º 3** | N.º de Freguesias equipadas com uma ou mais respostas na área de intervenção da 3ª Idade

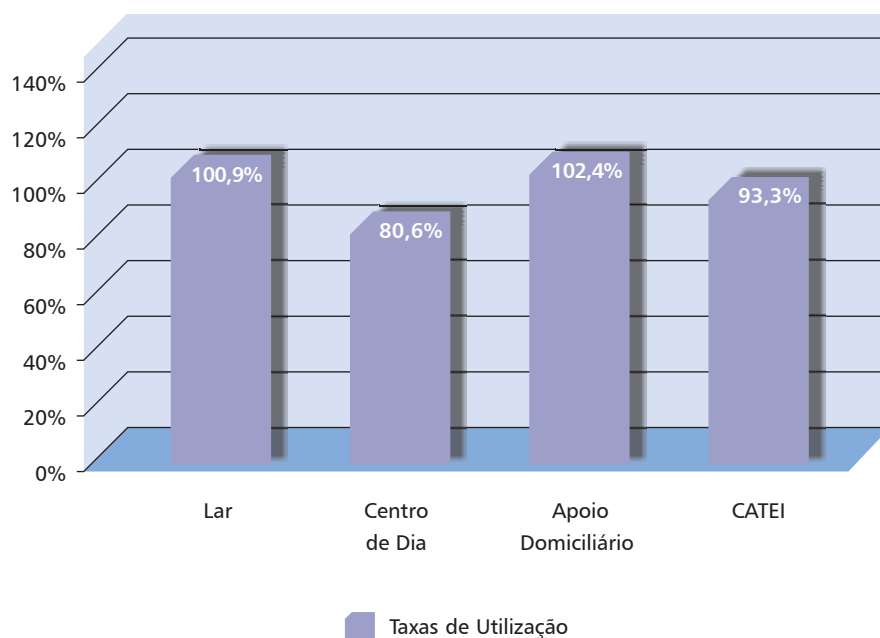


Este gráfico ilustra o número de freguesias, em zona urbana e rural, equipadas com as diferentes respostas para a 3ª idade. Esta leitura deverá ter em conta que o concelho é composto por 19 freguesias, 7 urbanas e 12 rurais. Além disso, dever-se-á ter em conta também o facto de que, relativamente a algumas valências, existem freguesias que dispõem de mais do que uma resposta.

**Quadro n.º 24** | Total de valências por freguesias, em zona urbana e em zona rural

Valência	Freguesias Equipadas	Equipamentos em Zona Urbana	Equipamentos em Zona Rural	Total no Concelho
Lar de Idosos	12	14	7	21
Apoio Domiciliário	15	6	12	18
Apoio Domiciliário Integrado	7	3	4	7
Centro de Dia	16	7	12	19
Centro de Convívio	12	12	7	19
CATEI	1	1	-	1

**Gráfico n.º 4** | Taxas de utilização das respostas sociais



Esta análise não contempla os Centro de Convívio, dadas as suas características específicas e uma vez que os utilizadores desta resposta poderão também beneficiar de outros serviços desta área de intervenção.

Relativamente às outras valências, observamos que a taxa média de utilização em Lar de Idosos e Apoio Domiciliário ultrapassa os 100%, ou seja, em média, estas respostas não têm uma capacidade suficiente para satisfazer todos os pedidos que lhes chegam, e algumas acabam por ficar sobrelotadas. Os Centros de Dia têm uma taxa média de utilização na ordem dos 80,6%, que também é um valor bastante significativo.

### Considerações Finais

A temática/ problemática da Terceira Idade revela ser um campo de estudo tão amplo que não nos foi possível abordar, neste documento, todas as questões que permitiriam uma caracterização completa desta realidade multifacetada.

Os elementos apresentados permitem concluir que o tipo de respostas/recursos existentes no concelho de Évora são ainda os tradicionais, necessitando por isso de alguma inovação, pois o próprio conceito de apoio à Terceira Idade também evoluiu, e o que ontem se considerava adequado hoje está ultrapassado, ou precisa de ser redefinido.

Em termos demográficos, o concelho de Évora está a envelhecer, com um aumento de 26% de população idosa entre 1991 e 2001, o que pressupõe uma preocupação crescente com a ampliação/aumento das mais variadas respostas que possam vir a existir.

Embora o concelho de Évora seja considerado um dos concelhos melhor equipados, a verdade é que o número de equipamentos existentes está longe de ir ao encontro das reais necessidades.

Por outro lado, e em termos de inovação, há que pensar em novas formas de intervenção, tendo como principal objectivo manter o idoso, o maior tempo possível, ligado às suas raízes, às suas origens, à sua família. Para isso, seria importante criar respostas inovadoras, como os Centros de Noite, para idosos independentes, e que por isso não necessitam de institucionalização, mantendo-se durante o dia em suas casas e recorrendo apenas ao centro de Noite para dormir e receber apoio. Uma outra forma de apoio seria o aumento das valências de Apoio Domiciliário e Apoio Domiciliário Integrado.

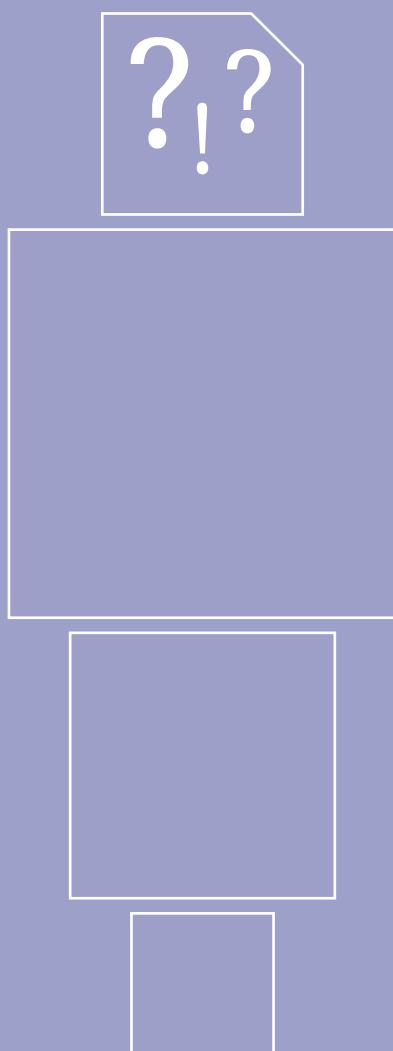
Sobre esta temática/problemática diagnosticou-se, ainda, a necessidade de se criar um espaço, um fórum onde se pudessem abordar todas as questões e dúvidas entre idosos, técnicos e população em geral, de uma forma aberta. Este espaço poderia ser algo como a Universidade para a Terceira Idade, onde os principais actores (idosos/técnicos) pudessem discutir, analisar e produzir conhecimentos e novas formas de intervir sobre a Terceira Idade.

## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Limitações de natureza económica (reformas baixas);
- » Insuficiência das diferentes infra-estruturas de apoio à Terceira Idade e mais práticas (animação sócio-cultural, promoção da mobilidade dos idosos, etc.);
- » Necessidade de criação de uma rede integrada de apoio ou um órgão de apoio à terceira idade, por forma a rentabilizar os equipamentos existentes no concelho, em função da procura;
- » Insuficiência e falta de CATEI;
- » Habitação desadequada às condições físicas;
- » Necessidade de mais vagas na valência de Apoio Domiciliário e, em algumas freguesias, criação da valência;
- » Necessidade de alargamento da valência Apoio Domiciliário Integrado;
- » Necessidade de criação de novos Bancos de Ajudas Técnicas;
- » Necessidade de criação de uma Universidade para a Terceira Idade, onde se debatam as problemáticas a ela adjacentes.

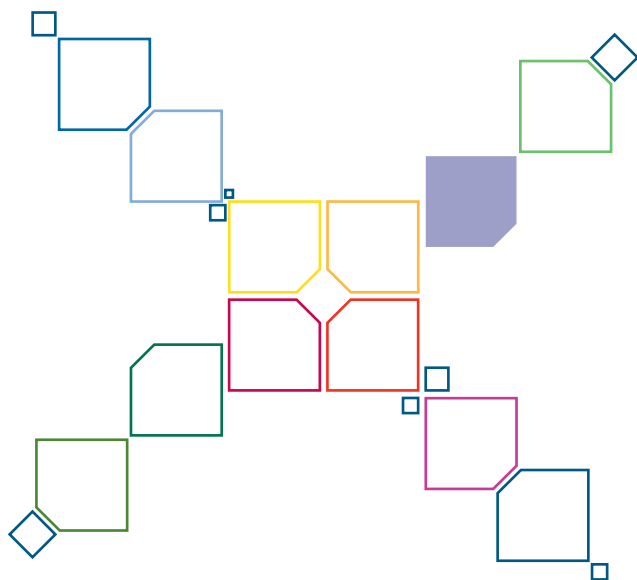


# Saúde mental



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## A Saúde Mental



A problemática da saúde mental surge neste diagnóstico por ser uma área que levanta problemas individuais, familiares e sociais e para a qual existe escassez de recursos ao nível do concelho.

Ao longo da vida, todos nós podemos ser afectados por problemas de saúde mental, de maior ou menor gravidade. Os factores associados com a prevalência, a manifestação e a progressão das perturbações mentais e comportamentais são tão distintos como as fases da vida: a entrada na escola, a adolescência, a menopausa e o envelhecimento. E podem estar relacionados com acontecimentos e dificuldades, tais como a perda de familiar próximo, o divórcio, o desemprego, a reforma, a pobreza, conflitos e catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social. Factores genéticos, infecciosos ou traumáticos podem também estar na origem de doenças mentais graves.

De acordo com o “Relatório Mundial da Saúde 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança” da OMS, “As perturbações mentais e comportamentais são comuns e afectam mais de 25% da população em dada altura da sua vida. São também universais, atingindo pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, populações de zonas urbanas e rurais. Exercem um impacto económico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. Estão presentes em qualquer momento, em cerca de 10% da população adulta. Aproximadamente 20% de todos os doentes atendidos por profissionais de cuidados primários de saúde têm uma ou mais perturbações mentais e comportamentais. Uma ou mais famílias provavelmente terão pelo menos um membro com perturbação mental ou

comportamental. Essas famílias proporcionam não só apoio físico e emocional, mas suportam também o impacto negativo do estigma e da discriminação.”<sup>1</sup>

Habitualmente, no senso comum, as doenças psiquiátricas são confundidas, ou com oligofrenias, ou com doenças somáticas degenerativas do sistema nervoso central, que, na realidade, deveriam ser tratadas pela neurologia e que, ainda assim, muitas vezes são encaminhadas e tratadas pela psiquiatria.

Assim, torna-se necessário sublinhar a **distinção** existente entre **oligofrénicos** e **portadores de doenças psiquiátricas**. A **oligofrenia**, conhecida por deficiência ou atraso mental, compreende um número variado de síndromas, cuja principal característica é o défice da função intelectual, ou seja, *“é qualquer estado caracterizado por níveis intelectuais abaixo do considerado normal e por um reduzido comportamento adaptativo, que se evidenciam na fase de desenvolvimento do indivíduo”*<sup>2</sup>; trata-se, portanto de um *“funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de capacidades: comunicações, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades académicas, trabalho, lazer, saúde e segurança”*<sup>3</sup>.

Por seu turno, os portadores de doenças psiquiátricas são indivíduos com perturbações mentais e comportamentais, ou seja, *“condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (...) fenómenos claramente anormais ou patológicos (...) continuados ou recorrentes e que resultam numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida.”*<sup>4</sup>.

As doenças psiquiátricas provocam défices cognitivos nos indivíduos, transitórios, uma vez que estão associados aos períodos de crise, mas que se podem tornar efectivos nalgumas doenças mais graves, de carácter crónico e que, por isso, implicam a necessidade de um estímulo para ultrapassar esse défice quando ainda é possível. Não se trata de uma patologia mental orgânica como a oligofrenia; pelo contrário, é adquirida num qualquer período da vida, tal como já foi referido, e é medicamente tratável, ao ponto da maior parte dos indivíduos conseguir levar uma vida autónoma.

<sup>1, 4</sup> OMS: “Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, Climepsi Editores, Lisboa, 2002

<sup>2</sup> <http://togyn.tripod.com.br/oligofrenia.htm>

<sup>3</sup> <http://www.psiqweb.med.br/gloss/dico.htm>

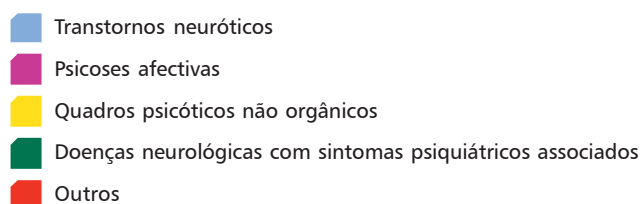
Recorrendo ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo, foi-nos possível traçar um quadro dos principais diagnósticos registados no concelho, ao nível da saúde mental, bem como dos recursos existentes para este tipo de problemática.

Este Departamento faz atendimentos ao nível distrital, no entanto as consultas ficam registadas por concelho. O único problema na apresentação de dados prende-se com o facto de que todos os utentes dos 8 concelhos onde não há atendimento psiquiátrico, e que se deslocam a Évora para consulta, ficam registados como utentes do concelho, quando na realidade esta não é a sua residência. Reconhecendo à partida que esta é uma limitação à apresentação de dados unicamente relativos aos utentes do concelho, é, no entanto a única forma de abordar a problemática de forma mais restrita.

Uma vez analisados os dados relativos ao primeiro semestre de 2003, referentes aos utentes do concelho de Évora e aos utentes residentes nos outros 8 concelhos que são atendidos aqui, é possível constatar o seguinte, relativamente aos diagnósticos (1441 diagnósticos psiquiátricos realizados):

- » Os diagnósticos mais frequentes, ao nível mundial, e também no concelho de Évora, são os transtornos neuróticos: essencialmente a patologia da ansiedade (566 diagnósticos);
- » Seguem-se as psicoses afectivas, onde são particularmente significativas as graves crises depressivas: psicoses maníaco-depressivas e psicoses depressivas (243 diagnósticos);
- » Existe igualmente um número bastante significativo de diagnósticos de psicoses esquizofrénicas, psicoses paranóides, ou outros quadros psicóticos não orgânicos (139 diagnósticos);
- » Por fim, em menor número, surgem as doenças neurológicas, cujos sintomas psiquiátricos associados justificam a solicitação da intervenção psiquiátrica: as demências (características essencialmente de idades mais avançadas – 61 diagnósticos).

**Gráfico n.º 5 |**  
Diagnósticos psiquiátricos realizados  
no 1º semestre de 2003,  
pelo Departamento de Psiquiatria  
e Saúde Mental do HESE



Embora o número de diagnósticos possa variar consoante o número de médicos a realizar consultas, ou por uma maior ou menor afluência às consultas, se a análise for feita em termos proporcionais, os grandes grupos de diagnósticos referidos mantêm quase sempre as mesmas posições.

Cada um destes diagnósticos é composto por quadros muito específicos e implicam intervenções, recursos e metodologias distintas. No caso dos diagnósticos mais frequentes, os transtornos neuróticos, o simples acompanhamento em consulta e alguma medicação podem ser suficientes para ajudar o paciente a recuperar. Acontece, no entanto que qualquer um dos outros quadros clínicos pode apresentar a necessidade de uma intervenção muito mais integrada.

### Níveis de intervenção em Saúde Mental e respostas disponíveis no Concelho de Évora

Tal como o nome indica, a “saúde mental” começa por ser isso mesmo, a ausência de distúrbio mental ou comportamental, um estado de bem-estar psíquico em que o indivíduo alcançou uma integração satisfatória das suas tendências instintivas, aceitáveis tanto para si próprio, como para o seu meio social. Com o evoluir do conceito, a saúde mental deixou de ser unicamente a ausência de doença, de problemas mentais e psíquicos, mas também a percepção e consciência dos mesmos e a possibilidade pessoal e/ou colectiva de os solucionar, de os modificar, de intervir sobre eles.

A par de várias outras áreas temáticas abordadas ao longo deste diagnóstico, também na saúde mental a **prevenção** é uma etapa de extrema importância, e só através dela se pode evitar a degeneração para um estado patológico (doença mental ou comportamental), ou seja, dependendo da antecipação do diagnóstico e da intervenção, pode vir, ou não, a tornar-se um caso de doença.

O objectivo da prevenção, em saúde mental, consiste em diminuir o aparecimento (incidência), duração (prevalência) e incapacidade residual dos transtornos mentais e divide-se em primária, secundária e terciária.

Com a *prevenção primária* pretende-se evitar o aparecimento de uma doença ou transtorno mental, reduzindo assim a sua incidência (número de novos casos que ocorrem num período de tempo específico). Por exemplo, programas educativos de saúde mental, acções de sensibilização para a população em geral ou sistemas de apoio social para a redução dos efeitos do stress em pessoas de alto risco (ex. viúvas, pais que perdem os filhos, entre muitos outros traumas individuais). Claro que o ponto de partida mais apropriado para a promoção da saúde mental depende tanto das necessidades como do contexto social e cultural. Vejamos os exemplos<sup>5</sup>:

- » *Intervenções orientadas para os factores que determinam ou mantêm a saúde debilitada* - O desenvolvimento psicossocial e cognitivo dos lactentes e crianças pequenas depende da sua interacção com os pais. Programas capazes de fortalecer a qualidade dessas relações podem melhorar substancialmente o desenvolvimento emocional, social, cognitivo e físico das crianças.
- » *Intervenções orientadas para grupos específicos da população* - Por exemplo, para idosos, que se sabe ser um grupo em franco crescimento. No entanto, é preciso que o envelhecimento seja acompanhado de melhorias na qualidade de vida daqueles que chegaram à velhice.
- » *Intervenções orientadas para determinados contextos* - É crucial o papel das escolas na preparação das crianças para a vida, mas elas precisam de ter um envolvimento maior, com vista a um desenvolvimento social e emocional saudável. Ensinar aptidões para a vida, tais como a resolução de problemas, o raciocínio crítico, a comunicação, as relações interpessoais, a empatia e os métodos para aprender a lidar com as emoções, permitirá às crianças e aos adolescentes desenvolver uma saúde mental firme e positiva. Uma política escolar amiga da criança, que incentive a tolerância e a igualdade de direitos entre meninos e meninas e entre diferentes grupos étnicos, religiosos e sociais, promoverá um ambiente psicológico sadio. Além disso, ajudará a estabelecer vínculos entre a vida escolar e familiar, estimulará a criatividade, tal como as aptidões académicas, e promoverá a auto-estima e a autoconfiança das crianças.

No concelho, não é conhecido o desenvolvimento deste tipo específico de acções, por parte qualquer entidade. E convém realçar que este tipo de iniciativas não deve estar unicamente dependente dos departamentos hospitalares. Utentes, familiares, amigos, ou qualquer estrutura social podem dedicar-se a estas matérias. Há, no entanto, uma grande falta de sensibilidade comunitária para desenvolver este tipo de actividades. O estigma e a discriminação, por um lado, levam os indivíduos a querer esconder a doença e as problemáticas derivadas, o que, por sua vez, só contribui para a perpetuação dos mesmos. A falta de recursos humanos, financeiros e materiais, por outro lado, não permite aos departamentos hospitalares actuar a todos os níveis e, especialmente, numa atitude preventiva, junto das populações. Ao mesmo tempo, assiste-se a um grande desinteresse por parte das instituições de intervenção social de base por esta problemática, continuando a apostar-se em áreas onde o apoio do Governo é, aparentemente, mais facilitado (nomeadamente o apoio à terceira idade, ou à infância), deixando a descoberto o apoio social relacionado com a área da saúde, salvo raras excepções (ex.: deficiência).

A *prevenção secundária* é definida como a identificação precoce e o pronto tratamento de uma doença ou transtorno mental, com o objectivo de reduzir a prevalência da condição, pela redução da sua duração.

<sup>5</sup> OMS: "Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança"; Climepsi Editores: Lisboa, 2002; pp. 168-169

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HESE dispõe, a este nível, de consultas de psiquiatria e de psicologia e de uma **Equipa de Saúde Mental Infantil**. Esta última dá apoio (em grupo e através de terapia individual) a crianças com problemas derivados de múltiplos factores, nomeadamente de uma educação “desregrada”, globalmente entendida (relacionamento pouco afectivo com os familiares, crianças em auto-gestão, etc.) e a partir dos quais podem advir problemas de estruturação de personalidade (timidez, ansiedade, dificuldade de relacionamento), que, não sendo acompanhados em tempo útil, podem vir a originar adultos doentes mentais. Estes são exemplos, dedicados a grupos específicos, daquilo que se pode fazer neste nível de prevenção.

**Quadro n.º 25 |**  
Movimento dos utentes  
apoiados pela Equipa  
de Saúde Mental Infantil<sup>6</sup>  
(1º semestre de 2003)

Transit. do anterior	Entrados	Saídos	Transit. p/ seguinte	Total de sessões
45	6	49	2	793

Fonte: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora

A *prevenção terciária* procura reduzir a prevalência de defeitos ou incapacidades residuais devidos à doença, ou transtorno mental. Envolve esforços de reabilitação para possibilitar que as pessoas com doença mental crónica potenciem ao máximo as suas aptidões.

Também ao nível da reabilitação os esforços desenvolvidos ao nível do concelho são muito poucos. Actualmente, existe no concelho, ainda que o seu âmbito seja distrital, a “**Laço**”, uma IPSS vocacionada para o atendimento a pessoas com problemas na área da psiquiatria e pós-internamento, com o objectivo de as preparar para a integração sócio-familiar e profissional. Acontece, no entanto, que o seu funcionamento ainda é um pouco restrito, uma vez que a instituição se depara com algumas *limitações*.

A *questão financeira* é um dos principais problemas, uma vez que a “Laço” tem conseguido manter alguma actividade, essencialmente graças ao financiamento de projectos. Estes, por sua vez, são tripartidos (saúde, emprego e segurança social) e tem havido uma falta de meios, por parte da saúde, para dar o contributo acordado, nomeadamente no que se refere à reestruturação do espaço físico da associação.

Outra limitação constata-se ao nível dos recursos humanos, uma vez que o seu *funcionamento* está dependente do trabalho de técnicos que desenvolvem a sua actividade noutro local, ou

<sup>6</sup> Devemos ter em atenção o facto de que o movimento desta equipa está estritamente relacionado com os períodos escolares; geralmente, quando as crianças que entram em período de férias deixam de frequentar esta estrutura.

seja, são os técnicos dos serviços oficiais ligados à área saúde que lá se deslocam para dirigir a associação e desenvolver actividades com os utentes, sem que haja capacidade de mobilizar utentes, familiares e outras estruturas da comunidade, para a dinamização do espaço e, eventualmente, para a sua gestão e para a exploração das suas potencialidades.

Por outro lado, a “Laço” está *localizada fora da cidade*, o que, para quem não tem transporte próprio e tem que se sujeitar às limitações dos horários dos transportes públicos, se impõe como um entrave e, até, como um factor de desmotivação. A par da localização geográfica, o facto do *espaço físico ser pertença do Hospital*, ainda que separado das estruturas hospitalares centrais, o facto de estar enquadrado com a unidade de internamentos psiquiátricos traz, inevitavelmente, uma conotação negativa para a associação, fruto da estigmatização de que este público ainda é alvo.

Quadro n.º 26

“LAÇO”	
Limitações de Funcionamento	Descrição
<b>Financeira</b>	A associação não dispõe de meios financeiros que garantam a sua sustentabilidade; o funcionamento depende essencialmente da verba disponibilizada por projectos e da capacidade dos parceiros em cumprirem a sua parte dos acordos.
<b>Recursos Humanos</b>	Os recursos humanos que prestam serviço na associação, assim como o corpo dirigente, são afectos aos serviços oficiais ligados à saúde, quando seria importante também o envolvimento da comunidade, através dos utentes, familiares ou outras pessoas com interesse na sua dinamização.
<b>Localização Geográfica</b>	O facto de estar localizado a muitos quilómetros da cidade torna-se um factor de desmotivação, quer para os utentes, quer para os familiares, principalmente aqueles que, não tendo transporte próprio, estão sujeitos aos horários, pouco viáveis, dos transportes públicos.  Além disso, a sua localização, juntamente com a unidade de internamentos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HESE, confere-lhe uma forte conotação negativa.

Para além da falta de estruturas e actividades direccionadas para as etapas referidas, a *carência de unidades residenciais* de apoio a esta população no concelho também é visível.

A psicose esquizofrénica, por exemplo, é a patologia que retira mais autonomia ao indivíduo, a todos os níveis, profissional, pessoal, etc.. Inevitavelmente, este facto repercute-se no ambiente familiar, de várias formas e com um grau mais ou menos grave, mas sempre.

Face a uma situação desta natureza, muitas famílias acabam por não ter meios para apoiar os seus familiares: ou são obrigados a abdicar da sua vida profissional e pessoal, ou acabam por descuidar as necessidades do doente. As incompatibilidades familiares são agravadas pela doença, assiste-se à exclusão, ou à necessidade de emancipação por parte do doente, quando o caso não supõe mesmo a inexistência de familiares (por abandono ou morte dos mesmos). É então, nesta perspectiva, que devem ser encaradas as unidades residenciais de apoio a esta população.

Longe de ser visto como um meio de segregação, a construção de uma **unidade residencial** de pequenas dimensões, mais comunitária e protegida, deveria ser encarada como um recurso muito útil para a suavização dos efeitos desta problemática, quer para o doente, quer para os familiares.

Ao residir numa estrutura habitacional desta natureza, os doentes podem levar uma vida social e profissional normal, dentro das suas limitações. Não se trata de um enclausuramento, mas de uma residência, obviamente destinada a quem não tem uma alternativa residencial satisfatória, nem autonomia financeira para sustentar uma casa própria. O objectivo é que os indivíduos se sintam em casa. Por um lado, estimula-se a autonomia, por outro lado, dá-se uma oportunidade de convivência e partilha de experiências com pessoas portadoras do mesmo tipo de problemas, que se auto-ajudam e que auferem de apoio domiciliário regular. De realçar, ainda, que uma estrutura deste tipo só pode funcionar em prol dos objectivos previstos se não houver segregação geográfica aquando da sua construção.

Naturalmente, uma estrutura residencial não é o único recurso necessário para colmatar as dificuldades inerentes a esta problemática. Inclusivamente, já aqui foram referidas outras necessidades, nomeadamente no âmbito da prevenção, mas, ainda assim, outras há a referir.

Muitas destas pessoas, com doenças psiquiátricas, têm grandes dificuldades de relacionamento e de se integrarem profissionalmente; conseqüentemente há, na mesma medida, necessidade de criar **respostas ao nível ocupacional e de emprego**, nomeadamente através de programas de formação que se enquadrem, de facto, nas necessidades e oportunidades de mercado.

De acordo com o Relatório Mundial da Saúde 2001: “As políticas devem maximizar as oportunidades de emprego para toda a população e reter as pessoas na força trabalhadora,

particularmente por causa da associação entre perda do emprego e aumento do risco de perturbação mental e suicídio. O trabalho deve ser usado como mecanismo de reintegração na comunidade das pessoas com perturbações mentais. **As pessoas com perturbações mentais graves acusam taxas de desemprego mais altas do que as com deficiências físicas.** A política do Governo pode ter uma influência significativa na prestação de incentivos para que os empregadores contratem pessoas com perturbações mentais graves e na aplicação de uma política antidiscriminatória.”<sup>7</sup> Também a este nível não tem surgido qualquer iniciativa visível no concelho.

De uma natureza completamente diferente é a **unidade de internamento de agudos**, igualmente necessária no concelho. As descompensações agudas de várias doenças psiquiátricas, como as psicoses com episódios de grande agitação e agressividade, ou os internamentos compulsivos, exigem, para o seu tratamento eficaz, e sem perturbar outros pacientes, uma estrutura própria, adequadamente equipada.

Embora esteja a funcionar, no Bairro dos Canaviais, a **unidade de internamento** do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HESE, existem alguns problemas que não permitem o seu funcionamento óptimo, nomeadamente, a antiguidade das estruturas e o facto de que o fim para o qual foram inicialmente construídas (asilo de mendicidade) já não corresponder ao actual.

**Quadro n.º 27 | Movimento comparativo dos doentes internados, em tratamento, crónicos e situações sociais (1º trimestre de 2003)**

	Transit. do anterior	Entrados	Saídos	Transit. p/ seguinte	Dias de internamento	Demora média	Taxa de ocupação
<b>Em tratamento</b>	19	93	87	25	1963	22,56	70,36
<b>Crónicos e Situações sociais</b>	14	0	0	14	1260	-	100
<b>Total</b>	33	93	87	39	3223	37,05	79,58

**Fonte:** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora

Relativamente à flutuação dos internamentos, convém referir que está dependente de uma série de factores: número de técnicos ao serviço, tipo de patologias diagnosticadas e, eventualmente, alturas do ano. Não é fácil, por isso, tentar uma análise desta evolução. Ainda assim, existe aqui

<sup>7</sup> OMS: “Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”; Climepsi Editores: Lisboa, 2002; pp. 174-175

**Quadro n.º 28** | Movimento comparativo dos doentes internados, em tratamento, crónicos e situações sociais (2º trimestre de 2003)

	Transit. do anterior	Entrados	Saídos	Transit. p/ seguinte	Dias de internamento	Demora média	Taxa de ocupação
Em tratamento	25	70	73	21	1613	22,10	57,52
Crónicos e Situações sociais	14	1	0	15	1291	-	100
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>70</b>	<b>73</b>	<b>36</b>	<b>2904</b>	<b>39,78</b>	<b>70,92</b>

Fonte: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora

um facto curioso e que não pode deixar de ser referido: o número de casos crónicos e situações sociais a que esta estrutura dá resposta. Embora a lotação da unidade de internamentos seja de 45 camas, esta é flexível para doentes em tratamento, doentes crónicos e situações sociais. Enquanto no 1º trimestre estão disponíveis 31 camas para doentes em tratamento e 14 camas para crónicos e situações sociais, no 2º trimestre havia 30 camas para doentes em tratamento e 15 camas para crónicos e situações sociais.

A partir de um ano de internamento, os doentes são considerados crónicos, mas o que acontece é que a grande maioria (cerca de 13, dos 15 casos registados como crónicos) são **situações sociais**, 8 dos quais sem patologia psiquiátrica e que, por não terem apoio familiar, ou outra alternativa em instituições de apoio social, “adoptam” a unidade de internamento como casa e ali permanecem por falta de “alta social”, muito embora a alta clínica já tenha sido, há muito, concedida.

**Quadro n.º 29** | Quadro de Recursos Humanos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora para Assistência a Adultos

	Psiquiatra Chefe de Serviço	Psiquiatras	Psicólogos	Assistentes Sociais	Enfermeiros	Terapeuta Ocupacional	Secretárias Clínicas
Previstos <sup>8</sup>	2	6 / 7	3 / 4	3	18 / 24	3 / 4	5
Existentes	1	3	0	2	18 / 24 <sup>9</sup>	1	0

Fonte: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora

Este é o exemplo de uma estrutura que desempenha uma função que, não sendo sua, também não encontra alternativa no concelho: uma rede de cuidados continuados.

Para além dos problemas já referidos, o Departamento de Saúde Mental depara-se igualmente com falta de recursos humanos, necessários ao seu pleno funcionamento:

**Quadro n.º 30 | Quadro de Recursos Humanos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora para Assistência à Infância**

	Psiquiatra Chefe de Serviço	Pedo- Psiquiatras	Psicólogos	Assistentes Sociais	Enfermeiros	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta da Fala	Educ. de Infância
<b>Previstos</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3 / 4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0<sup>10</sup></b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Existentes</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2<sup>11</sup></b>	<b>2</b>

Fonte: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Évora

Para que a Equipa de Saúde Mental Infantil possa dispor de uma equipa de psicólogos, as consultas de psicologia para adultos ficam extremamente limitadas. Por outro lado, as vagas para pedo-psiquiatras ficam por preencher, o que só reflecte a falta deste tipo de especialistas e a incapacidade de atrair e fixar estes profissionais onde, de facto, são necessários e fundamentais.

Além disso, a dispersão dos equipamentos levanta também o problema da deslocação constante dos recursos humanos, o que é de certa forma inviável.

De resto, é perfeitamente legítimo afirmar que este Departamento funciona muito abaixo das suas reais capacidades, em grande parte devido à falta de meios.

<sup>8</sup> Esta previsão dos recursos humanos é realizada pela OMS, tendo por base a população que os departamentos abrangem.

<sup>9</sup> A dispersão dos equipamentos (unidade de internamentos a 6 km das consultas) dificulta a deslocação do pessoal de enfermagem para onde efectivamente é necessário em cada momento.

<sup>10</sup> O que está previsto é um técnico de reabilitação e educação especial cujo lugar está, no entanto, está a ser preenchido por um terapeuta ocupacional.

<sup>11</sup> Apesar de haver mais terapeutas da fala do que estaria previsto pela OMS, na realidade ainda são insuficientes, face às necessidades apresentadas pelas crianças.

### Considerações finais

A necessidade premente de encontrar respostas que permitam integrar indivíduos com problemas do foro psiquiátrico, e encará-los como membros produtivos da nossa sociedade choca com alguns aspectos essenciais da realidade: existem muitos preconceitos e discriminação para com estes indivíduos, tendencialmente agravados pelas representações negativas de pessoas com doenças do foro psiquiátrico na televisão, no cinema e em outros meios de comunicação, que continuam a perpetuar o estigma e a piorar essa discriminação.

Decorrente desta discriminação, deparamo-nos com uma grande falta de oportunidades ao nível do emprego. Tal como já foi referido, as doenças psiquiátricas provocam alguns défices cognitivos transitórios, uma vez que estão associados aos períodos de crise, mas que se podem tornar efectivos nalgumas doenças mais graves, de carácter crónico e poucas são as entidades dispostas a arriscar ver os seus níveis de produtividade afectados.

O que se constata é que de facto há pouca noção daquilo que vários estudos já demonstraram: pessoas com doenças psiquiátricas mais graves, sentem-se melhor quando trabalham, e a probabilidade de, por exemplo, pessoas com esquizofrenia se manterem fora do hospital é maior quando estão empregadas. O trabalho é, reconhecidamente, uma parte vital da reabilitação. Permite a reintegração do paciente na comunidade, aumenta a sua auto-estima e proporciona uma forma significativa de ocupar o tempo.

O facto é que, proporcionando um ambiente acolhedor, medicação apropriada, tratamento e incentivo, é possível capacitar pessoas com doenças psiquiátricas a serem membros produtivos da nossa sociedade.

Outro dos grandes problemas que se impõem é a falta de envolvimento da comunidade e, em particular, a pouca mobilização de familiares e amigos de pessoas com este tipo de doença no sentido de se associarem e reivindicarem mais condições para o tratamento e integração destes indivíduos. Esta participação está prevista no Decreto-lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, no artigo 8º, relativo aos conselhos regionais de saúde mental, do qual devem fazer parte três representantes das associações de familiares e utentes de saúde mental, sem que nada disso se verifique.

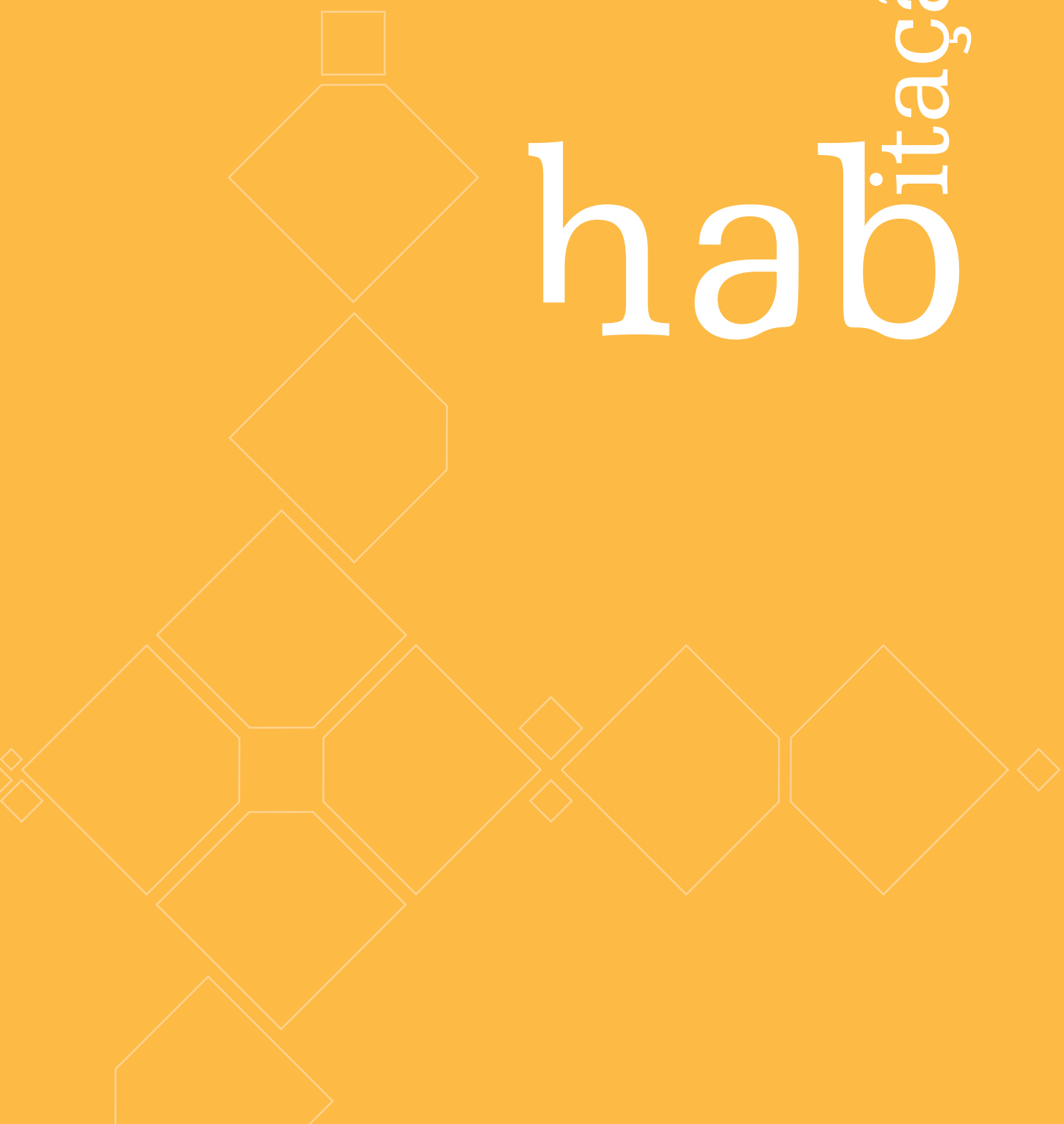
Muito embora o Decreto-lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, relativo aos princípios orientadores da organização gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental, preveja, no artigo 3º, a existência de um Conselho Nacional de Saúde Mental e, no artigo 8º, a existência de um *Conselho Regional de Saúde Mental*, em cada região de saúde, a realidade é que nenhuma destas estruturas tem vindo a ser posta em prática.

Ao Conselho Regional caberia dar parecer obrigatório sobre o Plano Regional de Saúde Mental e sobre os planos de actividades dos serviços locais de saúde mental da região, bem como propor à Administração Regional de Saúde as medidas consideradas necessárias à melhoria da prestação de cuidados de saúde mental. Perante a inexistência destas estruturas e face à importância do seu carácter, facilmente se compreende a dificuldade em estabelecer planos de acção por parte dos departamentos.

É indubitável que o nosso país tem uma boa legislação em termos de saúde mental. Desde a prevenção ao tratamento e à reabilitação, tudo está previsto. Do envolvimento das estruturas nacionais, passando pelas regionais, até aos departamentos locais, à comunidade e aos utentes, todos estão contemplados. A questão coloca-se aquando da (não) aplicação prática destas políticas.

Graças aos progressos registados no tratamento médico e psicológico, a maioria dos indivíduos e das famílias pode receber ajuda. Certas perturbações mentais podem ser evitadas, e a maioria pode ser tratada. Uma política e uma legislação esclarecidas sobre saúde mental, apoiadas pela formação de profissionais e pelo financiamento suficiente e sustentável, e efectivamente posta em prática, podem contribuir para uma prestação apropriada de serviços aos que deles necessitam, em todos os níveis dos cuidados de saúde.

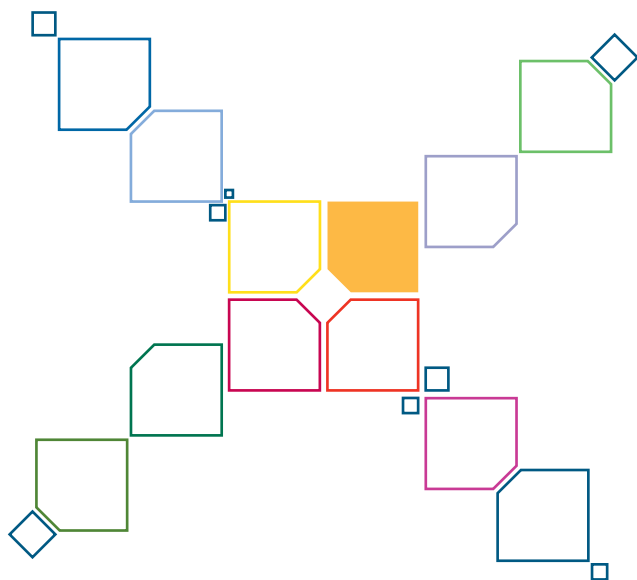
# habitação





# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## A Casa

*Paredes brancas pátios interiores  
as mesas largas as cadeiras quase toscas  
despojamento de convento e de deserto  
a planície prolonga-se na casa  
com seu rigor e sua estética  
do necessário  
do liso  
do elementar.*

*Aristocracia do pobre  
com sua manta e com seu cobre.*

*Há um cheiro a pão recém-cortado.*

*A casa alentejana está escrita na planície  
como o poema no branco descampado.*

Manuel Alegre



## O Problema Habitacional no Concelho de Évora



urante os anos 70 assistiu-se ao crescimento rápido e desordenado da cidade de Évora, enquanto se acentuava a sua importância como pólo central das actividades da região.

Os primeiros problemas começam a fazer-se notar nas áreas extra-muros, onde se fixa grande número de pessoas vindas das freguesias rurais, que aí constroem de forma desordenada, sem redes de água, fazendo-se notar, de dia para dia, a carência de alojamentos, de equipamentos e das infra-estruturas mais primárias.

Em simultâneo, no Centro Histórico de Évora (CHE) surgem os primeiros problemas, derivados, por um lado, dos movimentos sociais diários e da centralidade que este sector começa a adquirir; e, por outro lado, da idade e características específicas do parque habitacional.

Em suma, problemas relacionados com as condições de habitabilidade, as infra-estruturas, o trânsito e o ambiente começam a tomar dimensões visíveis e a motivar a aposta no planeamento integrado e estratégico.

A década de 80 marcou o ponto de viragem na dinâmica populacional de Évora e particularmente do CHE. A expansão da Universidade e a classificação como Património da Humanidade pela UNESCO (1986), são dois elementos explicativos desta viragem.

Em consequência destes dois factores, se a **população residente**, que ocupa maioritariamente os fogos mais degradados, com contratos de arrendamento de longa data, a valores bastante baixos, **tende a diminuir**, em oposição a **população presente**, constituída pelos efectivos que utilizam ou frequentam o CHE periodicamente (por períodos de tempo longos, curtos, ou mesmo diariamente), essencialmente estudantes e turistas, **aumentou significativamente nas últimas três décadas do século XX**.

Este afluxo de população jovem, embora de permanência temporária, permitiu contrariar a tendência acentuada de envelhecimento demográfico e possibilitou uma animação da cidade em geral, através do aluguer de quartos e casas, da frequência de restaurantes, bares e discotecas, e da afluência ao comércio local.

Assim, essencialmente entre 1985 e 1995 assiste-se a uma **alteração significativa da estrutura funcional**, não em termos de aumento de densidade, mas ao nível da alteração funcional, uma vez que os novos estabelecimentos surgidos neste período correspondem, não à construção de novas unidades funcionais, mas a uma mudança de ramo, a partir de estruturas já existentes.

No que respeita à **função habitacional**, assiste-se à **degradação dos edifícios mais antigos** e a um **decréscimo acentuado das condições de habitabilidade** dos mesmos, fruto, essencialmente, de três aspectos fundamentais:

- » Saída de efectivos e consequente aumento dos fogos devolutos;
- » Envelhecimento das estruturas habitacionais;
- » Falta de intervenção urbanística para a recuperação dos fogos.

Muito embora desde a década de 80 se tenha começado a desenvolver um conjunto de acções com vista ao planeamento e posterior intervenção no CHE (sendo exemplo disso a aprovação e implementação do primeiro PDM – Plano Director Municipal e o primeiro estudo metodológico para a recuperação e preservação do CHE) e ainda que, em meados da década de 90, já se tivesse contribuído largamente para a preservação física do património histórico construído, e fosse visível que a população, em geral, interiorizou a ideia da necessidade desta recuperação e preservação, a verdade é que, de acordo com os dados do INE – Instituto Nacional de Estatística, **o CHE continua a sofrer problemas de desvitalização**, da mesma forma que se perpetuam os problemas relacionados com as habitações, principalmente onde a função residencial é mais acentuada.

Em 2001, à data do recenseamento geral da população, era este o panorama no CHE e na área extra-muros:

**Quadro n.º 31** | Alojamentos Clássicos, Efectivamente Ocupados, segundo a Localização e Forma de Ocupação

Centro Histórico de Évora			Zona Extra-Muros <sup>1</sup>		
Alojamentos Ocupados	Residência Habitual	Uso Sazonal ou Secundário	Alojamentos Ocupados	Residência Habitual	Uso Sazonal ou Secundário
3187	2481 (77,8%)	706 (22,2%)	14846	13498 (90,8%)	1348 (9,2%)

Fonte: INE - Censo 2001

Ainda que tratando-se de zonas muito próximas, as diferenças são bastante significativas. Este quadro reflecte bem a diferença na utilização dos fogos ocupados do Centro Histórico para os fogos ocupados nas freguesias extra-muros.

Comparando o critério “Uso Sazonal ou Secundário”, constata-se que a zona do CHE tem uma muito maior proporção de habitantes nestas circunstâncias do que a zona extra-muros. Este facto é explicado, na sua grande maioria, pela população estudante que aqui se fixa durante o período de aulas, pela sua proximidade às estruturas de ensino, ao comércio e aos serviços. Este facto tem uma dupla consequência:

- » Facilita a **desresponsabilização dos proprietários, no que concerne às obras de conservação e manutenção dos edifícios**, sendo efectuado apenas o mínimo de re-estruturação/recuperação possível nas habitações, muitas vezes sem licenciamento, na sua maioria apenas para conseguirem uma melhor rentabilização do espaço, alugando-o ao máximo de pessoas possível. Uma vez que a grande maioria do público que recorre a este tipo de arrendamento não exige contrato, encontra-se numa situação precária, sem qualquer hipótese de pedir obras ou a realização da satisfação de qualquer outra necessidade, encontrando-se ainda em risco iminente de despejo;
- » Leva a um **aumento exponencial das rendas**, uma vez que, não havendo quaisquer restrições ou fiscalização, as casas não são alugadas sequer a preços razoáveis, uma vez que a renda é estabelecida por pessoa e não em função do espaço.

Em suma, o problema da habitação em Évora é, essencialmente, um problema de mercado: muita procura e pouca oferta. Famílias, por um lado, estudantes e pessoas singulares que aqui

<sup>1</sup> Entenda-se, por zona extra-muros, o conjunto das freguesias urbanas situadas fora do Centro Histórico: Bacelo, Horta das Figueiras, Malagueira e Nossa Sra. da Saúde.

se vão fixando pelas oportunidades de trabalho mais amplas, por outro, as queixas são basicamente as mesmas:

- » **Rendas elevadas** (a implicar diversas acções de despejo por incumprimento dos pagamentos);
- » **Mau estado de conservação habitacional**<sup>2</sup> (degradação física dos edifícios a comprovar a necessidade de obras);
- » **Sobrelotação** (a justificar a necessidade de novas construções e o aproveitamento de alojamentos devolutos);
- » **Más condições de habitabilidade** (fruto de uma fixação rápida e sem planeamento, na zona extra-muros, essencialmente na década de 70, e da idade avançada do parque habitacional do CHE).

### Clarificação dos problemas habitacionais em Évora e respostas necessárias

Tal como referido, os problemas habitacionais apresentados com maior frequência pelos munícipes, em atendimento público, por escrito, ou sinalizados por entidades com responsabilidades nesta área, são essencialmente quatro: rendas elevadas, mau estado de conservação das habitações, sobrelotação e más condições de habitabilidade/ salubridade.

Inevitavelmente, quando abordamos um destes problemas, os outros aparecem por inerência. De facto, não se pode estabelecer uma relação de causalidade directa mas, no entanto, o ciclo vicioso existente é bem visível.

Partindo da análise da questão das **rendas**, é possível ter a percepção de como os outros fenómenos se vão relacionando.

As rendas podem assumir, essencialmente, três regimes: o regime de renda apoiada; o regime de renda condicionada; ou o regime de renda livre.

No **Regime de Renda Livre**, tal como o nome indica, a renda é livremente estipulada entre as partes sem sujeição de um valor máximo e é amplamente praticado no arrendamento particular. Dentro deste regime surgem três situações de destaque:

<sup>2</sup> O levantamento mais actual realizado no CHE sinaliza 339 edifícios habitacionais, ou seja, 18% do parque habitacional, em muito más condições, nos quais urge intervir, sob risco de virem a ruir. Em Março de 2002 foi celebrado um acordo de colaboração entre o IGAPHE e a CME, para a concretização do programa REHABITA (programa de apoio financeiro à recuperação de fogos, de âmbito nacional), com vista à realização de obras de conservação e manutenção em 116 edifícios habitacionais localizados no CHE, entre 2002 e 2005. Ainda assim, restam 218 edifícios sinalizados cuja conservação depende de possíveis aditamentos ao referido acordo.

- » Os contratos realizados há longos anos, chamados de “duração ilimitada”, que se mantêm em vigor a valores extremamente baixos, fruto do congelamento de rendas ocorrido nas décadas de 70 e 80;
- » Os contratos de arrendamentos recentes, a valores extremamente elevados;
- » Os arrendamentos ilegais.

Relativamente ao primeiro caso, em que os *arrendamentos são efectuados a valores pouco significativos*, Évora tem bastantes habitantes nesta situação. São essencialmente idosos, pouco informados sobre a lei, com pouca vontade de recorrer aos trâmites burocráticos necessários e sem recursos financeiros, ou famílias sucessoras do inquilino inicial cujos recursos financeiros são muito escassos. Sendo assim, perante valores de renda tão baixos e sem que seja exercida sobre eles alguma pressão, os proprietários “fogem” às suas obrigações, previstas no Regulamento Geral de Edificações Urbanas – R.G.E.U. e no Regime do Arrendamento Urbano – R.A.U. (Decreto-lei 321-B/90 de 15 de Outubro) e deixam que os edifícios atinjam estados de degradação que chegam a pôr em risco a vida dos inquilinos, a segurança do espaço público envolvente ou, simplesmente, a qualidade de vida dos habitantes.

De certa forma, esta inércia dos proprietários, cuja situação em termos de renda não é financeiramente vantajosa, acaba por funcionar como uma estratégia para que os inquilinos deixem os fogos vagos, tirando para isso proveito da ineficácia legislativa nesta matéria e da incapacidade financeira quer do município, quer dos inquilinos.

É certo que a lei possibilita que a autarquia adopte uma postura de substituição do proprietário na realização de obras e também é facto que a autarquia reconhece a necessidade de realização de obras. Ainda assim, o número de pedidos que surgem é claramente superior à sua capacidade, quer em termos técnicos, quer financeiros, para fazer face a todas as solicitações. Uma vez transferida a autorização da realização de obras para os inquilinos, a sua incapacidade financeira impõe-se como um entrave, e o único recurso que lhes resta é a mudança para os bairros periféricos e outras zonas degradadas da cidade. Altura em que muitos proprietários procedem às obras para posteriormente colocarem os fogos no mercado de arrendamento a valores inqualificáveis.

Este é também um dos factores explicativos da desvitalização do CHE, com a diminuição da função habitacional e consequente aumento da função terciária.

Existem igualmente inúmeros casos de *arrendamentos recentes a valores muito elevados*. A carência de habitação cooperativa e social faz com que as construções particulares assumam estes valores de arrendamento. É basicamente uma questão de mercado: o excesso de procura face à escassez de alternativas na oferta permite a especulação das rendas. Os efeitos nefastos

são óbvios, provocam nas famílias uma franca redução do poder de compra e terminam normalmente em processos de acção de despejo por falta de pagamento de rendas, ou frequentes recursos a subsídios das entidades públicas.

Em consequência, a alternativa, para estas famílias, face à pouca oferta de construção social ou a custos controlados, é a mudança para bairros periféricos ou zonas mais antigas e degradadas da cidade (pátios, becos, etc.). Ao mesmo tempo, aqueles que dispõem de rendimentos mais volumosos ocupam as zonas residenciais melhor localizadas e com melhores condições (construções mais recentes de iniciativa privada). Processa-se, desta forma, uma espécie de “selecção artificial de base financeira” que delimita os locais de residência em função dos rendimentos dos agregados familiares, tornando óbvio o processo de exclusão social.

Os *arrendamentos ilegais* são, sem dúvida, os mais problemáticos e preocupantes. A procura de habitação por períodos reduzidos, essencialmente por parte dos estudantes, é um dos factores que mais inflacionam as rendas. Na tentativa de conseguir arrendamentos a baixos custos, os estudantes procuram habitação para dividir por um grupo. Este fenómeno deu origem a que grande parte das casas deixasse de ser arrendadas por um preço único e à ausência de contratos ou recibos. Quer isto dizer que o preço da habitação é equacionado pelo proprietário segundo o número de quartos, camas, ou o número de pessoas passíveis de albergar. Em consequência, e tendo em conta que a maior parte desta população não tem contratos de arrendamento, à semelhança de muitos outros casos, em que não se trata necessariamente de estudantes, a situação precária em que se encontram não lhes permite fazer quaisquer tipo de exigências relativamente às condições das habitações e, pelo contrário, perpetua a degradação física dos edifícios e acentua as más condições de habitabilidade, nomeadamente pela **sobrelotação** dos fogos, implicitamente autorizados pela ausência de fiscalização nesta matéria.

Para além destes arrendamentos sem contrato e sem recibo, existem também situações de arrendamento de habitações ilegais (sem licença de utilização) ou de espaços não destinados à habitação (garagens, arrecadações). Facto este que só se justifica porque na Repartição de Finanças local, onde todos os contratos escritos são visados, **não há uma obrigatoriedade de exibição da licença de utilização do fogo.**

Muito embora a questão das rendas e da recuperação dos fogos seja um problema concelhio, é igualmente verdade que é no CHE, pelas suas características, que estes fenómenos se fazem sentir com maior visibilidade e intensidade. À medida que nos vamos afastando do CHE, passando para a cidade extra-muros, começa a surgir o mesmo tipo de problemas, mas com outros contornos.

Tal como já foi anteriormente referido, durante a década de 70, essencialmente após o 25 de Abril, Évora teve um crescimento bastante rápido e sem planeamento, fruto de uma política

fiscal descuidada. Este fenómeno deu azo ao surgimento de uma série de **construções ilegais**, desenquadradas do planeamento urbano autárquico, muitas delas fruto do imprevisto e sem o mínimo de infra-estruturas.

Existe um número considerável de **pátios** em praticamente todos os bairros extra-muros. Trata-se de habitações muito antigas, com residentes de longa data e com características muito *sui generis*, em alguns aspectos semelhantes às dos Centro Histórico: pequenas dimensões e condições mínimas de saneamento.

À semelhança das habitações mais antigas do CHE, também os pátios foram arrendados sob o regime de contratos de duração ilimitada, transmitindo-se a titularidade de geração para geração. Consequentemente, os valores das rendas são insignificantes, uma vez sujeitas ao regime de actualização, imposto pelo Estado (fixado em 1, 037% para o ano de 2004). Também nestes casos existe uma grande retracção por parte dos proprietários relativamente à realização de obras, uma vez que se trata de investimentos consideráveis e em relação aos quais não existe margem de manobra para a recuperação, no curto prazo. Os próprios inquilinos são famílias de baixos recursos, sem possibilidade financeira para proceder à recuperação dos fogos que habitam, e a autarquia, como anteriormente referido, não tem capacidade financeira para dar andamento ao processo de expropriação e realização de obras, ainda que disponha dos meios legais.

O **Regime de Renda Condicionada** é livremente negociado pelas partes, desde que não exceda, por mês, o duodécimo do produto resultante da aplicação da taxa das rendas condicionadas ao valor actualizado do fogo no ano da celebração do contrato. Este regime é obrigatório por lei nas seguintes situações: direito a novo arrendamento, nos arrendamentos transmitidos, se o inquilino tiver outra residência ou for proprietário de imóvel; nos fogos construídos e alienados para fins habitacionais; nos fogos construídos por cooperativas de habitação, ou associações de moradores.

O **Regime de Renda Apoiada** (Decreto-lei 166/93 de 07 de Maio) é aplicado aos arrendamentos das habitações do Estado, seus organismos autónomos e institutos públicos, bem como aos arrendamentos das habitações adquiridas pelas Regiões Autónomas, pelos municípios e pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social, com comparticipação a fundo perdido concedida pelo Estado ou pela respectiva Região Autónoma. Trata-se de um regime de renda destinado a agregados familiares de menores recursos, com um carácter eminentemente social, cujo cálculo resulta do valor técnico do fogo e dos rendimentos do agregado familiar.

Naturalmente, este deveria ser o regime de renda praticada no património habitacional da autarquia eborense. No entanto, mantêm-se ainda em vigor regimes de rendas de há várias décadas (nomeadamente da década de 40 e da década de 80), a valores irrisórios, provocando défices financeiros acentuados na gestão do parque habitacional. Reservamos, ainda assim, uma parte específica do texto para abordar as questões relativas à habitação social.

Os dois últimos regimes de renda apresentados são, de facto, financeiramente mais viáveis para a população de fracos recursos. Há, no entanto, uma **grande carência na produção de habitação social e cooperativa no concelho**: por um lado, devido à sua limitação orçamental, a autarquia não tem hipótese de construir de forma a fazer face à iniciativa privada; por outro lado, não existe um grande volume de solo disponível, logo a bolsa de terrenos autárquicos é insuficiente para a construção necessária ou até mesmo para a cedência a cooperativas. Além disso, embora as cooperativas possam construir com fins sociais, não estão obrigadas a construir a custos controlados.

Uma alternativa à construção, como forma de aumentar os fogos disponíveis no mercado, é a recuperação de fogos devolutos.

A **Lei do Arrendamento Urbano** (Decreto-Lei 321-B/90 de 15 de Outubro) confere responsabilidades e eventuais modos de actuação às autarquias, nesta matéria. O grande problema é não prever os recursos financeiros necessários à expropriação e consequente actuação nos fogos. Uma revisão legislativa seria fundamental, no sentido de aumentar as possibilidades de intervenção da autarquia, nomeadamente conferindo-lhe poder financeiro para tomar posse administrativa dos fogos devolutos e com necessidades de recuperação, evitando que esta intervenção ficasse ao critério exclusivo dos proprietários.

Igualmente importante seria a introdução, na referida lei, de processos jurídico-administrativos mais céleres, por forma a recuperar o maior número de fogos no menor espaço de tempo possível (conferindo um carácter mais prático e efectivo ao processo) e, simultaneamente, criar um efeito dissuasor juntos dos proprietários, no que concerne ao não cumprimento das determinações autárquicas (ex: cumprimento das intimações).

Ainda relativamente às questões da **recuperação habitacional**, convém referir que, no caso do CHE, tratando-se da zona edificada mais antiga, é natural que seja a que apresenta o maior índice de envelhecimento e degradação física. Perante esta realidade e na tentativa de contrariar a tendência de desvitalização desta zona, a autarquia adoptou um conjunto de *programas de âmbito nacional*, com vista à recuperação e reabilitação do património edificado: o Programa RECRUA, ou seja, o Regime Especial de Comparticipação na Recuperação de Imóveis Arrendados, que por decisão municipal apenas se aplica ao CHE; o Programa REHABITA, especialmente para núcleos históricos antigos considerados como áreas críticas, como reforço do RECRUA; e o Programa SOLARH que prevê a cedência de um empréstimo (sobre o qual não são cobrados juros e que é pago em prestações mensais de acordo com os rendimentos do agregado familiar) a proprietários que pretendam realizar obras em suas casas, mas que não dispõem de recursos financeiros suficientes. Convém referir que estes programas estão actualmente a ser reavaliados em termos legislativos.

Ao mesmo tempo, a autarquia colocou em prática alguns *programas municipais* igualmente específicos para a recuperação de fogos no CHE: Programa Municipal de Recuperação de Caixilharia em Madeira; Programa Casa Caiada; e o Programa Municipal de Reabilitação de Fogos (ver quadro n.º 2).

**Quadro n.º 32** | Programas de Apoio à Recuperação e Reabilitação do Património Edificado

Âmbito	Nome	Características
<b>Nacional</b>	RECRIA	O tipo de requisitos exigidos por estes programas, quer ao nível das condições de candidatura, quer ao nível das obrigações posteriores à intervenção, torna-os <b>altamente burocráticos, morosos, desmotivantes, ineficazes e demasiado selectivos.</b>
	REHABITA	
	SOLARH	
<b>Municipal</b>	Programa Municipal de Recuperação de Caixilharia em Madeira;	Estes programas são mais céleres, <b>mais adequados à realidade eborense, mais específicos</b> , mas, no entanto, financeiramente muito <b>mais limitados.</b>
	Programa Casa Caiada;	
	Programa Municipal de Reabilitação de Fogos	

A elevadíssima carga burocrática de que os programas nacionais se revestem levanta imensos problemas e reduz a um universo quase insignificante, o número de candidatos que reúnem as condições de acesso exigidas. Para além disso, a sua adesão coloca condições, como o valor da renda a praticar após os apoios, ou o período de inalienabilidade obrigatório, factos pouco aliantes do ponto de vista da rentabilidade do imóvel. Em suma, revelam-se morosos, desinteressantes e, mesmo, ineficazes.

Os programas municipais, embora implicando uma carga burocrática muito mais reduzida e, visivelmente, mais eficazes, são no entanto, muito mais limitados em termos de financiamento.

Um outro aspecto que ainda não foi referido e é, no entanto, igualmente importante, está relacionado com os problemas habitacionais em meio rural.

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

Relativamente a esta temática, temos a informação de um estudo de Alice Martins, realizado em 2000 e publicado em 2002 pela Associação de Freguesias do Concelho de Évora, intitulado “As freguesias rurais do concelho de Évora”, onde constam as seguintes indicações:

**Quadro n.º 33** | Potencialidades e debilidades existentes  
(avaliação/grau de satisfação)

	MUITO Positivo Importante Vantajoso Satisfatório +4	RAZOÁVEL Positivo Importante Vantajoso Satisfatório +3	MEDIANO Positivo Importante Vantajoso Satisfatório +2	POUCO Positivo Importante Vantajoso Satisfatório +1	0	POUCO Positivo Importante Vantajoso Satisfatório -1	MEDIANO Positivo Importante Vantajoso Satisfatório -2	RAZOÁVEL Positivo Importante Vantajoso Satisfatório -3	MUITO Positivo Importante Vantajoso Satisfatório -4
<b>Terrenos disponíveis para habitação</b>		Canaviais		S. Bto Mato		Graça Divôr S. Manços	Guadalupe T. Coelheiros S.V. Pigeiro Tourega S.M. Machede S. Giesteira	N.S. Machede N.S. Boa Fé	

Fonte: MARTINS, Alice: “As freguesias rurais do concelho de Évora”, 2002

O quadro n.3 é bem ilustrativo de uma das dificuldades habitacionais verificadas ao nível das freguesias rurais do concelho. À excepção de duas freguesias, Canaviais e São Bento do Mato, todas as outras vêem a questão da falta de terrenos disponíveis para construção de habitação como uma debilidade que as afecta.

Sem terrenos para construir torna-se muito difícil atrair população para as freguesias rurais, na sua grande parte envelhecidas a nível demográfico.

É, portanto, imperativo para estas que se possam desenvolver esforços no sentido de disponibilizar áreas de loteamento para a habitação. Só assim se pode estimular a fixação da população mais jovem e o aparecimento de iniciativas que possam contribuir para o desenvolvimento sustentável destas freguesias.

## Habitação Social

A ideia base, subjacente à atribuição de habitação social, consiste no apoio a um agregado familiar necessitado, por um período de tempo que se deseja o mais curto possível, sempre assente no pressuposto de que a família se autonomizará, progressiva e rapidamente, podendo, à semelhança de todas as outras famílias, recorrer ao mercado livre para comprar ou arrendar uma habitação.

Apesar de ter esta filosofia subjacente, os primeiros contratos de habitação social (final da década de 70) assumiram uma forma de duração ilimitada e cuja renda se manteve sempre ao preço técnico do fogo, na época do arrendamento inicial, valores esses que ainda hoje se mantêm.

Posteriormente saiu o Decreto-Lei 166/93, relativo ao Regime de Renda Apoiada. Este sim, motiva a rotatividade na disponibilização da habitação social, uma vez que o valor de renda praticado tem em atenção as características do fogo e o rendimento do agregado familiar, de forma a torná-la comparável à renda bancária na aquisição de habitação.

Embora já tenha sido referido, convém realçar a diferença entre o arrendamento social (ou público) e o arrendamento privado.

O arrendamento privado rege-se pelas regras do RAU e pode assumir o regime de renda livre, negociado entre as partes, sendo, tal como já foi referido, actualizado anualmente por um índice, através de portaria. Pode igualmente assumir o regime de renda condicionada, estipulado de acordo com o valor real do fogo e tendo em conta uma série de variáveis, como o ano de construção, a tipologia, a localização, o conforto, os anos de licença de utilização, o estado de conservação, entre outros. Uma vez tomados em consideração todos estes elementos, o valor de renda acaba por ficar aquém daquele passível de ser acordado no regime de renda livre, como tal, não é muito praticado. No entanto, é este regime de renda que, no arrendamento privado, funciona como elemento mediador. Quer isto dizer que, sempre que há necessidade de realização de obras que prevêm a actualização das rendas, o valor destas não pode exceder determinados limites, sendo estabelecido através da fórmula de cálculo da renda condicionada.

Este cenário, acompanhado por um desconhecimento da legislação que prevê a actualização das rendas em função das obras realizadas, segundo a qual (Decreto-lei 329-C/2000) em oito anos o proprietário já se pode considerar ressarcido do capital investido, e marcado pela mentalidade vigente na maior parte dos casos - conseguir o máximo de lucro no menor tempo possível - explicam a retracção dos proprietários na realização de obras em fogos cujo arrendamento inicial foi realizado há longos anos e cujos valores se mantêm muito baixos.

Tal como referido anteriormente, esta forma de arrendamento (regime de renda livre) funciona de acordo com as leis de mercado (oferta/procura), e é nesta base que os valores das rendas oscilam, bem como a necessidade/motivação para a realização de obras de conservação dos fogos abrangidos.

Por seu turno, o **arrendamento social** tem por base fogos construídos com o apoio financeiro do Estado. Actualmente, no concelho de Évora, no âmbito deste tipo de arrendamento, existem três modalidades em vigor:

- » A mais antiga data de 1945 e é relativa aos denominados “alvarás de utilização”, na perspectiva do que então era designado como “casas para pobres”. Eram então praticados valores de arrendamento muito baixos, que, posteriormente, vieram a ser abrangidos pelo congelamento das rendas. Em consequência, e uma vez que a única alteração que têm vindo a sofrer desde então é uma actualização de acordo com os índices anuais, estes valores de arrendamento mantêm-se irrisórios e economicamente inviáveis para a gestão do parque habitacional.
- » Em 1983 entra em vigor o novo regime de arrendamento social, que continua a levantar problemas semelhantes na medida em que os valores praticados são igualmente irrisórios.
- » Em 1993 entra em vigor o regime praticado actualmente: o **Regime de Renda Apoiada** (Decreto-lei 166/93 de 07 de Maio), que, tal como referido anteriormente, consagra um regime de renda destinado a agregados familiares de menores recursos, com um carácter eminentemente social, cujo cálculo resulta do valor técnico do fogo e dos rendimentos do agregado familiar.

Ainda que no referido Decreto-lei esteja prevista a possibilidade de aplicação deste regime a todos os fogos construídos com o apoio financeiro do Estado, de facto não consta enquanto obrigatoriedade explícita. Como tal, face à não obrigatoriedade da lei em actualizar os regimes anteriores pelo presente Decreto-lei, tem-se permitido no concelho de Évora, manter em vigor os três regimes de arrendamento social, dois dos quais a valores extremamente baixos. Este facto dá azo a dois graves problemas, que acabam por contrariar a filosofia do arrendamento social:

1. Inviabilidade económica/financeira, ao nível da gestão do parque habitacional, que se reflecte numa degradação acentuada do mesmo, influenciando a qualidade de vida dos inquilinos;
2. Não rotatividade das famílias residentes, proporcionada pelos valores de arrendamento praticados (são tão acessíveis que não têm comparação possível no mercado livre).

Convém ainda aprofundar alguns aspectos, relacionados com a necessidade e dificuldade de conservação dos edifícios, ainda não abordados.

Tendo em conta os custos inerentes à conservação e manutenção dos edifícios, difíceis de suportar pela gestão autárquica dada a exiguidade dos valores de arrendamento e, em parte, pela escassez

de funcionários em número e especializações suficientes para dar resposta a todos os pedidos em tempo útil, é necessário também ter consciência da diversidade e prioridade dos pedidos que chegam aos serviços.

Existe de facto uma responsabilidade autárquica nesta matéria, cada vez mais visível com o passar dos anos e o consequente envelhecimento das estruturas, mas ainda assim, não se deve deixar de referir que, à semelhança do que acontece na maioria dos bairros de habitação social (e o parque habitacional eborense não constitui excepção), a necessidade de obras nas diversas fracções e nas áreas comuns resulta em grande parte de verdadeiros actos de vandalismo praticados pelos utentes do espaço. Sem dúvida, a inexistência de uma cultura de preservação do bem comum dificulta e, certamente, desmotiva, a gestão destes espaços. Trata-se, obviamente, da gestão de um espaço ocupado maioritariamente por agregados familiares com estruturas internas muito precárias, e cujos objectivos de vida comum se centram maioritariamente numa cultura pelo prazer imediato, sem grande respeito pelos direitos e liberdades dos outros.

São espaços onde as relações de vizinhança são difíceis, onde é mais frequente o conflito e a retaliação do que a conjugação de esforços para a preservação do bem comum, uma vez que ali se jogam interesses individuais em espaços comuns.

Alterar mentalidades não é fácil e mentalizar cada utente de que, ao responsabilizar-se pela sua quota-parte do espaço está a contribuir para o bem de todos, só seria possível com um acompanhamento próximo, uma gestão local diária, eventualmente com medidas de sensibilização ou acções de formação em gestão doméstica, ou gestão de espaços comuns, numa perspectiva positiva, ou, se necessário, numa perspectiva mais negativa, a adopção de medidas exemplares, quando devidamente justificadas.

Na tentativa de dar resposta aos pedidos de conservação dos edifícios, e tendo em conta as limitações orçamentais e de recursos humanos, a autarquia optou por dar prioridade na realização de obras a situações que possam colocar em risco a segurança, saúde e bem-estar dos inquilinos, nomeadamente: electricidade, canalizações e infiltrações. Assim como, em prédios sem fracções alienadas e sem condomínio, se compromete na conservação das partes comuns, nomeadamente aquelas que possam comprometer a segurança dos inquilinos: portas de acesso, elevadores, campainhas, corrimões, iluminação.

Já a manutenção e conservação no interior dos fogos, desde pinturas, portas interiores, louças de casa de banho, móveis de cozinha, estores e soalhos, são da competência do inquilino. Assim como a limpeza e a conservação das partes comuns do prédio compete a cada um dos inquilinos, de acordo com a fracção respectiva, quando não exista condomínio, em prédios com fracções particulares (alienadas).

Só desta forma é possível à autarquia conseguir dar resposta a um leque tão vasto de pedidos e perante limitações orçamentais e de recursos humanos tão visíveis.

Também têm sido tomadas outras medidas, a par destas, mas no sentido de filtrar as reais necessidades de quem solicita o arrendamento social. Esta atitude justifica-se quando, tendo em conta a forte carência de habitação, os técnicos verificam situações de falsas declarações, ou incumprimento de determinados deveres, que acabam por “viciar” a atribuição de habitação social. Assim, de forma a não deixar a descoberto os casos que realmente são carenciados, a autarquia adoptou uma série de normas internas que pretendem precisamente filtrar as situações que não se aplicam às necessidades de habitação social.

### As iniciativas autárquicas ao nível da Habitação Social

Actualmente, a autarquia eborense dispõe de 260 fogos arrendados, distribuídos por diversas áreas da cidade:

- » 20 fogos no Bairro da Câmara, na freguesia de N. Sra. Saúde, construção que data de 1945;
- » 96 fogos no Bairro da Ex-Fundação Salazar, na freguesia da Horta das Figueiras, construção que data de 1972;
- » 59 fogos no Bairro General Humberto Delgado, na Freguesia da Horta das Figueiras, construídos em 1982;
- » 33 fogos atribuídos a técnicos, maioritariamente na Horta das Figueiras;
- » 4 fogos atribuídos a funcionários;
- » 32 fogos dispersos;
- » 16 fogos no Bairro da Horta das Figueiras, atribuídos em Dezembro de 2003 e cuja construção resultou da candidatura a um Programa Especial de Realojamento (fruto do qual ainda estão em construção mais 120 fogos).

Um dos grandes problemas relativos a estes fogos reside na sua antiguidade e, consequentemente, na relação entre os valores irrisórios de arrendamento e a necessidade de obras de conservação, que levantam três questões essenciais:

1. Necessidade de alteração do regime de renda do Bairro da Câmara, cujo valor médio de arrendamento ronda os 0,30 euros e onde têm sido realizadas obras de montantes bastante elevados, próprios da antiguidade dos edifícios;
2. Necessidade de um controlo mais imediato e efectivo, relativamente ao pagamento das rendas, de forma a não deixar acumular valores de dívida que resultam em processos de acção de despejo extremamente difíceis de executar, dada a função social da autarquia;
3. Dificuldade em aferir, com realismo, os rendimentos efectivos de determinados agregados familiares, nomeadamente daqueles que não trabalham por conta de outrem e que se

limitam a apresentar as declarações de IRS, muitas vezes verdadeiramente incompatíveis com os sinais exteriores de riqueza apresentados por essas famílias.

Enquanto estas questões não forem ultrapassadas, vai continuar a surgir o mesmo tipo de problemáticas:

- » Degradação do parque habitacional público;
- » Não rotatividade dos inquilinos (contrariando a filosofia de base da habitação social);
- » Défice financeiro autárquico;
- » Má qualidade de vida dos inquilinos (que acaba por se reflectir em todo o bairro).

De forma a ultrapassar estas situações, a autarquia tem activado diversos mecanismos:

1. Candidatura a programas nacionais para a recuperação de fogos (sintetizados no quadro n.º 2);
2. Criação de programas municipais para a recuperação de fogos (sintetizados no quadro n.º 2);
3. Cedência (a valores acessíveis) de lotes de terreno para construção, nas freguesias rurais, com o intuito de fixar população e atrair população jovem para estas zonas;
4. Cedência de lotes de terrenos a Cooperativas, para construção a custos controlados (a última cedência data de 1999, altura em que foram cedidos 51 lotes para construção a diversas cooperativas do concelho);
5. Contratos de Desenvolvimento de Habitação (CDH) para compra/venda a custos controlados, com recurso ao crédito do Instituto Nacional de Habitação – INH (a última iniciativa neste âmbito data de 1996);
6. Participação na construção de habitação social, nomeadamente através da candidatura a um Programa Especial de Realojamento (PER), para a construção de 136 fogos ao abrigo do Decreto-lei 226/87, em resposta à demolição de pátios, barracas e casas abarracadas. Deste total já foram entregues, em Dezembro de 2003, 16 fogos, estando prevista para Abril de 2004 a entrega de mais 38 fogos e dos restantes 82 para Dezembro de 2004 início de 2005;
7. Constituição de uma Empresa Municipal para a gestão do parque habitacional, atendendo a que, em breve, a autarquia receberá o património habitacional do Estado sob gestão do, já extinto, IGAPHE (Instituto de Gestão e Alienação do Património Habitacional do Estado), ou seja, cerca de 685 fogos nos seguintes bairros: Escurinho, Cruz da Picada, Malagueira e Horta das Figueiras.

Tratando-se de uma autarquia com uma bolsa de terrenos cada vez mais escassa e sem poder económico para desenvolver mais projectos de habitação social, a opinião dos técnicos que intervêm na área resume-se à necessidade de direccionar a intervenção, em termos de habitação social, por um lado, para a **recuperação dos fogos degradados e/ou devolutos, de forma a**

**recolocá-los no mercado de arrendamento sob o regime de renda apoiada**, o que implica dotar a autarquia de uma capacidade financeira maior e alterar a legislação no sentido de lhe fornecer uma capacidade de intervenção mais ampla; e, por outro lado, para a **alteração dos regimes de renda, nivelando-os pelo regime de renda apoiada em vigor**, de forma a suscitar a rotatividade dos inquilinos, o que, por sua vez, implica a aplicação efectiva deste regime de renda, sem excepções.

A necessidade premente de intervir nesta área, para além de ter uma justificação qualitativa ao longo de todo o documento, também tem uma expressividade numérica, se tivermos em conta que só nos serviços autárquicos de habitação social existem, com referência a Dezembro de 2003, **1231 pedidos de arrendamento e 510 pedidos de compra**. A estes valores, que só por si já justificam a urgência da intervenção, vão acrescer os pedidos feitos ao IGAPHE, que irão ser transferidos juntamente com o património habitacional e com todas as responsabilidades que implica a gestão de um parque habitacional tão amplo e antigo.

## Considerações Finais

Évora é uma cidade bem planeada e urbanisticamente atractiva. Os monumentos, o tipo de construção, o modelo de planeamento são alguns aspectos que inspiram poetas, atraem e agradam a turistas, estudantes e à população em geral.

Contudo, esta cidade Património da Humanidade tem áreas bastante problemáticas e a questão da habitação é, sem dúvida, uma delas.

A vontade de atrair e fixar população jovem, evitando a desvitalização (sobretudo do Centro Histórico), é contrariada, em especial, pelos problemas habitacionais já amplamente descritos. A atractividade crescente da cidade e o aumento exponencial da procura de habitação, face a uma oferta insuficiente, deram azo à especulação imobiliária. Os terrenos para construção e os fogos são vendidos a preços extremamente altos e as rendas acompanham, inevitavelmente, esta subida de valores.

Em contrapartida, as iniciativas de habitação social e cooperativa são claramente insuficientes e não conseguem dar resposta a todas as solicitações, quando a própria autarquia, promotora de habitação social, mas financeiramente debilitada, se vê em dificuldades na gestão de um parque habitacional antigo e onde a generalidade dos valores de arrendamento em vigor são irrisórios.

No parque habitacional público, para além da especulação, os problemas também são vastos: construções ilegais e sem infra-estruturas básicas; edifícios muito antigos e com necessidades prementes de recuperação; fogos devolutos; sobrelotação; em suma, más condições de habitabilidade por um lado, preços excessivamente elevados por outro.

A ineficácia dos programas nacionais para a recuperação de fogos, a inércia dos proprietários na realização de obras, a falta de fiscalização, a ineficácia legislativa em matéria de habitação/arrendamento e a incapacidade autárquica em termos financeiros e humanos para actuar, dentro das suas competências, nesta matéria, não facilitam a alteração do cenário actual.

Espera-se para breve a revisão da Lei do Arrendamento Urbano, ao mesmo tempo que a autarquia eborense tem em curso a criação de uma Empresa Municipal para a gestão do parque habitacional. Estes dois factos trazem a perspectiva de algumas melhorias ao nível da problemática habitacional no concelho. Contudo, muitas outras medidas são necessárias para alterar significativamente o cenário actual, e algumas delas implicam, necessariamente, uma alteração de mentalidades.

# Diagnóstico Social

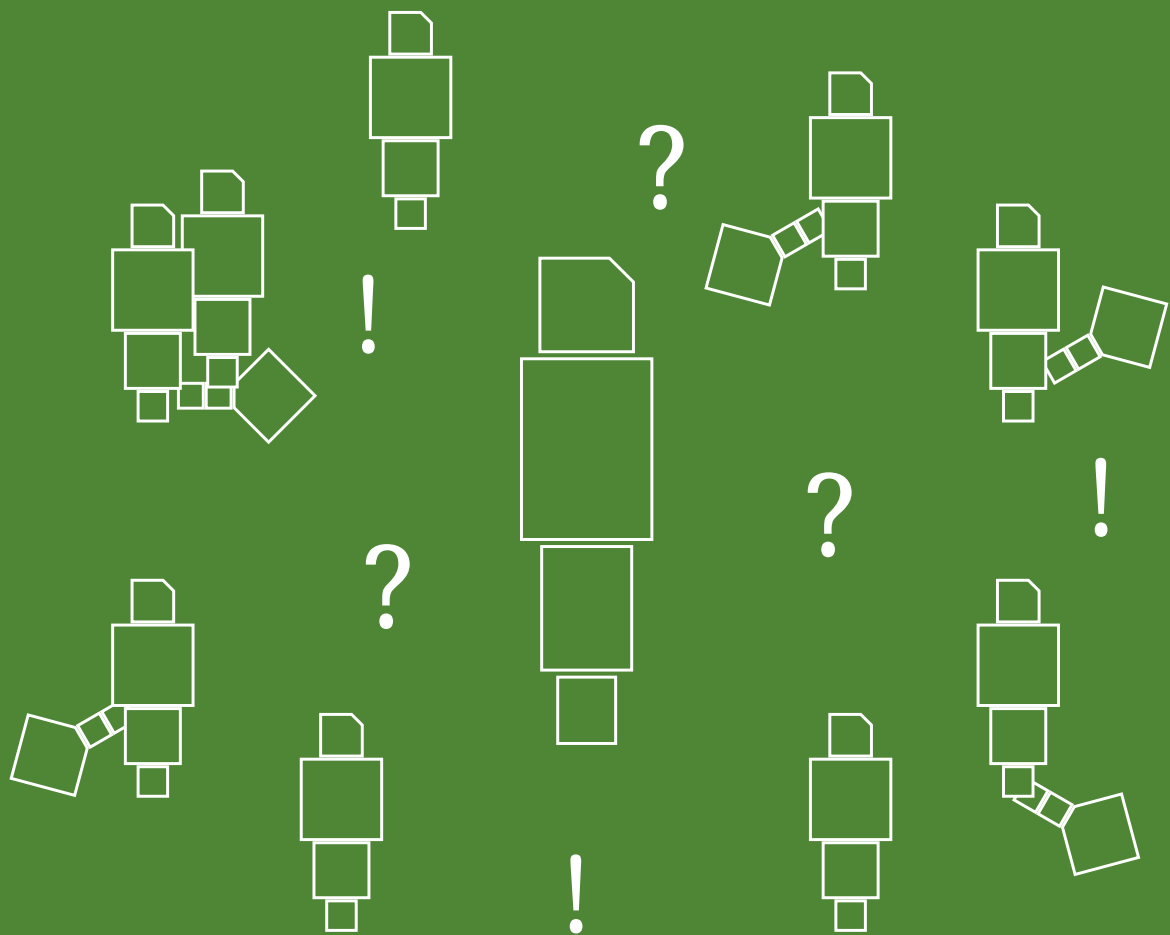
do Concelho de Évora

## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Desvitalização do Centro Histórico de Évora;
- » Estruturas habitacionais envelhecidas e em mau estado de conservação;
- » Falta de iniciativa dos proprietários (e incapacidade dos inquilinos) ao nível da intervenção urbanística para a recuperação e conservação dos fogos;
- » Forte especulação dos valores de arrendamento e de venda dos fogos;
- » Existência de um grande número de fogos arrendados com contratos de “duração ilimitada” a valores irrisórios (problema transversal ao arrendamento público e privado);
- » Existência de um número significativo de arrendamentos ilegais, a preços elevados e com poucas condições de habitabilidade;
- » Existência de construções ilegais, sem infra-estruturas básicas;
- » Grande carência de habitação social e cooperativa no concelho face às necessidades/solicitações;
- » Inexistência de uma cultura de preservação do bem comum, essencialmente nos bairros de habitação social;
- » Necessidade de revisão da legislação relativa à habitação (quer da Lei do Arrendamento Urbano, quer dos programas nacionais para a recuperação de fogos);
- » Indisponibilidade de áreas de loteamento para habitação nas freguesias rurais.

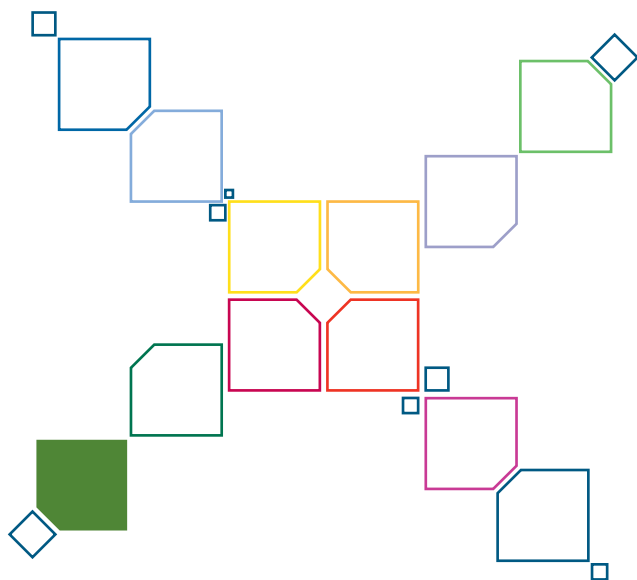
# tóxico dependência





# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## A Problemática da Toxicodependência



toxicodependência e o consumo de drogas são problemas que afectam não apenas os indivíduos que fazem uso das drogas, sendo “muito comum a ideia de que a toxicodependência é um dos principais mecanismos de exclusão social dos nossos dias”<sup>1</sup>, mas todo o meio social que os rodeia, desde o ambiente familiar à sociedade em geral: trata-se, portanto, de um *fenómeno de transversalidade social*.

Ainda assim, não existe nenhuma estatística extensiva sobre a prevalência da toxicodependência, nem sobre as características dos consumidores dependentes de drogas. Quer isto dizer que, tanto a *prevalência do fenómeno*, como os *indícios da sua evolução*, são *abordados por via indirecta* através de duas fontes administrativas: o registo produzido pelas Comissões de Dissuasão da Toxicodependência (CDT), para onde são encaminhados todos os indivíduos “surpreendidos”, pelas forças de segurança, a consumir, ou em posse de substâncias estupefacientes para consumo, e o número anual de novas consultas nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) do Ministério da Saúde.

Como tal, pretendendo-se conhecer o impacto da problemática no concelho foram contactadas, por um lado, a PSP e a GNR, por outro, as cinco entidades que, ou pela prevenção, ou pelo tratamento, ou ainda pela integração, têm um papel activo no combate à toxicodependência: as unidades especializadas do IDT no concelho, ou seja, o CAT e a Unidade de Prevenção; a

<sup>1</sup> DEPP/MTS: “Portugal 1995-2000: Perspectivas da Evolução Social”, Celta Editora, 2002, pág. 237.

Câmara Municipal de Évora, enquanto promotora do Plano Municipal de Prevenção Primária das Toxicodependências; a Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência; a Cáritas Diocesana de Évora; e o “Programa Vida-Emprego”.

Convém antes de mais referir que existe uma diferença entre o consumo de drogas e a toxicodependência. De acordo com o Código Internacional de Doenças (CDI.10) da OMS, a dependência química é considerada uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser estacionada pela abstinência, e consiste num *“Conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras actividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.”*. Aparentemente, interessa mais saber se a droga causa ou não a sua procura e o uso compulsivo, antes de analisar as consequências negativas ao nível social e da saúde. Ou seja, de certa forma pode dizer-se que são a regularidade de consumos e os sintomas de privação que permitem distinguir entre o **toxicodependente** e o **consumidor não toxicodependente**: *“Devemos considerar a dependência à luz da abstinência, ou seja, só podemos considerar dependente a pessoa que experimenta algum tipo de mal-estar quando abstinente”*<sup>2</sup>. A necessidade desta distinção é óbvia, porque implica intervenções distintas.

Tendo por base estes dois conceitos, uma vez que não existem estudos mais detalhados, e outros mais específicos, como o inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa, não apresenta um nível de desagregação suficiente para servir os objectivos deste documento concelhio, realizámos a nossa análise sobre a incidência do fenómeno no concelho, com base na população toxicodependente residente acolhida pelo CAT, e na população consumidora, não toxicodependente, residente no concelho, sinalizada pela CDT. Esta análise, bem como o testemunho das forças de segurança acerca dos consumos, irão ser apresentados na segunda parte deste documento, antecédidos por uma reflexão sobre os recursos do concelho para as três fases de actuação: prevenção primária, tratamento e reinserção sócio-profissional.

<sup>2</sup> Ballone GJ – *Dependência Química* – in. **PsiquWeb**, Internet, disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/drogas.html>>, 2003

## Os recursos do concelho para os três eixos de actuação na problemática da toxicodependência: prevenção primária, tratamento e reinserção sócio-profissional

A problemática da toxicodependência implica um processo que deve ser considerado a três níveis:

- » Prevenção Primária;
- » Tratamento;
- » Reinserção Sócio-Profissional.

Relativamente à área da **prevenção primária**, o concelho dispõe de várias instituições que se dedicam a actividades neste âmbito.

A Unidade de Prevenção de Évora, do IDT, sendo de âmbito distrital, tem desempenhado diversas actividades no concelho. É da sua competência, entre outras, desenvolver programas e projectos com interesse no âmbito da prevenção primária das toxicodependências e incentivar e apoiar a participação das instituições da comunidade no desenvolvimento de acções no mesmo âmbito.

Inserido no Programa Quadro Prevenir II está o projecto “Consolidar os Laços”, que durará até 2004, com um gabinete de apoio à família, dinamizado pela ADBES. No âmbito do Plano Municipal das Toxicodependências, em parceria com a Câmara Municipal de Évora, os dois projectos: “Caravana da Prevenção”, enquadrado no eixo de espaços de lazer, recreativos e desportivos, também ele dinamizado pela ADBES, e o “Mais Vale”, no eixo da intervenção em meio escolar, dinamizado pela Sociedade Harmonia Eborense.

Recentemente, a Unidade de Prevenção realizou um protocolo com o IPJ, na área da informação e formação, procurando aproximar as políticas de prevenção primária das políticas e programas da juventude; e outro com a Universidade de Évora, no âmbito da formação e investigação.

A inovação proporcionada por este tipo de iniciativas ainda não permite fazer um ponto da situação, em termos das repercussões na comunidade. Espera-se que numa futura actualização do diagnóstico concelhio possa avaliar-se o impacto destas acções.

A Câmara Municipal de Évora tem também vindo a assumir uma preocupação crescente em relação à problemática da toxicodependência, nomeadamente a nível preventivo, através de acções de carácter cultural, desportivo e recreativo.

Para além destas acções, com o Plano Municipal de Prevenção Primária das Toxicodependências de Évora, este município pretende promover a articulação com as associações privadas

sem fins lucrativos, ajudando a consolidar o trabalho destas entidades nesta área de intervenção, entendendo que a prevenção primária deve ser assumida como uma competência partilhada entre os diversos sectores da sociedade. Assim, este Plano Municipal de Prevenção Primária surge duma parceria estabelecida entre a Câmara Municipal de Évora e o Instituto da Droga e da Toxicodependência, responsáveis pelo apoio, gestão financeira e técnica deste Plano.

De resto, como referido anteriormente, estão envolvidas também no Plano as entidades promotoras dos projectos que o integram: a Associação para o Desenvolvimento e Bem Estar Social (ADBES) e a Sociedade Harmonia Eborense.

Uma das áreas prioritárias de intervenção é a prevenção em meio escolar, cujo projecto, da responsabilidade da Sociedade Harmonia Eborense, designado “Mais Vale”, visa envolver toda a comunidade educativa, uma vez que a escola constitui um meio privilegiado para desenvolver acções de prevenção primária, ao nível da informação e formação, bem como diagnosticar potenciais grupos de risco. Assim, o presente eixo de intervenção visa a actuação junto de crianças, dos jovens, das suas famílias e agentes educativos, a partir do meio escolar, numa lógica de promoção e de educação para a saúde, com uma dimensão específica de prevenção da toxicodependência.

Outra área de intervenção ou eixo de acção deste Plano são os espaços, de lazer e desportivos, sendo projecto da responsabilidade da Associação para o Desenvolvimento e Bem Estar Social, designado “Caravana da Prevenção”, que visa intervir em espaços que surgem de forma espontânea na sociedade, sendo que estes mesmos locais promovem iniciativas e respostas que afectam o dia a dia da população, traduzindo-se por isso em espaços de intercâmbio de experiências e de conhecimentos que enriquecem todos os membros.

Tendo sido iniciado em 2003, o Plano pretende ser um trabalho com continuidade, adequando os projectos às transformações da realidade. Cada projecto constante do Plano é accionado por um ano, com possibilidade de renovação até quatro anos.

Também nesta área da prevenção primária a Cáritas Diocesana tem desenvolvido um esforço, ainda que mais localizado, intervindo essencialmente junto da população que frequenta o seu ATL, onde desenvolve algumas campanhas de sensibilização e actividades, com a prevenção como objectivo.

O CAT dispõe de um Grupo de Prevenção Primária, cujas actividades são essencialmente respostas a pedidos da comunidade, nomeadamente escolas, procurando orientar cada pedido numa perspectiva de intervenção sistemática, organizada e orientada.

A fase do **tratamento**, por seu turno, implica inicialmente que se faça um acolhimento ao toxicodependente. À sinalização destas situações, por parte de qualquer entidade que trabalhe com a população toxicodependente (Segurança Social, Cáritas, CDT, ou outras), uma vez diagnosticada a intenção de tratamento, segue-se o encaminhamento para o CAT, já que esta é a instituição do concelho que procede à avaliação da situação individual e conjuntural da pessoa consumidora, encaminhando-a posteriormente para a consulta, onde é então elaborada uma história clínica, um diagnóstico, e se define uma estratégia terapêutica que envolva as respostas adequadas à situação das pessoas e dos seus familiares.

As respostas terapêuticas do concelho são, no CAT, consultas de psicoterapia individual; terapia familiar; consultas médicas com incidência em doenças infecto-contagiosas; consultas de apoio a familiares e de apoio a grávidas e puérperas; o programa de substituição opiácea (metadona alto e baixo limiar e buprenofina); o programa antagonista; o programa terapêutico com psicofármacos ou o programa sem medicação. E, na Cáritas, a Comunidade Terapêutica.

Relativamente à Cáritas, deve referir-se o facto de ter acolhido, em 2002, 38 utentes, 4 dos quais são residentes do concelho, referenciados pelo IDT – Delegação Regional do Alentejo e 44 utentes em 2003 (até Outubro), 7 dos quais residentes do concelho, referenciados pela mesma entidade. Os critérios de admissão baseiam-se na solicitação de tratamento de forma livre e voluntária, por parte do toxicodependente; na aceitação plena, por parte do mesmo, das exigências do programa e do contrato terapêutico estabelecido; e na condição de uma desintoxicação prévia, prescrita ou de acordo com o Director Clínico do Programa Terapêutico. O internamento implica uma determinação prévia acordada, com os requisitos legais em vigor para as unidades de saúde.

A Comunidade Terapêutica de que dispõem no concelho é destinada a homens, com mais de 18 anos, afectados pelo problema do abuso de substâncias tóxicas que geram dependência e por outras alterações ou perturbações do comportamento, com desejo de mudança e que livremente peçam a sua admissão e sejam admitidos pela direcção da mesma, de acordo com os critérios estabelecidos. Esta comunidade dispõe de 21 camas convencionadas com o Ministério da Saúde/ IDT. Funciona de acordo com um modelo terapêutico que consiste numa atenção personalizada dirigida ao utente, mediante diagnóstico e prescrição terapêutica individualizada, que integra, na vida em grupo, a metodologia hierárquica, na medida em que é proposta uma hierarquia de valores e de relações, com vista a conseguir um desenvolvimento pessoal, uma autonomia e uma responsabilidade progressivas do utente, para uma integração familiar, social e laboral libertadora e digna.

Algumas lacunas identificadas na área do tratamento prendem-se com a escassez de recursos. O CAT, por exemplo, não dispõe de um psiquiatra, fundamental quer na fase de diagnóstico, quer

no acompanhamento do tratamento. Outra dificuldade advém do consumo de determinadas substâncias para as quais ainda não existem meios terapêuticos. Existe alguma dificuldade, por exemplo, no tratamento a cocainómanos exclusivos, ou seja, a indivíduos toxicodependentes que consomem unicamente cocaína. Isto porque, se há um meio medicamentoso para a substituição de heroína, não o há para a cocaína. Muitas vezes dá-se o caso de politoxicodependentes em programa de metadona recaírem pela cocaína ou pelo álcool. Por outro lado, a adição às drogas sintéticas também levanta o mesmo tipo de problemas.

Tal como já foi anteriormente referido, é um facto comprovado que a toxicodependência é um dos principais mecanismos de exclusão social nos nossos dias. A desestruturação familiar e a ruptura de laços com a comunidade e com as instituições são consequências bem visíveis desta problemática. Consequentemente, a **reinserção sócio-profissional** do toxicodependente é um passo fundamental, quer para o próprio, quer para a família ou para a sociedade em geral: trata-se de uma etapa indissociável do tratamento, sem a qual não se pode considerar que o indivíduo se encontre verdadeiramente recuperado.

É neste âmbito que surge, da parte do CAT, uma articulação entre os técnicos do serviço e todas as instituições da comunidade que possam contribuir neste sentido.

A Cáritas, por seu turno, dispõe no concelho, de um Apartamento de Reinserção Social masculino, uma estrutura de apoio residencial, para promover a reinserção social em ambiente semi-protegido.

Assim, estas e muitas outras entidades, em colaboração com a Agência Regional do Alentejo do “Programa Vida-Emprego”, ou com o programa “Ser Cidadão”, promovido pela Câmara Municipal de Évora, procuram desenvolver respostas que preencham as necessidades e expectativas pessoais dos indivíduos, através da promoção da formação e do emprego, adaptados às especificidades da reinserção do toxicodependente.

O programa autárquico “Ser Cidadão”, tendo um público alvo mais alargado (uma vez que visa igualmente a inserção sócio-profissional de reclusos, ex-reclusos e deficientes), oferece oportunidades de emprego a toxicodependentes que, sendo muitas vezes excluídos do mercado de trabalho, demonstrem interesse e empenhamento em desenvolver uma actividade profissional. Esta etapa de integração profissional é fundamental para que os indivíduos se sintam novamente integrados e ganhem uma nova motivação para se manterem afastados das drogas. Assim, têm a oportunidade de estagiar durante nove meses (financiados, na totalidade, pelo programa Vida-Emprego), prolongando-se a sua actividade por um contrato de dois anos (financiado parcialmente pela mesma entidade). As duas vagas existentes nesta autarquia, destinadas a toxicodependentes, estiveram preenchidas em 2003, sendo que a possibilidade de continuarem

a exercer as suas funções, após dois anos e nove meses, segue o procedimento normal de contratação na função pública.

A Agência Regional do Alentejo do “Programa Vida-Emprego” tem um âmbito territorial muito abrangente, interessando-nos neste documento especificar as inserções ao nível do concelho de Évora.

O Programa dispõe de cinco medidas específicas:

- » Estágios de Integração Sócio-Profissional;
- » Apoio ao Emprego;
- » Apoios ao Auto-Emprego;
- » Mediação para a Formação e o Emprego;
- » Prémio de Integração Sócio-Profissional.

Durante o ano de 2003, até Outubro, das 104 inserções ao abrigo das medidas específicas do Programa, 17 ocorreram no concelho de Évora: 7 na medida Estágio de Integração Sócio-Profissional, que visa a inserção de toxicodependentes na vida activa, através de uma formação profissional prática, remunerada, com uma duração (em regra) não superior a nove meses, a decorrer em contexto real de trabalho; 7 na medida Apoio ao Emprego, que se destina a apoiar entidades que empreguem toxicodependentes, através da atribuição de subsídios destinados a comparticipar nos encargos com a remuneração, segurança social e outros, dos trabalhadores admitidos; 1 na medida Apoio ao Auto-Emprego, que se destina a apoiar toxicodependentes que criem o seu próprio emprego, através da comparticipação nas despesas de investimento, início da actividade e despesas iniciais de funcionamento de unidades empresariais que, independentemente do seu estatuto jurídico, sejam promovidas por toxicodependentes; e 2 apoios na medida Prémio de Integração, que apoia as entidades empregadoras que admitam toxicodependentes, preferencialmente os que transitam de uma das outras medidas do Programa, mediante contrato de trabalho sem termo.

No que diz respeito à inserção em medidas gerais do IEF (tais como cursos de formação profissional dos Centros de Formação Profissional, POC's e subsidiados pelos Centros de Emprego, Programa de Inserção-Emprego, etc.) registaram-se mais 7 inserções.

Ou seja, 24 utentes do concelho com problemas de toxicodependência usufruíram em 2003 do “Programa Vida Emprego”. Relativamente ao perfil destes utentes, todos têm mais de 25 anos, 64% são do sexo masculino e 36% do feminino. A esmagadora maioria tem um nível de escolaridade baixo, situado entre o ensino básico e o 9º ano. A percentagem de utentes com o 12º ano concluído ronda os 20%. Constata-se também a existência de uma reduzida formação e/ou especialização profissional dos utentes do programa no concelho, aliás como no resto do Alentejo.

### Toxicodependência e consumos pontuais: a população toxicodependente acolhida pelo CAT de Évora e os consumidores sinalizados pela CDT de Évora

Segundo os dados disponibilizados pelo CAT de Évora, desde Abril de 1996 até Setembro de 2003, foram acolhidos por esta entidade 1001 utentes, dos quais **402 têm residência no concelho de Évora**, sendo necessário referir que, do universo dos 1001 utentes do CAT, existem 270 cujo concelho de residência não foi identificado, pelo que há possibilidades de uma parte destes residir no concelho de Évora. Seja como for, independentemente de deixarmos esta hipótese sublinhada, por uma questão de fiabilidade, devemos contar apenas com os 402 utentes com residência comprovada no concelho.

Tendo em conta o universo do concelho (402 utentes) é muito importante referir que 393 estão identificados por freguesia de residência (ou seja, existem 9 utentes dos quais se desconhece a freguesia de residência) e que **92,6% deste universo são residentes em freguesias urbanas** e apenas 7,4% residem em freguesias rurais.

Será por isso legítimo dizer que o *fenómeno da toxicodependência incide especialmente na zona urbana do concelho*, com especial destaque, no caso específico dos utentes do CAT, para a freguesia da **Malagueira** e freguesia da **Senhora da Saúde**.

Uma outra característica relevante prende-se com o sexo e a idade dos utentes: assim, dos 402 indivíduos, **83% são do sexo masculino** e 17% do sexo feminino; à data do acolhimento, a maior percentagem encontra-se no grupo etário dos **25-29 anos** (32%), imediatamente seguido pelo grupo etário dos **20-24 anos** (26%). Verifica-se, no entanto, um decréscimo quando é abordada a média das idades do início de consumo regular de substâncias.

Primeiro, convém referir que a substância que atrai um **maior número de consumo regular** dos utentes do concelho que são acolhidos pelo CAT são os **opiáceos (nomeadamente a heroína)**, **atingindo 57,5% deste universo** e cuja média da idade de início de consumo regular se situa entre os 21,2 anos para os homens e os 20,8 anos para as mulheres.

O tabaco é a substância que, encontrando-se entre as três onde se verifica um maior numero de consumo regular, se detecta a média de idade de início de consumo regular mais baixa (13,7 anos nos homens e 14,8 anos nas mulheres), seguido dos alucinógenos e da cannabis. Veja-se o quadro:

Quadro n.º 34

Substância	N.º de utentes c/ consumo regular		Média da idade de início de consumo regular		Média de anos de consumo regular	
	M	F	M	F	M	F
Álcool	20	20	16,2	20,5	12,8	15,0
Álcool (abuso)	28	6	18,1	21,7	12,3	7,7
Alucinógenos	4	1	16,3	15,0	8,8	<b>24,0</b>
Cannabis	72	8	16,0	16,0	<b>13,2</b>	9,3
Cocaína	41	11	20,8	21,6	7,8	4,0
Ecstasy	5	-	20,8	-	4,4	-
Estimulantes	8	2	21,0	16,5	10,3	<b>21,5</b>
Opiáceos	<b>231</b>	46	21,2	20,8	7,0	4,7
Sedativos	26	2	19,5	17,5	9,0	14,0
Tabaco	63	13	<b>13,7</b>	<b>14,8</b>	<b>15,6</b>	10,5

Fonte: Caracterização dos utentes, residentes no concelho, acolhidos pelo CAT desde 15-04-1996 até 09-09-2003

Ainda relativamente ao *universo feminino*, cuja situação profissional e habilitações literárias foram apuradas, pode constatar-se que a **maior parte das utentes (46%) se encontram desempregadas há mais de um ano**, e que, em termos de habilitações literárias, a maior parte (35%) **tem o 3º ciclo**; curiosamente, nos *homens* a **maior incidência (30%) regista-se em indivíduos com um emprego estável**, e a maior parte (38%) **tem o 2º ciclo**.

Um outro dado preocupante que caracteriza esta população utente é o facto de que **40% tem filhos**. Assim, para além de termos uma população toxicodependente muito jovem, não podemos deixar de reflectir sobre o impacto desta situação nos menores que convivem regularmente com o fenómeno.

Não deve também deixar de ser referido o facto de que grande parte dos toxicodependentes admite o consumo de várias substâncias, quer ao longo da vida, quer nos 30 dias anteriores ao acolhimento. Da relação passível de ser efectuada pelo CAT, é apresentada uma média de 4,1 tipos de substâncias consumidas, por utente, ao longo da vida e uma média de 3 tipos de substâncias consumidas, por utente, só nos últimos 30 dias anteriores ao acolhimento, sendo que a grande maioria, 51%, admite só neste período ter consumido cocaína, heroína e outras.

Incidindo sobre dados mais circunscritos, e o mais recentes possível, o *Relatório Anual do CAT de 2002* confirma o acolhimento durante esse ano de 55 utentes. No entanto, em 40% dos casos não foi identificado o concelho de residência. Dos 33 utentes cujo concelho de residência foi identificado, 36,4% pertencem a Évora, sendo as freguesias mais afectadas a Malagueira (14,5% dos utentes) e a Sra. da Saúde (10,9%), não havendo nenhum caso registado em freguesias rurais.

Para completar esta caracterização, já só é possível recorrer aos dados da CDT relativos aos **consumidores não toxicodependentes**, uma vez que os toxicodependentes são encaminhados para o CAT, onde ficam registados como utentes, se não for o caso de já o serem.

Relativamente aos dados sobre consumo, foram indiciados e estão sinalizados na CDT, entre Julho de 2001 e Setembro de 2003, **34 indivíduos com residência no concelho**.

À semelhança da população toxicodependente sinalizada pelo CAT, a maior parte dos indivíduos indiciados por consumo são residentes na freguesia da **Malagueira (32%)**, seguida das freguesias da Sé e São Pedro (18%), Senhora da Saúde, Horta das Figueiras e Bacelo (12%). Mais um reforço à ideia de que é em zona urbana que este fenómeno incide com maior intensidade.

Curiosamente, no que respeita à distribuição por sexo e grupos etários dos indiciados, **88% são do sexo masculino** e 12% do sexo feminino, tal como no CAT, da mesma forma que o grupo etário onde se regista a maior incidência de casos é o dos **20-24 anos (41%)** seguido, no entanto, do grupo dos 16-19 anos (35%), que já não é tão significativo nos casos de toxicodependência, mas que vem reforçar os dados do CAT relativamente à idade de início dos consumos.

Deste universo de indiciados, **91% consumiam ou estavam em posse de haxixe** e os restantes 9% consumiam ou estavam em posse de heroína. **A idade média de início de consumos aponta para os 15,5 anos**. Convém ainda referir que **41% concluíram o 2º ciclo**, seguidos dos 26% cuja habilitação literária é o 3º ciclo. Quanto à situação face ao emprego, o número mais significativo indica que **41% estão empregados**. A destacar ainda o facto de que **82% tem filhos**.

Para além destes dados, é necessário fazer referência ao facto de que **18% deste universo é constituído por menores**. Estes são encaminhados para o Centro de Saúde, onde são acompanhados por um psicólogo.

Relativamente à **evolução e ao padrão dos consumos**, de acordo com a PSP e a GNR, o haxixe é uma substância cujo consumo e tráfico estão generalizados. É consumida e traficada por todo o concelho, sem haver maiores concentrações numa ou outra área. É inclusivamente do

entendimento destas entidades que haverá um maior à vontade por parte dos consumidores desde a descriminalização, sendo que a necessidade de um maior rigor no encaminhamento para a aplicação contra-ordenacional se prende com a falta de meios para actuar de forma mais eficaz.

A heroína, por seu turno, é consumida geralmente em sítios mais reservados, nomeadamente na habitação do traficante, com especial incidência no bairro da Malagueira e no bairro da Cruz da Picada. No entender destas entidades, não se tem constatado um aumento significativo no consumo de heroína. Os novos consumos registam-se mais frequentemente em indivíduos cuja droga de eleição é a cocaína e para os quais a heroína funciona como estabilizador dos efeitos da primeira.

Os consumos de cocaína e ecstasy parecem estar a aumentar, e estão em grande parte relacionados com os espaços de convívio nocturnos, onde muitas vezes se trafica e se consome.

Por fim, vejamos um quadro comparativo dos principais indicadores que nos permitem caracterizar a população do concelho que consome drogas, a partir de duas fontes administrativas: o CAT dá-nos a perspectiva da toxicodependência, a CDT a perspectiva do consumo.

**Quadro n.º 35 |** Quadro comparativo das variáveis mais significativas na população toxicodependente (CAT) e na população consumidora (CDT)

	CAT <sup>3</sup>	CDT <sup>4</sup>
<b>Sexo</b>	Masculino 83%	Masculino 88%
<b>Freguesia de Residência</b>	Malagueira 16,7%	Malagueira 32%
<b>Grupo etário</b>	25-29 Anos 32%	20-24 Anos 41%
<b>Habilitações literárias</b>	2º Ciclo 35%	2º Ciclo 41%
<b>Situação face ao emprego</b>	Desempregado há + de um ano 30%	Empregado 41%
<b>Substância de consumo mais frequente</b>	(Politoxicodependentes) 57,5% com consumo regular de opiáceos	Haxixe 91%
<b>Agregado familiar</b>	Com filhos 40%	Com filhos 82%

<sup>3</sup> Dados relativos ao período 1996/2003.

<sup>4</sup> Dados relativos ao período 2001/2003.

### Considerações Finais

Em suma, tendo em conta a caracterização apresentada, e ainda que, tratando-se de uma constatação indirecta, com base em fontes administrativas, podemos afirmar que o fenómeno da toxicodependência assume, no concelho de Évora, as seguintes características: **é essencialmente um fenómeno urbano, que afecta na sua maioria o sexo masculino, e uma faixa etária bastante jovem e com filhos.**

Tal como foi referido anteriormente e convém sempre realçar, não há possibilidade de fazer um outro tipo de caracterização desta população, sem ser através dos registos das fontes referenciadas. Os números de toxicodependentes e de consumidores não toxicodependentes são certamente muito superiores ao universo apresentado. Aquilo de que nos vale este tipo de análise é apenas uma noção global do panorama ao nível do concelho. Permite-nos reconhecer determinadas características desta população, o que por sua vez já é um bom ponto de partida para a intervenção.

Obviamente não podemos cair em determinismos, não existe um único grupo etário afectado pela problemática, assim como não é a situação profissional que determina o envolvimento dos indivíduos com as drogas. Sabemos sim, que em termos globais, se constata uma maior incidência em determinadas variáveis. Tanto a PSP como a GNR são unânimes em afirmar que a zona urbana é muito mais propícia ao tráfico e ao consumo de drogas, o que não invalida o consumo em meio rural que existe, de facto.

Também, não podemos deixar de destacar alguns problemas que, não sendo exclusivamente concelhios, foram passíveis de ser identificados em Évora. É o caso da falta de recursos humanos, por exemplo psiquiatras para o acompanhamento dos toxicodependentes em tratamento, nomeadamente no CAT. Assim como a existência de equipamentos essencialmente vocacionados para o tratamento de heroinómanos e, por isso, alguma incapacidade de resposta face a outros consumos, nomeadamente, para o alcoolismo que tantos problemas levanta, quer para o indivíduo, como para o meio familiar, para os consumos das novas drogas (sintéticas), ou para os consumos de cocaína (principalmente quando surgem casos de cocainómanos exclusivos). Problema este que é ainda mais grave quando se constata que o aparecimento de novos consumos se verifica essencialmente em relação ao ecstasy (ou outras drogas sintéticas) e à cocaína, e nem tanto no que respeita à heroína, de acordo com a percepção das forças de segurança.

Numa outra perspectiva, é necessário realçar a filosofia do Plano Municipal de Prevenção Primária das Toxicodependências, que pode ser vista como uma boa-prática passível de ser aplicada a qualquer área de intervenção, já que assenta num planeamento sistemático do trabalho,

envolvendo todos os parceiros e a própria população de forma contínua, intervindo nas causas e problemas, fazendo, sobretudo, uma boa utilização dos recursos existentes. Procura actuar em articulação com todos os intervenientes a nível local, como a melhor forma de ultrapassar o risco de criar uma política social pontual e sectorial, sem coerência global, e de promover instâncias locais de participação e planificação. A constituição de uma base de parceria alargada revela-se a única forma de gerar um processo de desenvolvimento coerente e implica desenhar projectos de acção colectivos, em vez de multiplicar acções isoladas, e por vezes, concorrentes.

Em suma, tendo a consciência de que muito fica por dizer e sabendo que se trata de um documento exploratório, gostaríamos de pensar que o tipo de pistas que um diagnóstico como este oferece, pode suscitar a vontade de aprofundar a temática no concelho ou, dentro das suas limitações, ajudar a definir os eixos mais básicos para novas estratégias de intervenção concertadas, a partir de um conhecimento mais objectivo.

## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Falta de recursos humanos especializados (Psiquiatras);
- » É essencialmente um fenómeno urbano, que afecta na sua maioria o sexo masculino, numa faixa etária bastante jovem e com filhos;
- » Incapacidade de resposta face a outros consumos, nomeadamente, para o alcoolismo, as novas drogas (sintéticas), ou para os consumos de cocaína.

## Respostas Específicas para os três Eixos de Intervenção da Toxicodependência

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

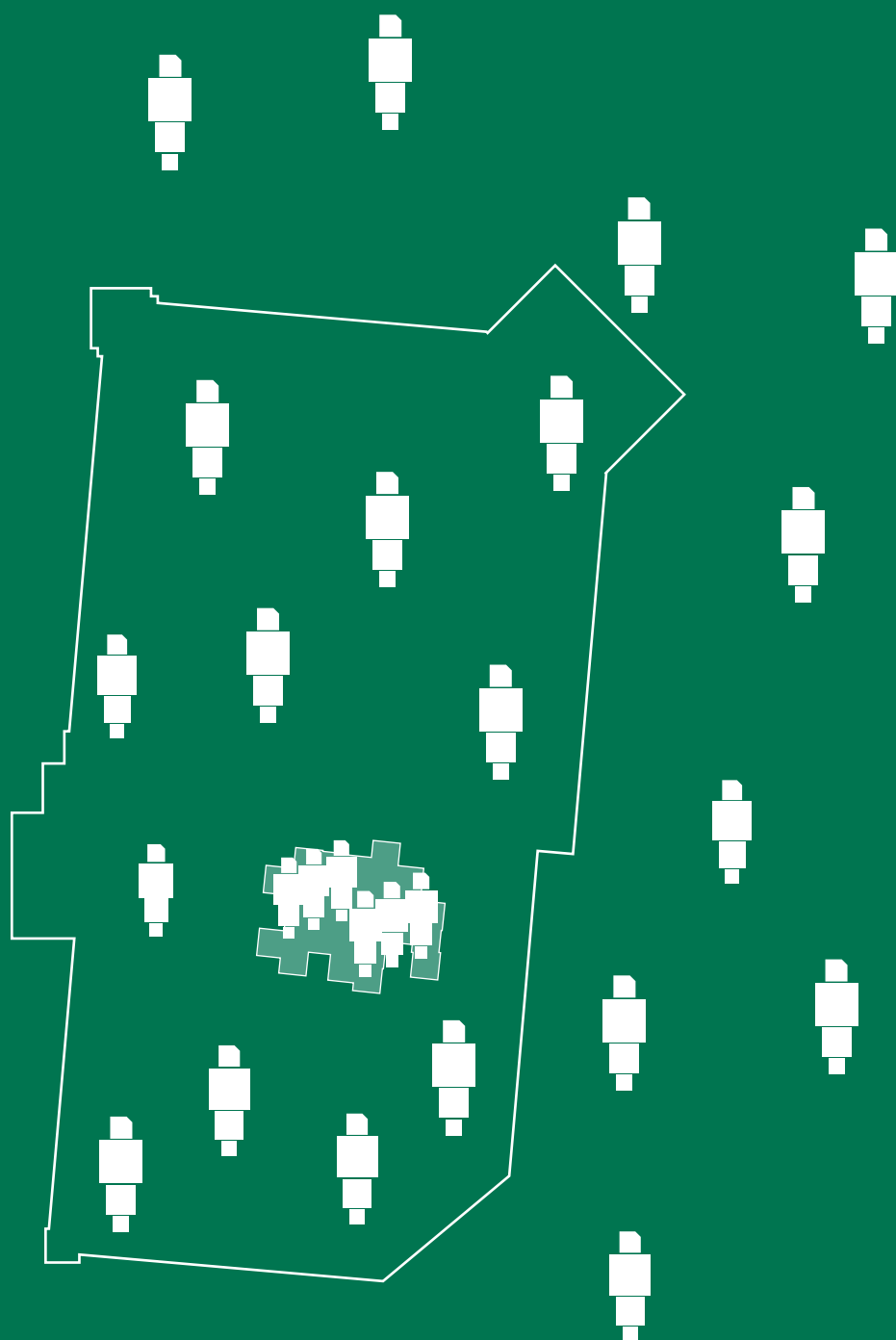
Eixos de Intervenção	Entidade	Respostas Específicas	Tipo de Intervenção	N.º de utentes apoiados pelas instituições do concelho
Prevenção Primária	IDT	Unidade de prevenção	Desenvolve, apoia, promove e divulga programas e projectos no âmbito a prevenção primária, entre os quais o Plano Municipal de Prevenção Primária das Toxicodependências, ao qual presta apoio ao nível da gestão financeira e técnica.	- *
		Centro de Atendimento a Toxicodependentes	As actividades que desenvolve são essencialmente respostas a pedidos da comunidade, nomeadamente escolas, procurando orientar cada pedido sempre numa perspectiva de intervenção sistemática, organizada e orientada.	--
	Cáritas Diocesana de Évora	ATL	Embora o objectivo principal da existência desta valência não seja a prevenção primária da toxicodependência, são aqui desenvolvidas campanhas de sensibilização e actividades vocacionadas para esta problemática.	--
	Câmara Municipal de Évora	Plano Municipal de Prevenção Primária das Toxicodependências (PMPPT)	Promove e financia a articulação com as associações privadas sem fins lucrativos, ajudando a consolidar o trabalho destas entidades nesta área de intervenção: prevenção primária da toxicodependência.	--
	Sociedade Harmonia Eborensis	Projecto "Mais Vale"	Integrado no (PMPPT) Actua junto de crianças, jovens, famílias e agentes educativos, a partir do meio escolar, numa lógica de promoção e de educação para a saúde, com uma dimensão específica de prevenção da toxicodependência.	--
	ADBES	Projecto "Caravana da Prevenção"	Integrado no (PMPPT) intervém em espaços que surgem de forma espontânea na sociedade, sendo que estes locais promovem iniciativas e respostas que afectam o dia a dia da população, traduzindo-se por isso em espaços de intercâmbio de experiências e de conhecimentos que enriquecem todos os membros.	--
		Projecto "Consolidar os Laços"	Gabinete de apoio à família.	80

\* As entidades para as quais não foi indicado um número de utentes apoiados desenvolvem actividades cujo público alvo é variável e, portanto, o parâmetro não se aplica.

Eixos de Intervenção	Entidade	Respostas Específicas	Tipo de Intervenção	N.º de utentes apoiados pelas instituições do concelho
Tratamento	Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT)	Acolhimentos; Consultas; Programa de Substituição Opiácea; Outros Programas Terapêuticos; Consulta de Enfermagem.	Diagnóstico e orientação para o programa terapêutico mais indicado; Consulta de Psicoterapia Individual; Terapia familiar; Consultas médicas; Apoio a familiares; Consultas de apoio a grávidas e puérperas; Programa de substituição opiácea (metadona e buprenorfina); Outros Programas Terapêuticos: antagonista; psicofármacos; sem medicação; Análises e vacinação;	402 utentes (dados relativos ao período 1996-2003)
	Cáritas Diocesana de Évora	Comunidade Terapêutica	Comunidade masculina, para utentes com mais de 18 anos.	44 utentes (Jan. / Out. 2003)
Reinserção Sócio-Profissional	Instituto de Emprego e Formação Profissional	Programa "Vida Emprego"	Estágio de integração sócio-profissional; Apoio ao emprego; Apoios ao auto-emprego; Mediação para a formação e o Emprego; Prémio de integração sócio-profissional;	7 7 1 - 2 (Jan./Out. 2003)
	Câmara Municipal de Évora	Poc's; Cursos de Formação Profissional; Outros	Inserção em medidas gerais.	7 (Jan. / Out. 2003)
	Cáritas	Programa "Ser Cidadão"	Inserção sócio-profissional de toxicodependentes, reclusos, ex-reclusos e deficientes.	2 integrações (2002 / 2003)
		Apartamento de Reinserção Social (masculino/feminino)	Apoio residencial, promoção da inserção social em ambiente semi-protégido.	5 mulheres 17 homens (Out. 2003)

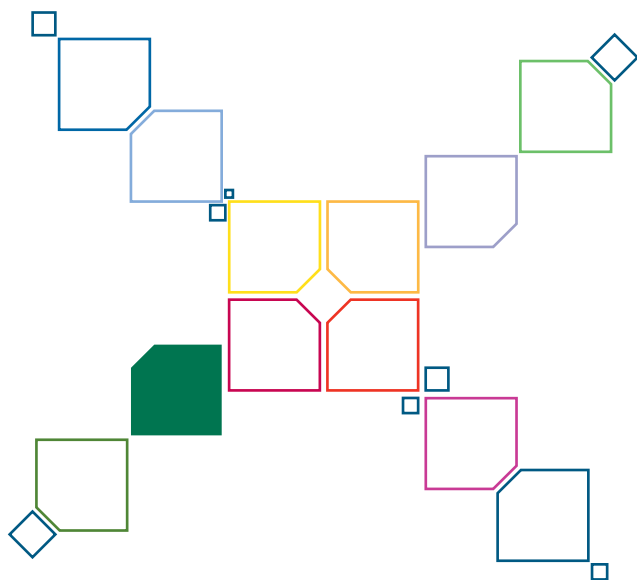


# imi gração



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## O Fenómeno da Imigração no Concelho de Évora

**P**ortugal foi, durante séculos, um país em que a maior parte da população se viu forçada a emigrar para poder sobreviver. A história de cada uma das inúmeras comunidades portuguesas espalhadas por todo o mundo espelha esta dura realidade. Contudo, essencialmente desde os anos 90, Portugal tornou-se também num destino para muitos imigrantes. De tal forma este fenómeno começa a ganhar visibilidade em território nacional que a imigração passa a dominar os movimentos migratórios externos.

imi  
gração

Em 1974, o país começou a receber vagas de imigrantes dos PALOPS, da Europa e de outras regiões do mundo, tendo o fenómeno vindo a intensificar-se ao longo dos anos. Esta realidade é bem visível nas ruas, nas fábricas, nos centros de saúde, nos transportes, nas obras, bem como em qualquer outro cenário quotidiano, evidenciando que estas comunidades têm vindo a integrar-se de forma gradual na sociedade portuguesa. No entanto, começam também a surgir problemas de ordem social e económica, de certa forma preocupantes, entre eles a questão do desemprego, da falta de pagamento dos salários, da legalização e da exploração humana.

Uma vez que a mobilidade geográfica das populações assume múltiplas formas (movimentos de carácter esporádico, migrações pendulares, internas, externas, imigração, emigração), é necessário, desde já, clarificar o conceito central da análise que aqui se pretende: “imigrante”. Assim, o **imigrante (internacional)**<sup>1</sup> pode definir-se como **alguém que, tendo migrado para**

<sup>1</sup> In: ROSA, M<sup>a</sup> João Valente; SANTOS, Tiago; SEABRA, Hugo: “Contributos dos ‘Imigrantes’ na Demografia Portuguesa: o papel das populações de nacionalidade estrangeira”, ACIME, 2003

um país, que não é o de origem, aí passa a residir durante um período continuado. O critério de espaço surge, assim, como um atributo fundamental desta noção, tal como o *factor tempo*, que define o período em que a pessoa reside no território de destino. Existem ainda outros dois tipos de imigrantes:

- » Os nacionais, de Estados-membros da comunidade europeia que, segundo o Decreto-lei n.º 60/93 de 3 de Março, alterado pelo Decreto-lei n.º 250/98 de 11 de Agosto, não se encontram obrigados à apresentação de qualquer tipo de visto à entrada em território nacional;
- » Os estrangeiros, casados com cidadãos comunitários (incluindo nacionais) aos quais apenas basta serem portadores de um cartão de residência.

Além destes critérios, as Nações Unidas recomendam ainda que só deve ser entendido como residente permanente num determinado país aquele que tenha residido num mesmo local por um período igual ou superior a um ano. De acordo com esta condição, excluem-se certos movimentos de carácter esporádico, como por exemplo as viagens de turismo.

De acordo com o censo de 2001, a população de nacionalidade estrangeira a residir em Portugal equivale a uma magra fatia da população total (cerca de 2,2%). Contudo, o seu contributo para o aumento de residentes no país foi significativo.

**Quadro n.º 36 | Portugueses e estrangeiros residentes em Portugal (1991 – 2001)**

	1991 <sup>2</sup>	2001	Variação (absl)	Tx. Variação (%)
<b>Portugueses</b>	9 739 764	10 123 422	383 658	4
<b>Estrangeiros</b>	127 370	232 695	105 325	83
<b>Total</b>	9 867 147	10 356 117	488 970	5

Fonte: INE – Censo 2001

Tal como é possível observar através do quadro n.º1, o número de residentes estrangeiros no país registou, no período inter censitário, um aumento de 83%, variação que contrasta

<sup>2</sup> No censo de 1991 o valor total dos residentes em Portugal é ligeiramente maior que a soma das parcelas “portugueses” (inclui os cidadãos em que pelo menos uma das nacionalidades é portuguesa) e “estrangeiros” (inclui os cidadãos de nacionalidade estrangeira identificada, os apátridas e os cidadãos com mais de uma nacionalidade, sendo que nenhuma delas é Portuguesa).

nitidamente com os 4% de aumento da população residente de nacionalidade portuguesa. Assim, apesar desta população ser ainda, quantitativamente, pouco significativa, o seu crescimento representa aproximadamente 22% da variação absoluta da população observada em Portugal no referido período.

Este crescimento, extremamente significativo, implicou que as estruturas nacionais e locais começassem a criar mecanismos para lidar com o fenómeno da forma mais abrangente possível.

Assim, em termos de enquadramento legal, Portugal procura regular as questões da imigração através da Lei 22/2000 de 21 de Agosto, recentemente alterada pelo **Decreto-lei 34/2003 de 25 de Fevereiro**, que veio modificar o **regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional**. Estas alterações legislativas surgem na tentativa de controlar os fluxos migratórios, tendo em consideração que o êxito da intervenção no fenómeno da imigração está estritamente relacionado com a gestão destes fluxos. Em simultâneo, este **novo enquadramento legal criou normas que pretendem melhorar a integração dos imigrantes na sociedade**.

Não se pode esperar, ainda assim, que uma alteração legislativa seja suficiente para controlar um fenómeno. É igualmente importante que haja uma evolução ao nível do acompanhamento institucional, nomeadamente, em primeira instância, uma **redefinição das redes consulares nos países de acolhimento**<sup>3</sup>.

A necessidade de despertar consciências e de mobilizar os serviços locais para a intervenção neste fenómeno levou a que a Câmara Municipal de Évora realizasse, em 2003, as jornadas de reflexão, “Évora uma Porta Aberta para a Inclusão”, cujas principais conclusões, ao nível da caracterização quantitativa do fenómeno e em termos de respostas institucionais, servem agora de base à realização deste diagnóstico.

## Os contornos do fenómeno da imigração no concelho de Évora

Feito o enquadramento global da problemática ao nível nacional, interessa agora especificar (tendo em conta os dados disponíveis) o cenário ao nível concelho de Évora.

Através dos dados do último recenseamento (Censo de 2001), é possível observar o número de residentes estrangeiros no concelho de Évora, segundo a nacionalidade.

<sup>3</sup> Em Portugal ainda existem imigrantes que não têm um consulado onde se possam dirigir para receber acompanhamento e apoio aos mais variados níveis, tendo, irremediavelmente, que se dirigir ao país mais próximo onde exista um consulado do país de origem.

Quadro n.º 37 | População estrangeira residente no concelho de Évora, segundo a nacionalidade

EUROPA						ÁFRICA		OUTROS		TOTAL
União Europeia					Outros Europa	PALOP's	Outros África		Brasil	
Alemanha	Espanha	França	Reino Unido	Outros UE						
43	75	27	8	52	63	151	10	138	93	660

Fonte: Censo 2001

Mediante a observação do quadro anterior, é-nos possível constatar que o maior número de imigrantes residentes no concelho, à data do último recenseamento, era proveniente da União Europeia (268 indivíduos no total), com destaque para os indivíduos de nacionalidade espanhola (75 indivíduos).

Uma outra fonte de informação sobre a problemática da imigração no concelho de Évora é o **SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras**, autoridade de polícia criminal, com vasta e exclusiva competência nesta área de intervenção e cuja informação estatística se baseia em actos administrativos, reportando-se aos estrangeiros que se encontram em Portugal em **situação regular perante a lei**.

Este quadro do SEF indica o número de autorizações de residência no concelho concedidas até 1998 e entre 1999 e 2003. No primeiro período, assumem particular destaque as autorizações concedidas a indivíduos cabo-verdianos (376) e alemães (114). Estes destaques são possivelmente justificados, por um lado, dado o número significativo de cabo-verdianos que estudam na Universidade de Évora e, por outro lado, tendo em conta a indústria alemã existente no concelho, até àquela data.

Em suma, até 1998 e entre 1999 e 2003 residiram no concelho **1015<sup>4</sup> imigrantes**, maioritariamente indivíduos oriundos de **Cabo Verde (383)**, da **Alemanha (148)**, do **Brasil (80)**, e de **Espanha (78)**.

<sup>4</sup> Não se pode considerar este número (1015) como o total de imigrantes a residir no concelho, por motivos de ordem vária, nomeadamente porque o quadro expõe um registo daqueles que, relativamente a um ano específico, passam a ter autorização de residência no concelho, o que não quer dizer que muitos outros não residam lá com outro tipo de visto/autorização, e não exclui a hipótese de muitos já terem saído. Da mesma forma, somos obrigados a admitir que existem muitos imigrantes ilegais, dos quais o SEF não tem registo.



**Quadro n.º 38 |** Número de autorizações de residência concedidas até 1998 e desde 1999 até 2003, de acordo com a nacionalidade

Países de Origem	Até 1998	Em 1999	Em 2000	Em 2001	Em 2002	Em 2003	Totais
África do Sul	2						2
Alemanha	114	14	8	2	4	6	148
Angola	24	1	1	3	2	1	32
Áustria	7	1	1			3	12
Bélgica	6		1				7
Brasil	45	5	2	7	12	9	80
Bulgária	2	1					3
Cabo Verde	376		2	1	1	3	383
Canadá	2						2
China	5	5	2	8	9	5	34
Congo	1						1
Dinamarca	1			1			2
Equador					1		1
Espanha	55	3	4	5	5	6	78
E.U.A.	10		3				13
Filipinas	1						1
França	12	1	3	2	1	1	20
Grã-Bretanha	10	2	1				13
Guiné-Bissau	29			1	2	2	34
Guiné Conacri	2		1	1			4
Holanda	28	3		5	2	8	46
Hungria	3						3
Índia	1			1	2		4
Itália	8	4	1	3	2	1	19
Japão	1						1
Jugoslávia					1		1
Letónia		1					1
Luxemburgo	1			2			3
Marrocos			1		1		2
México	2						2
Moçambique	3	1	1	4	2	3	14
Moldávia				1		2	3
Noruega		1					1
Paquistão	4	1		1			6
Peru	1						1
Polónia	1						1
República Checa						1	1
Roménia	1	1			2	1	5
Rússia			1		3	2	6
S. Tomé e Príncipe	5	2	1	1			9
Senegal	1						1
Suíça	5	1					6
Turquia						1	1
Ucrânia	2					2	4
Uganda	2						2
Venezuela	2						2
<b>Totais</b>	<b>775</b>	<b>48</b>	<b>34</b>	<b>49</b>	<b>52</b>	<b>57</b>	<b>1015</b>

Fonte: SEF

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

Curiosamente, embora a questão específica dos imigrantes dos países de leste seja bastante debatida e preocupe as entidades que lidam com o fenómeno (o que será retratado mais adiante), na realidade, e no que respeita aos **registos de imigrantes legalizados**, a proporção que esta população assume não é de facto significativa. Este facto leva-nos a crer que a imigração ilegal será, em termos quantitativos, muito mais visível.

### As iniciativas no concelho de Évora destinadas à população imigrante

Ao nível do concelho de Évora tem-se assistido, nos últimos anos, ao multiplicar de esforços, por parte das instituições, para dar resposta às necessidades da população imigrante.

A **Cáritas Diocesana de Évora** é uma instituição atenta às diversas necessidades da comunidade diocesana, que procura concretizar a *“opção preferencial da igreja pelos mais pobres”*, tendo em conta que há diversas formas de pobreza e que esta pode não significar apenas falta de bens materiais, mas também isolamento, falta de afecto, discriminação e outras formas de exclusão.

Assim, preocupada com as questões da imigração, a Cáritas Diocesana de Évora possui há já algum tempo um grupo de voluntários que prestam apoio aos imigrantes do concelho, leccionando **curiosos de Língua Portuguesa**.

Em 2002, foram leccionados 2 cursos com a duração prevista de 3/4 meses, onde estiveram presentes cerca de 50 a 80 pessoas, em cada um deles; em 2003, foram leccionados também dois cursos de alfabetização.

Outras actividades que desenvolvem com a comunidade imigrante prendem-se com a realização de passeios e com actividades de carácter religioso.

Por outro lado, a Cáritas Diocesana de Évora, em parceria com o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, abriu durante o ano 2003 o **Centro Local de Apoio ao Imigrante (CLAI)**, um gabinete animado por um mediador da instituição anfitriã, onde existe um posto informático com acesso à Rede Nacional da Imigração.

Sempre que solicitado, o mediador do CLAI de Évora recebe os imigrantes e, mediante as problemáticas apresentadas, encaminha para os respectivos serviços.

De referir que desde a sua abertura, o CLAI recebeu sobretudo imigrantes oriundos dos **países de leste** (ucranianos), **cabo-verdianos e brasileiros**. Destes, a maioria são imigrantes ilegais, que procuram junto do mediador do CLAI uma resposta para resolver a sua situação.

De acordo com o Decreto-lei n.º 40/2003 de 19 de Setembro e tendo presente o Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre Portugal e a República Federativa Brasileira, de 22 de Abril de 2000, foi estabelecido um acordo entre ambos os territórios, que pretende facilitar aos cidadãos brasileiros a sua circulação no território e encontrar emprego. Após ter sido estabelecido este acordo, verificou-se uma maior afluência ao CLAI de Évora, por parte dos imigrantes brasileiros ilegais, tendo como objectivo principal procurar apoio para proceder à sua legalização, tarefa esta que, no entanto, não é da responsabilidade do CLAI.

Características da população Imigrante que recorreram ao CLAI de Évora:

**Quadro n.º 39 | Sexo**

Sexo	Masculino	Feminino	Total
Total	83	62	145

**Quadro n.º 40 | Grupo Etário**

Idade	Masculino	Feminino	Total
0-10	-	-	-
11- 18	1	1	2
19-30	38	28	66
31-64	44	33	77
65+	-	-	-
Total	83	62	145

**Quadro n.º 41 | Grau de Instrução**

Grau Instrução	Ensino Básico	Ensino Unificado	Curso Profissional	Curso Superior	Total
Total	5	97	9	34	145

Fonte: Ficha de registo de dados do CLAI, Maio/Dezembro de 2003

Verifica-se assim que, durante o período de Maio a Dezembro de 2003, os 145 imigrantes que recorreram ao CLAI de Évora são, na sua maioria do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 31 e 64 anos e com vários graus de instrução, muito em concreto o equivalente ao ensino unificado.

O CLAI de Évora identificou também **algumas das principais dificuldades apresentadas pelos imigrantes**, sendo que as *autorizações e prorrogações dos vistos* são as mais referidas, logo seguidas das questões *relacionadas com a precariedade de emprego* (ausência de contratos de trabalho ou que, quando, existem não estão homologados pelo Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho - IDICT) ou *falta de emprego*. Outro tipo de problemáticas associadas diz respeito aos *vistos de acompanhante*, que não permitem que se trabalhe no país de acolhimento. Por outro lado, fazem ainda referência ao facto de os imigrantes estarem a viver em **habitações arrendadas (muitas delas sem contrato) e sobrelotadas**, já que na sua grande maioria são partilhadas por vários agregados familiares.

No âmbito do projecto “Âncora”, o **Centro Social e Paroquial dos Álamos**, em parceria com a Cáritas Diocesana de Évora e a Pastoral das Migrações, efectua atendimentos à população imigrante; procede ao seu encaminhamento para o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e para o Instituto de Emprego e Formação Profissional; presta informações sobre o processo de legalização e tem um serviço de oferta de emprego informal, sobretudo ao nível do trabalho doméstico e de trabalho em quintas (rural).

Tendo já efectuado atendimento a largas dezenas de imigrantes, na sua maioria ucranianos, brasileiros e cabo-verdianos, os técnicos detectaram que a maioria efectua trabalhos sazonais, nomeadamente em lares de idosos, trabalho doméstico ou construção civil, embora, ao nível das habilitações literárias, a grande maioria possua formação superior (engenheiros, professores, enfermeiros, entre outros), estando as principais problemáticas que afectam esta população relacionadas com o emprego e a habitação.

O **Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP)** é um organismo a quem compete a execução das políticas de emprego e formação profissional definidas e aprovadas pelo Governo, tendo, como tal, vastas atribuições neste âmbito. Entre as competências do IEFP surge o apoio aos cidadãos comunitários.

Dentro do Espaço Económico Europeu, surgiu a Rede Eures, ou seja, uma Rede Europeia de Serviços de Emprego, de que o I.E.F.P. é membro. A Rede EURES surge para apoiar a mobilidade dos seus concidadãos num espaço em que, para trabalhar noutro país, não são necessárias autorizações de residência ou permanência e em que qualquer cidadão goza dos mesmos direitos que os nacionais do Estado-membro para onde vai residir e trabalhar.

Cerca de 500 Conselheiros EURES (15 em Portugal e um no Alentejo – Delegação Regional do I.E.F.P.) constituem a força operacional da Rede, tendo como funções informar, aconselhar e ajudar os candidatos à mobilidade ou as empresas abertas ao recrutamento internacional.

Para aceder a estes serviços, os indivíduos poderão dirigir-se aos Centros de Emprego do I.E.F.P, consultar o Conselheiro EURES mais próximo, ou o site [www.europa.eu.int/eures](http://www.europa.eu.int/eures), no qual o candidato a emprego poderá introduzir o seu currículo, candidatar-se a uma oferta de emprego específica, consultar todas as ofertas de emprego para o E.E.E. e saber mais sobre as condições de vida e de trabalho do país para onde pretende ir trabalhar.

Através do serviço EURES do I.E.F.P. a segurança na mobilidade entre os países do Espaço Económico Europeu possui a sua expressão mais elevada.



Alguns dados sobre o movimento EURES no Concelho de Évora durante o ano de 2003:

**Obs.** O fraco movimento dos licenciados diagnostica um desajustamento entre a oferta dos cursos dos recém licenciados e a procura desses cursos, tanto em Portugal como na Europa.

**Quadro n.º 42**

Total de utentes da Rede	520
Convocados para ofertas	295
Bacharelato/Licenciatura	5
9º-12º	290
Apresentados às ofertas	210
Grupo etário	22-35
Colocados em ofertas	45
6º ano	30
9º-12º	14
Bacharelato/Licenciatura	1
Países de destino	R.U, Holanda, França e Espanha

(1) O Espaço Económico Europeu (E.E.E.) engloba os 15 países da União Europeia + Islândia + Noruega

(2) Contacto da Conselheira EURES da Delegação Regional do Alentejo:

Dr.ª Maria José Comenda  
Rua do Menino Jesus, 43-45  
7000 Évora  
Telf. 266 760500  
e-mail: mariaj.comenda.dra@iefp.pt

No âmbito das respostas do IEPF surge ainda o Programa “**Portugal Acolhe**”, um programa de acolhimento e inserção sócio-profissional de imigrantes.

O programa “Portugal Acolhe” pretende promover junto dos imigrantes algumas competências de suporte ao seu processo de inserção na sociedade portuguesa e, em particular, no mercado de trabalho, mediante dois instrumentos fundamentais:

- » O desenvolvimento e divulgação generalizada de um *Guia de Acolhimento dos Imigrantes*;
- » A formação de imigrantes em português básico, no caso destes não dominarem a língua, e em cidadania, de modo a assegurar alguma familiaridade aos direitos e deveres que decorrem da sua inserção no mercado de trabalho.

O Guia de Acolhimento para além de ser disponibilizado em *português*, está traduzido em cinco línguas – *ucraniano, russo, romeno, inglês e francês* – que se relacionam com a importância actual dos imigrantes legalizados segundo os seus países e respectiva língua de origem.

O Centro de Formação de Évora desenvolveu em 2003 acções de formação integradas no Programa “Portugal Acolhe”, que abrangeram 61 cidadãos imigrantes, legalmente residentes em Portugal.

De referir que este programa se destina exclusivamente a imigrantes legalizados.

Relativamente à legislação, embora esta tenha sido recentemente alterada, até ao momento não existem orientações sobre possíveis alterações na abrangência do Programa “Portugal Acolhe”.

Dos formandos integrados no Programa “Portugal Acolhe” através do Centro de Formação Profissional de Évora, é possível observar que existem mais homens do que mulheres em formação, que o grupo etário com maior incidência é o dos 25-44 anos e que, em termos de habilitações literárias, a grande maioria possui o ensino secundário completo.



**Quadro n.º 43 |**  
Caracterização dos  
formandos abrangidos,  
em 2003,  
pelas acções de formação  
integradas no programa  
"Portugal Acolhe"

<b>TOTAL</b>	<b>61</b>
<b>Sexo</b>	
Homens	38
Mulheres	23
<b>Habilitações Literárias</b>	
2º ciclo (6º ano)	3
3º ciclo (9º ano)	19
Secundário	34
Bacharelato / Licenciatura	5
<b>Grupo Etário</b>	
> 25 anos	8
25-44 anos	40
45-54 anos	13

Fonte: IEFP – Évora

### Considerações Finais

Invertendo cenários mais remotos, em que Portugal se caracterizava por ser um País de emigração, durante os anos 90 e, muito em concreto, a partir de 1997, o país começou a receber vagas de imigrantes que procuravam no nosso país melhores condições de vida.

Ao mesmo tempo que se verificavam estas alterações, também as características dos imigrantes que estavam a chegar eram diferentes. Se inicialmente Portugal recebia essencialmente imigrantes provenientes dos PALOPS e do Brasil, com características que lhes permitiam uma melhor socialização e integração no país, actualmente o país recebe vagas de imigrantes oriundos de países de leste, com características muito próprias, como, por exemplo, o nível de escolaridade superior e maior dificuldade de adaptação à língua. Muito embora as entidades que intervêm na problemática reconheçam que estes se adaptam com alguma rapidez, nunca será com a mesma facilidade que indivíduos cujo país de origem tem o português como língua oficial.

A caracterização que foi possível efectuar neste documento sobre o Concelho de Évora revela que o investimento, em Portugal, no apoio ao imigrante, quer ele seja legal ou ilegal, é ainda muito reduzido.

Verifica-se que há necessidade de criar estruturas governamentais que prestem esclarecimentos e apoio ao nível jurídico, sobre os direitos e deveres do imigrante, ou que se optimizem as que já existem.

Por outro lado, há necessidade de criar um sistema de formação/informação dos organismos do Estado, para que, quando um imigrante se dirige a uma instituição/organismo, possa receber informações e um encaminhamento preciso, de acordo com a sua situação.

Em termos institucionais, as próprias entidades reconhecem que existe uma grande desarticulação e falta de conhecimento sobre a problemática da imigração. Este desconhecimento leva a que, na maior parte das situações, a resposta a dar ao imigrante não seja a mais adequada e que a grande maioria se sinta desprovido de qualquer tipo de apoio por parte das instituições competentes.

De referir, ainda, a **inexistência de um organismo que possa dar apoio aos imigrantes no seu processo de legalização, sem que os mesmos sejam notificados/denunciados.**

Uma outra problemática, associada à imigração, diz respeito à precariedade dos contratos de trabalho ou à ausência dos mesmos. Também a este nível, poder-se-á intervir alertando as



instituições e os empregadores de que existem actualmente penalizações legais para quem não efectue contratos de trabalho ou para quem efectue contratos de trabalho sem que sejam homologados pelo IDCT.

De referir que uma das principais dificuldades referidas pelos imigrantes junto das instituições diz respeito ao facto de estes, sentirem dificuldades no pedido de autorização e prorrogação de vistos, que, de acordo com a nova legislação, tem prazos cada vez mais restritivos, uma vez que foram estabelecidos apenas 45 dias úteis para o fazer.

Por fim, há ainda que realçar que neste documento não constam números relativos aos imigrantes ilegais, uma vez que, dada a sua situação perante a lei, e para que não sejam denunciados, as instituições que de uma forma ou de outra trabalham/apoiam esta população não produzem estatísticas. Contudo, há consciência de que o número de imigrantes ilegais é muito superior ao número de imigrantes com autorizações de permanência ou residência.

Esta realidade torna-se em alguns casos alheia ao próprio imigrante, uma vez que muitos consideram que, ao assinarem um contrato de trabalho, passam a estar legais no país de acolhimento. Contudo, a maioria dos contratos de trabalho assinados revelam ser ilegais, uma vez que não são homologados pelo IDCT, ficando o imigrante em situação ilegal.

## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Necessidade de respostas técnicas nas instituições de apoio ao imigrante, nomeadamente apoio jurídico;
- » Falta de informação/ formação dos serviços;
- » Necessidade de sensibilizar as entidades patronais para o novo enquadramento legal, nomeadamente para as penalizações legais na ausência de contratos de trabalho.



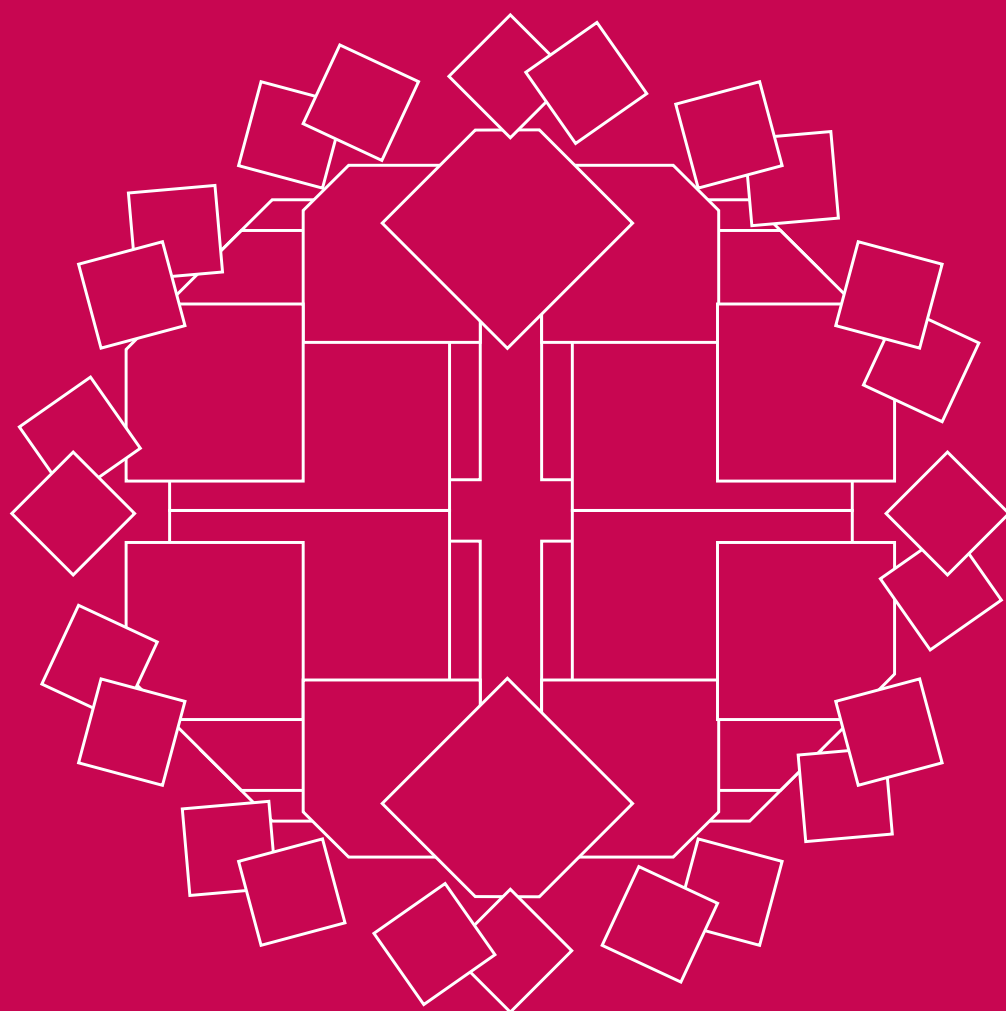
### Respostas para a Imigração no Concelho de Évora em 2003

	Tipo de Intervenção	
SEF	Autoridade de polícia criminal	1015 residentes
Cáritas Diocesana de Évora	Dinamização de cursos de Língua Portuguesa	50 / 80 utentes
Centro Local de Apoio ao Imigrante (CLAI)	Gabinete de apoio e encaminhamento de imigrantes	- *
Instituto de Emprego e Formação Profissional	» Programa “Portugal Acolhe” (acolhimento e integração sócio profissional)	61 utentes
	» Rede Eures – desenvolve apoio a cidadãos comunitários na procura de emprego noutros países	520 utentes
Centro Social e Paroquial dos Álamos	Desenvolve atendimento / encaminhamento da população imigrante para os serviços competentes	-

\* As entidades para as quais não foi indicado o número de utentes, desenvolvem a sua actividade, não efectuando registos sobre o número de utentes apoiados.

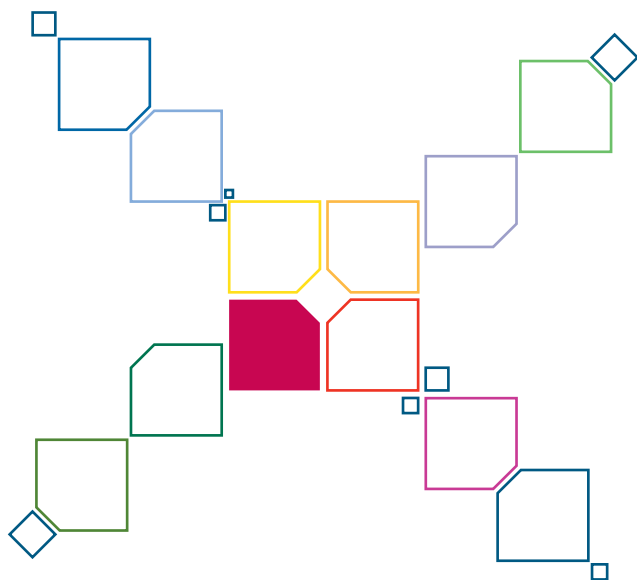


sida



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## VIH / SIDA



Desde que se tomou contacto pela primeira vez com o vírus da SIDA, até aos nossos dias, este já atingiu cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo, e continua a ser uma epidemia sem controlo.

Também em Portugal este vírus tem vindo a evoluir de forma preocupante. Por esta razão, tornou-se necessário, embora que de forma pouco aprofundada, fazer referência a esta problemática, no concelho de Évora.

A abordagem a esta questão será feita do global, ou seja, da análise da situação do distrito em relação ao VIH/SIDA, para o particular, isto é, para a *análise dos dados passíveis de recolha em relação ao concelho de Évora*.

Antes de mais, definir-se-á o que é a **SIDA**. SIDA significa, **Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida**. *Adquirida* significa que a pessoa está infectada com o VIH, *Imuno Deficiência*, que há uma fraqueza no sistema do corpo que combate as doenças, e *Síndrome* quer dizer um conjunto de problemas ou sintomas que constituem uma doença.

O diagnóstico faz-se a partir de análises sanguíneas, tendo como objectivo detectar a presença de anticorpos ao VIH. Estes anticorpos são detectados, normalmente, apenas três a dez semanas após a fase aguda, não podendo haver uma certeza sobre os resultados nos primeiros três meses após o contágio. As primeiras análises a um infectado podem dar um resultado negativo,

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

uma vez que o contágio foi recente, e por isso, os testes devem ser repetidos três meses após a primeira análise. O período em que a pessoa está infectada, mas não lhe são detectados anticorpos, chama-se **“período janela”**.

Existem dois tipos de testes que são utilizados para diagnosticar o VIH: o teste ELISA (Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay) e o teste “Western Blot”. Para além destes, existe ainda outro tipo de testes, que são normalmente utilizados nos serviços de urgência dos hospitais, que podem apresentar resultados em poucos minutos.

Os exames ao VIH são, normalmente, repetidos de três em três meses, sendo que uma pessoa saudável tem entre 500 e 1500 células CD4<sup>1</sup> por mililitro de sangue. **A seropositividade transforma-se em Sida quando as células CD4 baixam para menos de 200 por mililitro de sangue, ficando assim o organismo mais desprotegido e tornando-se um alvo fácil das chamadas doenças oportunistas.**

O vírus da imuno deficiência humana não se transmite facilmente; só se pode ser infectado pelo VIH através das **relações sexuais** com pessoas infectadas, pela **troca de seringas ou agulhas** com pessoas infectadas, **nascer de uma mãe infectada ou beber leite de uma mãe infectada**. Também poderá ser transmitido através de uma **transfusão de sangue**. Contudo, hoje em dia existem sistemas de controlo do sangue que permitem saber se o sangue doado está contaminado ou não.

Assim, e de acordo com os dados do **Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) do Instituto Nacional de Saúde (INSA)**, com actualização de **30 de Junho de 2003**, verifica-se que existe em Portugal um total acumulado de notificações de casos de sida de **10 105 indivíduos infectados** (desde 1983 até 30/06/2003). Dos 10 105 indivíduos notificados, 83.2 % são do sexo masculino (8410) e 16.8% são do sexo feminino (1691). Há ainda a acrescentar que em relação a 4 indivíduos não é referido o seu sexo.

Daqueles que foi possível apurar o distrito de residência (9828), 80 residem no distrito de Évora, o que, em termos relativos, é pouco significativo. **Convém ainda assim referir que esta doença só poderá ser diagnosticada com autorização dos indivíduos para se submeterem às análises, o que é certamente um constrangimento para se chegar ao universo infectado. A acrescer este facto, a notificação dos casos não é obrigatória. Consequentemente, nem todos os casos são reportados à entidade responsável pelo tratamento dos dados a nível nacional.**

<sup>1</sup> Nome dado aos linfócitos T4 ou linfócitos T auxiliares, que são células do sistema imunitário e o alvo do VIH quando entra no corpo, sendo a partir delas que o vírus se multiplica. Têm como função alertar as outras células para a necessidade de combater os agentes infecciosos invasores.

**Quadro n.º 44** | Distribuição dos casos e mortes segundo a residência por distrito, no período de 01/01/1983 a 30/06/2003

Residência	Casos	Mortes
Aveiro	183	112
Beja	33	17
Braga	173	98
Bragança	32	15
Castelo Branco	57	38
Coimbra	158	100
<b>Évora</b>	<b>80</b>	<b>34</b>
Faro	338	174
Guarda	40	23
Leiria	214	126
Lisboa	4320	2484
Portalegre	19	13
Porto	2145	1208
Santarém	200	94
Setúbal	1454	708
Viana do Castelo	79	38
Vila Real	40	25
Viseu	111	62
Açores	58	34
Madeira	94	47
<b>Total</b>	<b>9828</b>	<b>5450</b>

Fonte: CVEDT

sida

Tendo em conta as informações do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT), é possível observar que, em relação à distribuição dos casos e mortes segundo a residência no distrito de Évora, no período de 1983 a 2003 foram notificados 80 casos de SIDA, sendo que se verificaram também neste período de tempo, 34 mortes.

As **Comissões Distritais de Luta Contra a Sida (CDLCS)**, criadas em 1998, por Despacho Conjunto dos Ministros da Educação, Saúde, Solidariedade e Segurança Social e do Secretário de Estado da Juventude, vieram responder à necessidade de descentralizar a coordenação e execução das acções desenvolvidas no âmbito da luta contra a sida.

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

Ao actuarem em parceria com a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, as Comissões Distritais (que reúnem nas instalações da Sub-Região de Saúde de Évora) desempenham um importante papel ao nível distrital e regional, desenvolvendo as seguintes atribuições:

- » Contribuir para a elaboração do Plano Nacional de Luta Contra a Sida;
- » Sensibilizar as estruturas sociais, ao nível regional e distrital, para a luta contra a Sida e envolver as comunidades;
- » Realizar o diagnóstico da situação ao nível distrital, com vista a um adequado planeamento das actividades;
- » Promover e acompanhar a execução dos diferentes projectos e actividades desenvolvidas no distrito, de iniciativa pública e/ou privada;
- » Promover a comunicação e a circulação de informação entre instituições que intervenham na problemática da Sida;
- » Incentivar e apoiar a formação de profissionais e voluntários que intervenham nas diversas áreas da Luta Contra a Sida;
- » Colaborar na implementação de um sistema de recolha de dados epidemiológicos, incluindo a adopção de mecanismos eficientes de vigilância epidemiológica.

No âmbito do Despacho Conjunto acima referido, as Comissões Distritais de Luta Contra a Sida são constituídas por equipas multidisciplinares, asseguradas por representantes distritais de cada um dos seguintes sectores:

- » Saúde (Coordenação da Sub-Região de Saúde e Delegação Regional do Instituto da Droga e Toxicodependência);
- » Segurança Social (Coordenador Sub-Regional de Segurança Social);
- » Educação (Direcção Regional do Alentejo);
- » Juventude (Delegado Regional do Instituto Português da Juventude).

Assim, e de acordo com informações da CDLCS—Évora (cujas fontes são o CVEDT), o diagnóstico da situação em relação ao distrito de Évora é o seguinte:

**Quadro n.º 45 | Distribuição dos casos segundo os concelhos do Distrito de Évora**

Concelho	Casos
Alandroal	2
Arraiolos	5
Borba	3
Estremoz	1
Évora	42
Montemor-o-Novo	5
Mora	2

... / ...

... / ...

Concelho	Casos
Mourão	1
N/ Refere	7
Portel	1
Redondo	1
Reguengos de Monsaraz	5
Vendas Novas	6
Vila Viçosa	0
<b>Total</b>	<b>81</b>

Fonte: CDE

Dos treze concelhos do distrito de Évora, e do total dos casos notificados (81 casos), mais de 50% dizem respeito ao concelho de Évora (42 casos).

Relativamente aos casos de Sida segundo o grupo etário e o sexo, pode-se verificar que, do total de casos notificados, a maior incidência está no grupo etário dos 25 aos 39

anos, sendo que é no sexo masculino que se encontra o maior número de pessoas infectadas.

Quadro n.º 46 | Casos de Sida segundo o grupo etário e o sexo

Grupo etário	Mulheres	Homens	Total
10-12 anos	0	1	1
15-19 anos	1	1	2
20-24 anos	2	3	5
25-29 anos	1	15	16
30-34 anos	5	16	21
35-39 anos	2	8	10
40-44 anos	1	4	5
45-49 anos	3	4	7
50-54 anos	1	2	3
55-59 anos	1	3	4
60- 64 anos	1	1	2
> 65 anos	0	5	5
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>63</b>	<b>81</b>

Fonte: CVEDT

sida

# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

Ao apresentar uma análise mais detalhada é possível observar que, nos casos notificados, existem dois grandes grupos de risco identificados para o distrito de Évora, os Heterossexuais (36 casos) e os Toxicodependentes (29 casos).

Observando o gráfico de evolução dos casos por tipo de notificação e ano de diagnóstico referentes ao distrito de

Évora, é possível constatar que, entre 1992 e 2003, o maior número de casos de Portadores Assintomáticos (PA) verifica-se nos anos de 1996 a 2001.

Por outro lado, e no mesmo período, o número de casos com Complexos Relacionados com Sida (CRS) tem-se mantido, à excepção do ano de 1992 e dos desconhecidos.

Relativamente aos casos de SIDA, é no período de 1996 e 1997 que se verifica o maior número de casos notificados (39).

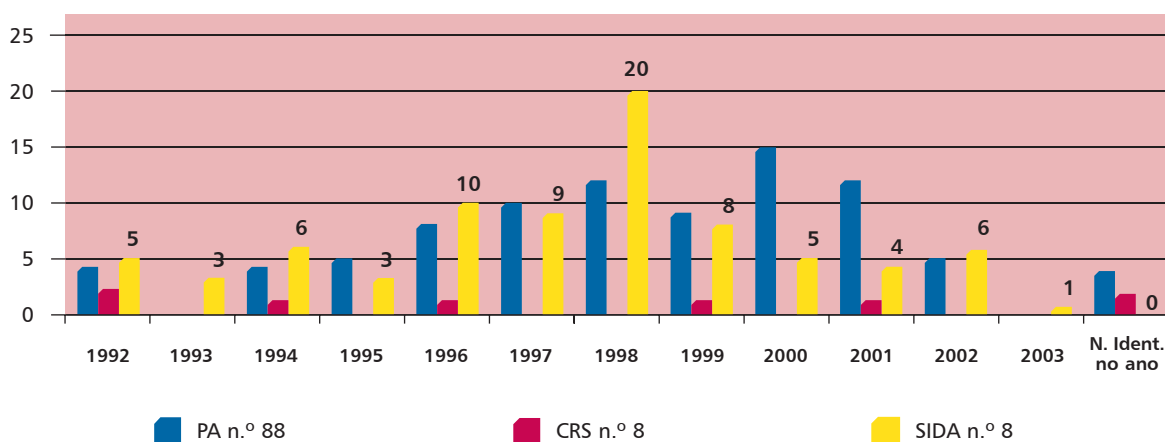
Há ainda a referir que, durante este período, existe um maior numero de notificações de casos de Portadores Assintomáticos do que casos de Sida.

**Quadro n.º 47** | Casos com residência no distrito de Évora, segundo o grupo de risco

Desconhecido	0
Hemofílico	4
Heterossexual	36
Homo ou Bissexual	12
Homo - Toxicodependente	0
Mãe / Filho	0
Toxicodependente	29
<b>Total</b>	<b>81</b>

Fonte: CDE

**Gráfico n.º 6** | Casos por tipo de notificação e ano de diagnóstico - Évora



## Considerações Finais

Face ao exposto, poder-se-á dizer que os dados apresentados no documento são reveladores do fraco e, por vezes, desajustado investimento público que a problemática do VIH/Sida tem tido.

As informações que surgem diariamente nas televisões, rádios e jornais, sugerem que esta é uma doença que afecta essencialmente mulheres, toxicodependentes e homossexuais. Contudo, os números demonstram uma realidade bem distinta, e é sobretudo nos homens heterossexuais que o maior número de casos se verifica.

Por outro lado, os números apresentados não são reveladores da realidade do país e, mais concretamente, do concelho, uma vez que os dados se referem apenas aos casos que foram notificados, ficando a descoberto todo o universo de pessoas infectadas com o vírus e que não foram notificadas.

Para além da relatividade dos números, convém igualmente realçar o facto de que o concelho de Évora dispõe apenas de um Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH, que funciona no Hospital do Espírito Santo (edifício antigo), às terças feiras entre as 09.00 horas e as 15.00 horas e às sextas feiras entre as 13.00 horas e as 19.00 horas.

Ao nível institucional também se verifica um fraco investimento no acolhimento/internamento, uma vez que, tendo um doente necessidade de internamento, ou recorre a um internamento hospitalar, ou, para situações sociais graves e que necessitem de apoio prolongado, a Sub-Região de Saúde de Évora, através das Unidades de Apoio Integrado, tem vindo a dar resposta a alguns casos.

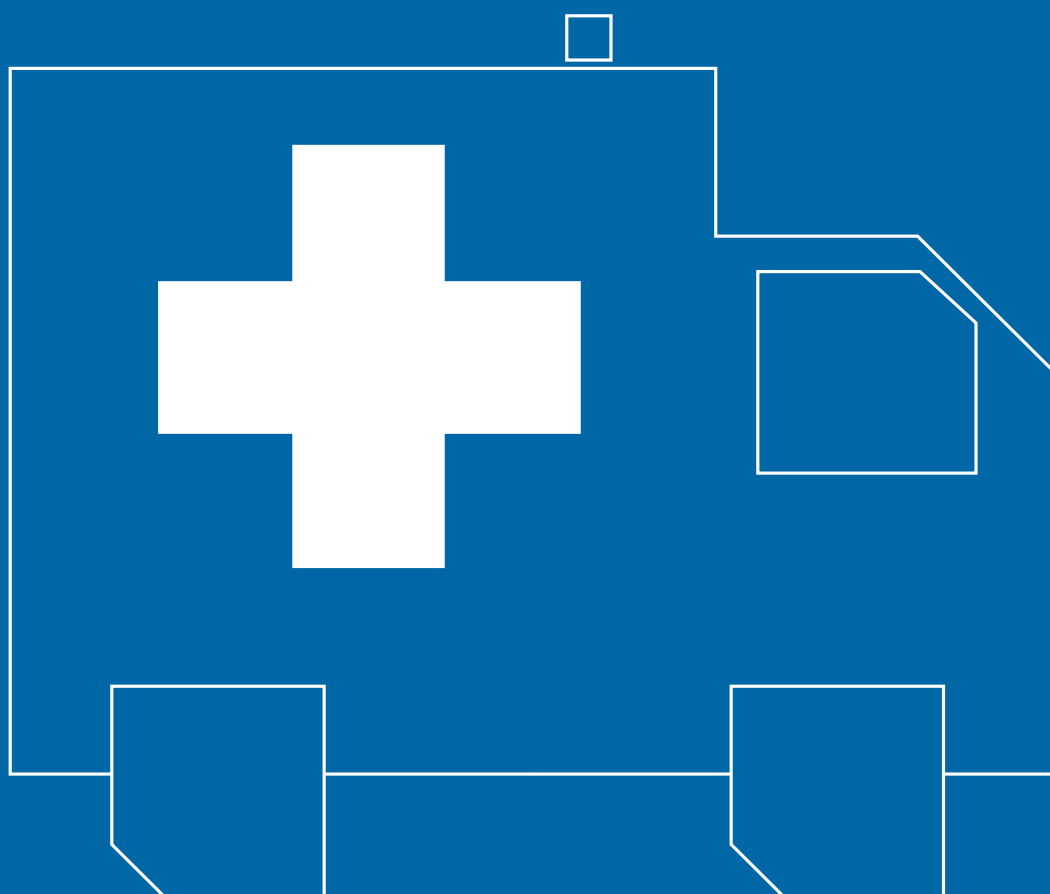
sida

### PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Necessidade de um equipamento que dê resposta transitória, ou em fase terminal, a pessoas infectadas, sem estrutura de apoio familiar;
- » Para obviar a segregação do público alvo torna-se necessário alterar a forma de veicular a informação sobre as formas de transmissão do VIH/Sida, adequando-as à cultura dos diversos públicos.

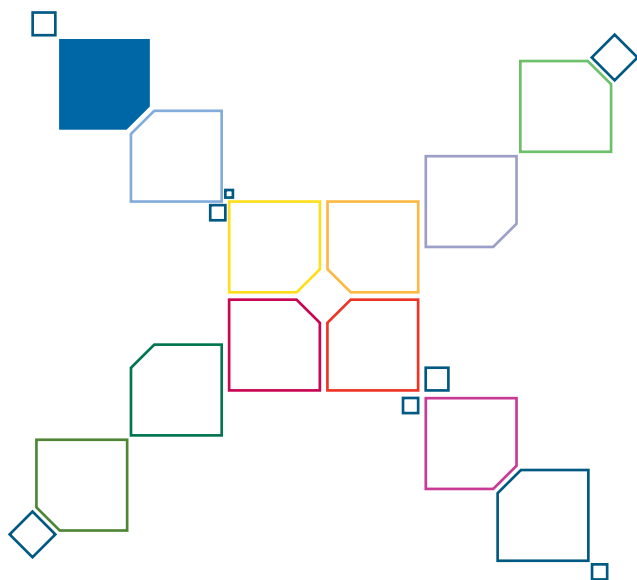


# Cuidados Saúde



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## A Prestação de Cuidados de Saúde no Concelho de Évora



concelho de Évora é servido, ao nível dos **cuidados de saúde diferenciados**, pelo Hospital do Espírito Santo, recentemente alargado pela nova estrutura a que se chamou Hospital do Patrocínio, que dispõem das seguintes **especialidades**: Cirurgia, Pediatria, Ortopedia, Medicina Interna, Ginecologia/Obstetrícia, Oftalmologia, Nefrologia, Cardiologia, Psiquiatria, Neurologia, Imunohemoterapia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Otorrinolaringologia, Urologia, Dermatologia e Imagiologia. E, ao nível dos **cuidados de saúde primários**, pelo Centro de Saúde de Évora, constituído pela sede, 3 unidades de saúde urbanas, 13 unidades de saúde rurais, a Consulta de Urgência do Centro de Saúde de Évora (CUCSE) e o Centro de Diagnóstico Pneumológicas (CDP).

### Cuidados de Saúde Diferenciados: o Hospital Distrital de Évora

No que respeita aos problemas com que o Hospital se depara, podemos classificá-los a vários níveis: por um lado o problema relativo ao *tempo de internamento*, ou seja, existe um número significativo de casos sociais, que têm alta clínica, mas que continuam a ocupar camas porque não dispõem nem de apoio familiar, nem de resposta imediata por parte de outras entidades mais adequadas aos casos em questão (trata-se numa grande parte dos casos de idosos sem rede familiar capaz de dar apoio, nem possibilidades de integração num lar, ou noutra estrutura social). Obviamente, estas situações afectam a produtividade do hospital, que deixa de poder dar resposta a casos da sua competência específica. A forma mais correcta de ultrapassar esta situação implica a existência de uma rede de cuidados continuados que possa assistir exclusivamente estas situações.

Numa outra perspectiva surge o problema relacionado com a *dispersão dos equipamentos*. Existe o edifício do Espírito Santo, sem ligação directa ao Edifício do Patrocínio, nem ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, que por sua vez também está muito afastado da unidade de internamentos. Este facto interfere com a funcionalidade dos serviços.

Um outro problema está relacionado com as *listas de espera* para cirurgia e para as consultas, que o Hospital tem estado empenhado em combater, já sendo possível ver alguns resultados na cardiologia, na neurologia e na oftalmologia.

O facto da *última revisão do quadro ser de 1991*, também levanta alguns problemas. A Oncologia, a Cirurgia Plástica e a Pediátrica, por exemplo, são serviços que funcionam sem lugares previstos no quadro. Isto traduz-se numa situação precária quer para o hospital, quer para os técnicos, o que, inevitavelmente se reflecte na dificuldade de elaboração das escalas e num prejuízo na produtividade do Hospital.

Só no ano transacto, o Hospital atendeu 60 000 urgências e deu 120 000 consultas. Para a realização destes números contam em muito as tecnologias de que o Hospital dispõe, a unidade de cuidados intermédios, a unidade de cuidados intensivos e a prática da cirurgia de ambatório, para além das 420 camas disponíveis.

Apesar de todos os constrangimentos a demora médica de medicina tem vindo a baixar. E tem havido um esforço de modernização, adaptação às novas realidades e às necessidades da população que serve e que é em grande número.

### Cuidados de Saúde Primários: o Centro de Saúde de Évora (CSE)

O Centro de Saúde de Évora (CSE) integra-se na rede de Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde e tem como função a prestação de cuidados de saúde à população.

Dispõe de uma equipa composta por Médicos de Família/Clínica Geral, um Médico de Saúde Pública/Delegado de Saúde, um Pediatra, uma Pneumologista, Psicólogos, Enfermeiros, um Técnico de Cardiopneumografia, um Higienista Oral, um Técnico de Saúde Ambiental, Administrativos e Auxiliares de apoio e vigilância. À parte desta equipa, estão-lhe adstritos dois Técnicos de Serviço Social, e recebe, de um modo relativamente constante, estagiários nas áreas de medicina, psicologia, enfermagem e nutrição.

Ao nível das infra-estruturas, dispõe de múltiplas unidades: a sede, 3 unidades urbanas, 13 unidades rurais, a Consulta de Urgência do Centro de Saúde de Évora (CUCSE) e o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Os **principais objectivos do CSE** são, a promoção e vigilância da saúde dos seus utentes; a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade; assim como, o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade da saúde.

Em termos concretos estes objectivos materializam-se nas seguintes acções:

- » Consultas de Medicina Geral e Familiar;
- » Consultas Médicas e de Enfermagem, de vigilância a grupos de risco: hipertensos e diabéticos (nomeadamente consultas do “pé diabético”);
- » Consultas de Planeamento Familiar e de Saúde Maternal (vigilância da grávida);
- » Consultas de Saúde Infanto-Juvenil;
- » Consultas de Urgência e tratamentos inadiáveis;
- » Consultas de Pneumologia e tratamento da tuberculose;
- » Consultas de Psicologia;
- » Cuidados domiciliários (médicos e de enfermagem);
- » Vacinação;
- » Tratamentos de enfermagem;
- » Saúde Escolar:
  - :: Exames globais de saúde dos 6 aos 13 anos;
  - :: Cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
  - :: Apoio ao desenvolvimento curricular de temas relacionados com a saúde e a prevenção de acidentes;
  - :: Apoio a programas e projectos específicos;
  - :: Promoção de acções de “Educação para a Saúde” nas escolas, destinadas aos profissionais que lidam com as crianças;
- » Saúde Oral:
  - :: Rastreio da cárie dentária (1º ciclo);
  - :: Aplicação de selantes de fissura;
  - :: Programa de intervenção médico-dentária;
- » Saúde Pública:
  - :: Promoção da saúde;
  - :: Vigilância epidemiológica;
    - > Notificação de doenças infecto-contagiosas;
    - > Monitorização do estado de saúde/doença da população;
    - > Vigilância epidemiológica;
  - :: Saúde Ambiental:
    - > Vigilância sanitária da qualidade da água de abastecimento público;
    - > Vigilância sanitária dos edifícios;

- ⌘ Saúde Ocupacional:
  - > Verificação das condições de saúde, higiene e segurança dos locais de trabalho e de atendimento ao público;
- ⌘ Actividades médico-legais:
  - > Atestados e inspecções para cartas de condução;
  - > Verificação da saúde e da doença.

A par destas funções, o CSE encontra-se envolvido em vários projectos e protocolos de parceria com outras entidades do concelho de Évora, nomeadamente:

- » rastreio de visão às crianças em idade escolar, em parceria com o Hospital Militar, o Rottary Club, a Direcção Regional de Educação, a Câmara Municipal de Évora, a Cáritas Diocesana e o Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social;
- » intervenção médico-dentária, em parceria com a Estomatologia do HESE;
- » cuidados continuados a pessoas em situação de dependência, a par da Segurança Social e de IPSS;
- » consultas de sexualidade, em parceria com o Instituto Português da Juventude.

E ainda, parceria com outras entidades/iniciativas como: Comissão para a Dissuasão da Toxico-dependência; a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens; o Conselho Local de Acção Social; a Rede Social; Projectos de Luta Contra a Pobreza; e o Rendimento Social de Inserção.

A inscrição no Centro de Saúde e a procura de um Médico de Família tem sofrido um aumento progressivo nos últimos tempos. Actualmente, o CSE não dispõe de um número suficiente de médicos para atribuir a todos os utentes. Conta com **cerca de 55 500 inscritos** e, por volta de **3 000 em lista de espera**.

A dispersão, assimetria e localização das **Unidades de Saúde Urbanas**, não permitem a atribuição de Médico de Família por área de residência. Assim, o Médico de Família é atribuído consoante a disponibilidade dos recursos existentes. Contudo, a prestação de cuidados de enfermagem, a quem não tenha Médico de Família, obedece à área de residência do utente.

Às freguesias rurais deslocam-se, com uma regularidade preestabelecida, profissionais – médicos e enfermeiros – no sentido de prestar cuidados de saúde nas **Unidades de Saúde Rurais**.

Tendo em conta a necessidade de rentabilizar os recursos existentes, sem que nenhuma freguesia fique a descoberto, adoptou-se a seguinte metodologia: as unidades que servem uma população um pouco superior a 1 000 utentes, **Azaruja e São Manços, têm uma consulta médica e de enfermagem, 4 a 5 vezes por semana**; as unidades que servem entre 500 e 1 000 utentes, **Nossa Senhora de Machede, São Miguel de Machede, São Sebastião da Giesteira, Torre de Coelheiros, Valverde e Vendinha, têm consulta médica e de enfermagem, 3 a 4 vezes por**

semana; as unidades com menos de 500 utentes, Nossa Senhora de Guadalupe, Nossa Senhora da Graça do Divôr e Nossa Senhora da Boa Fé, têm consulta médica 2 vezes por semana e, de enfermagem, 3 vezes por semana. Para além das unidades referidas, existem mais duas, São Brás do Regedouro e Valongo, adstritas às unidades de Valverde e da Vendinha respectivamente, com cerca de 100 utentes que recebem consulta quinzenalmente.

Durante o ano de 2003, o Centro de Saúde de Évora prestou 125 866 consultas no atendimento ambulatorio e 63 921 consultas no atendimento urgente.

## Considerações Finais

A Saúde tem sofrido, nos últimos tempos, consideráveis avanços técnico-científicos, que se reflectem no aumento da esperança de vida e na melhoria da qualidade de vida das populações. Tais avanços e as consequências referidas, implicam uma crescente procura dos serviços de saúde que, por se encontrarem limitados ao nível dos recursos materiais e humanos, têm alguma dificuldade em dar uma resposta cabal e humana às necessidades de todos os utentes.

A limitação dos recursos materiais está obviamente dependente da disponibilidade financeira das entidades prestadoras de cuidados de saúde, já a limitação dos recursos humanos, relaciona-se com a incapacidade em fixar os profissionais necessários e com a formação de poucos profissionais de medicina. Necessariamente, se de uma ou outra forma, estas limitações acabam por ser colmatadas, em muito se deve à vontade e responsabilidade dos profissionais, que contudo, não é suficiente.

Relativamente ao CSE, estão a ser estudadas algumas propostas de reorganização e adaptação dos serviços prestados, dado ser patente que uma melhoria de alguns tipos de atendimento, será vantajosa quer para os utentes como para o desempenho dos profissionais.

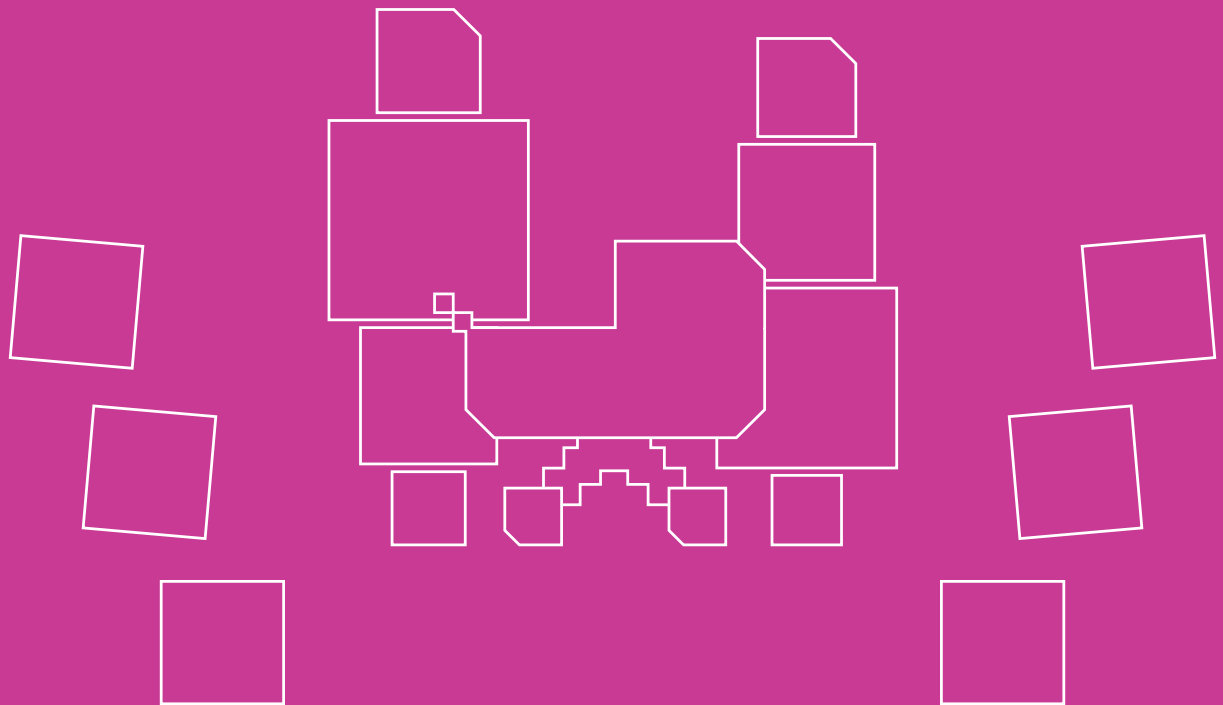
## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Necessidade de criar estruturas de apoio ao utente após a alta hospitalar;
- » Necessidade de reforçar o quadro de pessoal técnico;
- » Necessidade de criar novas Unidades de Saúde, adaptadas á realidade do Concelho (Centros de Saúde e Hospitais).



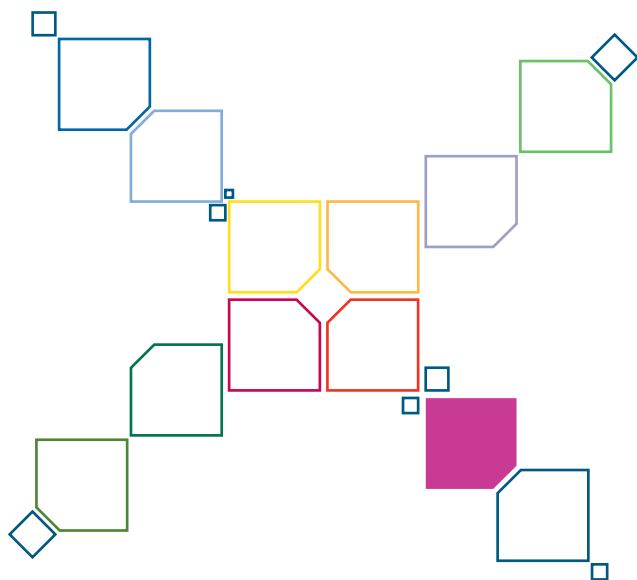
respostas  
Sociais  
à família na  
na área da  
Infância

10<sup>10</sup> ■ ■ ■



# Diagnóstico Social

do Concelho de Évora



## Respostas Sociais de Apoio à Família na Área da Infância



Sobre esta temática, procurámos abordar apenas as questões relacionadas com equipamentos de apoio à família na área da infância, pois a Câmara Municipal de Évora e muito em concreto, no âmbito do Decreto-lei n.º 7/2003, criou em 2003 o Conselho Municipal de Educação, que tem como objectivo promover, a nível municipal, a coordenação da política educativa, articulando a intervenção, no âmbito do sistema educativo, dos agentes educativos e dos parceiros sociais interessados, analisando e acompanhando o funcionamento do referido sistema e propondo as acções consideradas adequadas à promoção de maiores padrões de eficiência e eficácia do mesmo. Tendo em conta a legislação referida, é competência da autarquia elaborar a Carta Educativa do Conselho de Évora, que pretende assegurar a adequação da rede de estabelecimentos de educação pré-escolar e de ensino básico e secundário, para que, em cada momento, as ofertas educativas disponíveis a nível municipal respondam à procura efectiva. Desta forma, e por se tratar de um documento que irá caracterizar exhaustivamente toda a área educativa do concelho de Évora, foi opção da equipa multidisciplinar de elaboração do Diagnóstico Social, articular com a equipa de elaboração da Carta Educativa, tendo resultado desta articulação que não será abordada a área da educação no Diagnóstico Social do Concelho de Évora, mas sim feita a análise das **respostas sociais de apoio à família, na área da infância**, a trabalhar no concelho de Évora.

De referir ainda que alguns dos dados utilizados neste documento foram fornecidos pela equipa de elaboração da Carta Educativa<sup>1</sup>, para que não existam discrepâncias em termos dos resultados obtidos. Todos os outros dados introduzidos no documento são fruto de uma recolha de informação efectuada junto das instituições.

Assim, e de acordo com a Constituição da República Portuguesa, Capítulo II – **Direitos e Deveres Sociais**, artigo 67º (Família), *“A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros”*.

Entre várias atribuições, cabe ao estado “ b) *Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família....*”

Neste documento, irão então ser analisadas em primeira instância as *creches* e, posteriormente, os *Centros de Actividades de Tempos Livres* do Concelho.

Toda a análise referente às respostas educativas poderá então ser consultada na Carta Educativa.

### Creches

As creches são um equipamento social que pretende, acima de tudo, proporcionar o bem-estar e desenvolvimento integral das crianças num clima de segurança afectiva e física, durante o afastamento parcial do seu meio familiar, através de um atendimento individualizado.

Através do serviço prestado pelas creches, os pais, após o período de licença de parto, poderão voltar às suas funções profissionais, sabendo que os seus filhos estão a ser acompanhados por técnicos e auxiliares, devidamente formados para essa função. Por outro lado, as famílias hoje em dia contam cada vez menos com o apoio da família alargada (avós), logo, sentem necessidade de recorrer a este tipo de resposta.

São procuradas acima de tudo devido ao facto da maioria dos pais trabalharem fora e por não terem suporte familiar que permita à criança permanecer em casa até aos 3 anos (idade em que poderá integrar um Jardim de Infância).

A colaboração das creches com a família deverá ir no sentido da partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo evolutivo das crianças, assim como colaborar de

<sup>1</sup> Nome das Instituições e numero de utentes.

forma eficaz no despiste precoce de qualquer inadaptação ou deficiência, assegurando o seu encaminhamento adequado.

Para ser admitida numa creche, a criança deverá ter idade compreendida entre os 3 meses e meio e os 3 anos de idade, podendo estes limites serem ajustados aos casos excepcionais, designadamente para atender às necessidades dos pais.

De acordo com a Norma IX – Funcionamento, do Regulamento para a implantação, localização e instalação de creches, do Instituto de Solidariedade e Segurança Social, o horário de funcionamento da creche deverá ser fixado de acordo com as carências e condicionalismos locais, não devendo a permanência de cada criança no estabelecimento ser superior ao período estritamente necessário, **devendo coincidir com o horário de trabalho dos pais**, acrescido do tempo indispensável para as deslocações.

**Quadro n.º 48 | Creches do concelho de Évora**

Creche	N.º de utentes	Capacidade	Lista de Espera
Escolinha de Arte	19	19	15
Nª Sr.ª da Piedade	60	50	50
Rainha D. Leonor	44	45	64
C. Paroquial de Nª Sr.ª de Fátima	35	35	60
O Pequerrucho	18	18	20
C. Social de S. Paulo	13	20	-
Casulo	22	22	34
Centro Infantil de S. Mancos	15	15	9
Legado do Caixeiro Alentejano	40	40	6
Coopeberço	30	30	45
Irene Lisboa	52	52	67
A.D.B.E.S	35	40	18
Obra S. José Operário/S. M. Machede	15	15	2
Obra S. José Operário	10	10	9
A. Creches e J. I de Évora	96	96	64
O Ninho	12	12	20
Casa do Sagrado Coração de Jesus	45	45	6
C. de Actividades Infantis de Évora	30	30	20
O Principezinho	24	24	25
Quinta dos Sonhos	14	15	-
<b>20</b>	<b>648</b>	<b>652</b>	<b>534</b>

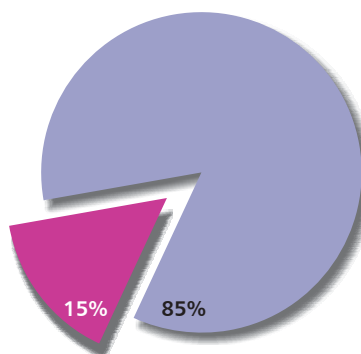
# Diagnóstico Social

## do Concelho de Évora

No concelho de Évora, e relativamente ao ano lectivo 2002/2003, existiam 20 creches, sendo que 17 são consideradas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e, como tal, têm acordo de cooperação com a Segurança Social, e 3 são creches privadas.

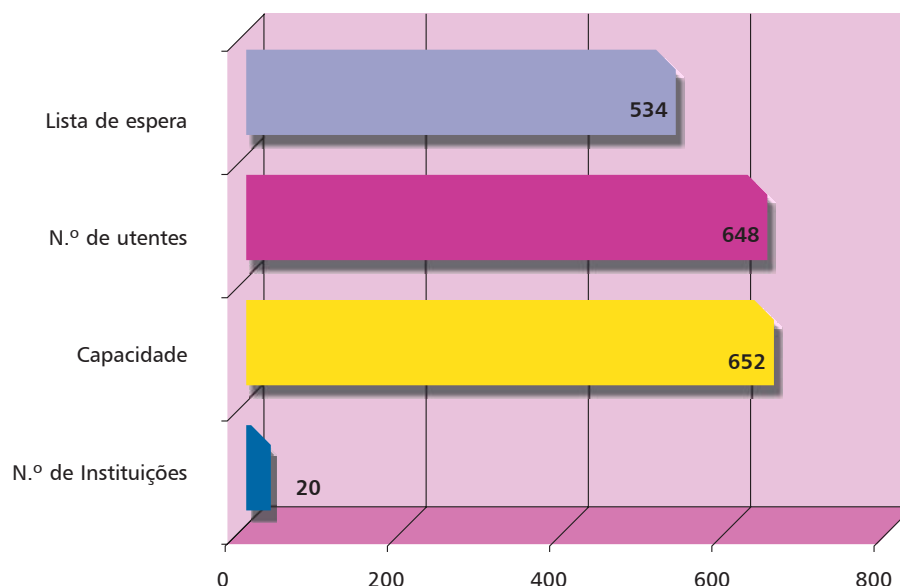
**Gráfico n.º 7 |**  
Percentagem de Creches  
consideradas IPSS / Privadas

■ IPSS  
■ Privada



No total, estas 20 creches prestaram apoio a 648 crianças, sendo que nas 18 creches (IPSS 85%) foi prestado apoio a 594 crianças e nas 3 (15%) creches privadas foi prestado apoio a 54 crianças.

**Gráfico n.º 8 |** Grelha Comparativa do N.º de instituições/ Capacidade/ N.º de Utentes e Lista de Espera





A grelha comparativa apresentada reflecte que, das 20 creches existentes, a sua capacidade, no total (652 utentes), está muito próxima do número de utentes (648 utentes), com uma diferença de 3 vagas.

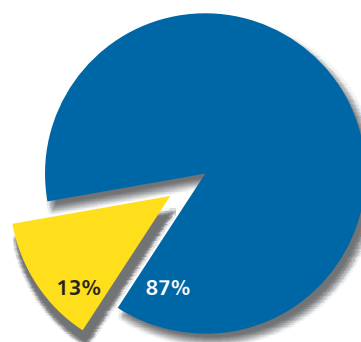
Cruzando estes dados com a caracterização Geo-Demográfica inicialmente apresentada, pode-se dizer que “... *Em termos demográficos Évora tem registado um crescimento populacional similar ao dos outros centros urbanos em expansão, onde o processo de envelhecimento e a quebra da natalidade têm sido contrariadas por uma significativa atracção de novos residentes...*”. Há que fazer aqui um alerta, pois o número de vagas é tão reduzido que, dentro de pouco tempo, o concelho poderá começar a enfrentar um problema de falta de Creches.

Mais: se repararmos que o número de crianças em lista de espera (534) é tão significativo, e que a diferença entre a capacidade (652 utentes) e os 534 utentes em lista de espera, é **de 118 crianças**, há realmente que repensar a expansão da rede de creches do concelho. A este número acrescem ainda 648 utentes, que usufruirão do equipamento até aos 3 anos de idade.

Por outro lado, e tendo em conta as normas que visam regulamentar as condições necessárias à implantação, localização, instalação e funcionamento das creches, independentemente do seu suporte jurídico, é possível verificar que algumas creches, nomeadamente as que se localizam dentro do Centro Histórico de Évora, não são construções de raiz, logo não foram projectadas com essa finalidade, tendo sido submetidas a adaptações que, por vezes, podem não ser as mais adequadas e não estar de acordo com as normas de funcionamento de uma creche.

**Gráfico n.º 9 |**  
Percentagem de Creches  
em zona urbana/zona rural

 zona rural  
 zona urbana



Este gráfico permite avaliar a dispersão dos equipamentos pela zona urbana/zona rural do concelho. Relativamente à valência de creche, é possível observar que **87% das creches estão situadas na zona urbana** do concelho e **13% na zona rural**.

Embora a concentração de creches se verifique na zona urbana, há que referir que **o facto de não se construírem mais creches na zona rural do concelho poderá inviabilizar o funcionamento de outras valências já em funcionamento no mesmo local, como é o caso dos Jardins-de-infância**.

### Centros de Actividades de Tempos Livres

Os Centros de Actividades de Tempos Livres (ATL'S) são espaços que proporcionam actividades de lazer a crianças a partir dos 6 anos.

Os ATL's permitem a cada criança ou jovem, através da sua participação na vida em grupo, a oportunidade de se inserirem na sociedade. Contribuem para que cada grupo encontre os seus objectivos, de acordo com as necessidades, aspirações e situações próprias de cada elemento e do seu grupo social, favorecendo a adesão aos fins livremente escolhidos. Criam um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal de cada criança ou jovem, de forma a ser capaz de se situar e expressar num clima de compreensão, respeito e aceitação de cada um.

Em termos de funcionamento, os ATL'S deverão organizar-se com base em grupos de reduzidas dimensões, *não devendo ultrapassar 20 crianças por grupo*. Por sua vez, o número de grupos não deverá ir além de três em cada turno (manhã/tarde).

O horário de funcionamento dos ATL'S deverá ser fixado de acordo com as carências e condicionalismos locais, não devendo, no entanto, ultrapassar um período máximo de 12 horas diárias, entre os dois turnos.

Factor importante num ATL é a articulação permanente que este deve ter com as famílias e a comunidade, ou seja, a articulação com a família de um utente permitirá assegurar uma complementaridade educativa. Para atingir este objectivo, os ATL's deverão estabelecer contactos individuais com as famílias, tendo em vista um conhecimento actualizado de cada utente, e deverão acima de tudo incentivar as famílias a participar na rotina diária do ATL.

Relativamente à sua articulação com a comunidade, os ATL's deverão promover os laços de convivência com os vários grupos e estruturas existentes, nomeadamente os estabelecimentos de ensino, empresas, autarquias, etc. Esta valorização dos recursos do meio estimula a sua utilização.

No concelho de Évora, e relativamente ao ano lectivo 2002/2003, existiam 24 ATL's, sendo que, no total, estes prestaram apoio a 1071 utentes. Relativamente à capacidade, há que referir que algumas instituições não identificaram a sua capacidade, mas das que a referiram, o total da capacidade é de 875 utentes.

Dos dados passíveis de apresentação, há que referir que os 24 ATL's existentes no concelho estão a dar resposta a um número superior ao da sua real capacidade (isto sem contar com os dados não fornecidos por algumas instituições), o que significa que este tipo de equipamentos é extremamente necessário, como resposta de apoio à família.

**Quadro n.º 49 | ATL's do concelho de Évora**

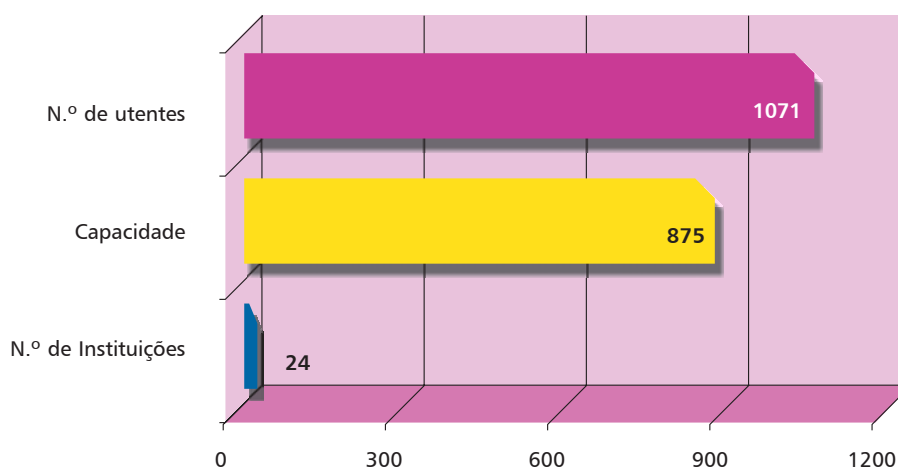
ATL's	Capacidade	N.º de Utentes
Ass. Creches e J. I de Évora	60	50
Ass. de Jovens Professores da R. A	- <sup>2</sup>	51
Obra S. José Operário/S. M. Machede	25	20
Obra S. José Operário/ N. Sr.ª Machede	25	17
Paróquia de S. Brás	65	68
Centro Paroquial e Social da Boa-Fé	20	22
Centro Paroquial de N.ª Sr.ª da Saúde	70	63
Cáritas Diocesana de Évora	120	120
Irene Lisboa	30	33
Etc., Centro de Actividades de Tempos Livres	60	35
A.D.B.E.S	-	90
Centro Infantil de S. Mancos	25	25
Associação Eboractiva	40	23 + 20 <sup>3</sup>
C. Paroquial de S. Sebastião da Giesteira	30	30
Obra S. José Operário	60	54
C. de Actividades Infantis de Évora	60	40
Casa do Sagrado Coração de Jesus	30	16
C. Paroquial de N.º Sr.ª de Fátima (Frei Aleixo)	90	90
Legado do Caixeiro	35	45
ATL Canaviais	30	25
ATL da Cruz da Picada	-	40
ATL do Bairro da Câmara	-	25
ATL de S. Mamede	-	60
<b>24</b>	<b>875</b>	<b>1071</b>

Se se pensar que os ATL's são a resposta social que medeia o espaço de tempo entre a saída da escola e a chegada dos pais, e que a ocupação da criança/jovem durante este período poderá despistar uma série de problemas sociais, então há realmente que considerar a implementação de mais ATL'S.

<sup>2</sup> Não referiram a capacidade.

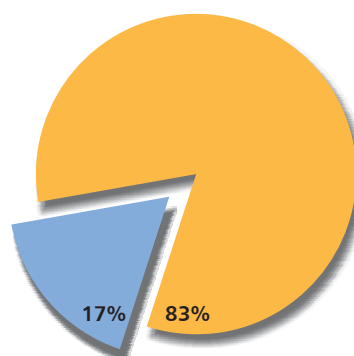
<sup>3</sup> Instituição com dois grupos de crianças a frequentar o ATL.

**Gráfico n.º 10** | Grelha comparativa do n.º de Instituições/Capacidade/n.º de Utentes



**Gráfico n.º 11** |  
Percentagem de ATL's  
em zona urbana/zona rural

■ zona urbana  
■ zona rural



Por outro lado, e como é possível observar no gráfico acima, relativamente às instituições com valência de ATL's, **verifica-se que 83% se localizam na zona urbana do concelho e 17% na zona rural do concelho.**

Acresce o facto de que a maioria dos ATL's se situa fora do espaço escolar e, na maior parte das situações, longe deste, o que levanta problemas de diversa natureza, nomeadamente o transporte das crianças entre a escola e o ATL.

Por outro lado, e observando o Quadro nº 2, é possível verificar que ainda existem muitas zonas do concelho a descoberto, mais concretamente na zona rural. Este facto torna-se ainda mais grave se pensarmos que muitos pais, que vivem em zona rural e trabalham no centro da cidade, não têm a quem recorrer durante o período de tempos livres dos seus filhos.

## Considerações Finais

As respostas sociais de apoio à família analisadas neste documento tiveram como objectivo principal destacar qual a importância deste tipo de equipamento para as famílias do concelho de Évora e, sobretudo, diagnosticar a necessidade ou não de criar/implementar mais recursos deste género no concelho.

Desta forma, e em termos de considerações finais, pode-se afirmar que, em relação às creches, se verifica uma grande proximidade de valores entre o número de crianças a frequentar o equipamento e a capacidade desse mesmo equipamento.

Por outro lado, o concelho de Évora revela ser um concelho que está a atrair novos residentes, o que reforça a ideia de que, a curto/médio prazo, o concelho irá necessitar de ampliar a rede creches existentes.

Relativamente aos ATL's, o panorama é ainda mais preocupante, pois o número de utentes que os frequentam ultrapassa em muito o número de ATL'S existentes, logo, há sem dúvida necessidade de criar mais recursos deste tipo, sobretudo na zona rural do concelho.

## PROBLEMÁTICAS EM DESTAQUE

- » Existência de creches com número de utentes superior à sua capacidade;
- » Desadequação arquitectónica nas estruturas das creches, muitas delas em edifícios não projectados para este tipo de valência;
- » Desadequação nas estruturas das creches;
- » Existência de ATL's com lotação superior à sua real capacidade;
- » Grande discrepância entre o numero de ATL'S na zona urbana e zona rural do concelho.



**UNIÃO EUROPEIA**  
Fundo Social Europeu



**PROGRAMA OPERACIONAL EMPREGO,  
FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
(POEFDs)**

