

The background of the cover is a solid blue color with a subtle, abstract pattern of lighter and darker shades. Overlaid on this is a faint, white outline map of Brazil, which is semi-transparent. To the right of the map, there is a stylized, light blue globe or sphere. The overall aesthetic is clean and modern, with a focus on social and environmental themes.

Diagnóstico Social

REDE SOCIAL | **BRAGA**

I - Avaliação dos Resultados

A elaboração do Diagnóstico Social 2004, no âmbito do Programa da Rede Social, foi fundamental para a identificação das necessidades e potencialidades do concelho e constitui-se como contributo fundamental para a construção do Plano de Desenvolvimento Social 2004-2007 do Concelho de Braga.

A actualização desse conhecimento e informação sobre a realidade social de Braga deverá ter por base a avaliação dos resultados decorrentes da acção do anterior plano.

O Plano de Desenvolvimento Social 2004-2007 definiu os Eixos e as intervenções operativas para esse período e foram organizados por prioridade dos problemas identificados no Diagnóstico, definindo objectivos estratégicos e específicos, resultados esperados e respectivos planos de acção.

Relativamente aos Eixos importa registar que foram definidos numa perspectiva do desenvolvimento desejado para o concelho e estrategicamente estruturado por áreas temáticas.

O Eixo I baseou-se numa política de desenvolvimento dirigida essencialmente à prevenção - *Educar para uma efectiva e contínua prevenção das situações de pobreza* – o que implicou integrar preocupações familiares e sociais nas políticas sectoriais e induzir práticas preventivas, incorporando objectivos de qualidade de vida.

Os problemas de saúde associados à pobreza e à exclusão social, o acesso cada vez mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos, o aumento das desigualdades sociais, o envelhecimento da população, a maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, os problemas associados aos comportamentos aditivos, a violência, as dificuldades no acesso à habitação, a persistência da SIDA, o desemprego e o emprego precário, entre outros, foram alguns dos problemas com maior impacto na pobreza e que mereceram a definição de estratégias adequadas e cruzadas de forma horizontal e abrangente em todos os sectores de intervenção. Deste modo, tornou-se possível implementar o Eixo II. *Promover a inserção social, criando condições que favorecessem processos de inclusão*, numa perspectiva de coesão social.

O Eixo III definiu as intervenções operativas tendo por objectivo estratégico expandir a rede de equipamentos e serviços sociais destinados à população, sobretudo à mais vulnerável, alcançando as metas propostas.

O Eixo IV contribuiu para elevar o nível de qualificação dos munícipes, promover o emprego e construir uma abordagem territorial de oferta e procura de emprego, de modo a promover a qualificação das pessoas mais vulneráveis à pobreza e à exclusão social e em processos de ruptura profissional conducentes a situações de desemprego e/ou desemprego de longa duração.

No sentido de viabilizar e potenciar a actuação local, o Eixo V contribuiu para a mobilização dos agentes sociais locais, através de práticas de articulação e cooperação, envolvendo as entidades públicas e privadas, os parceiros sociais e as próprias pessoas e comunidades em situação ou risco de exclusão social, no sentido de orientar as intervenções futuras, de acordo com os interesses colectivamente assumidos e com uma utilização racional de recursos.

Ao nível concelhio e estrategicamente definido por áreas temáticas foram alcançados os objectivos do PDS 2004-2007.

Cabe salientar que surgiram alguns pressupostos externos na concretização dos objectivos, nomeadamente as acções cruzadas com algumas medidas do PNAI 2003-2005 e que não vieram a ser concretizados por este Plano Nacional.

Em torno das principais prioridades definidas no PDS 2004-2007 é possível evidenciar os seguintes resultados:

1. Na prioridade da Habitação foi fixada a meta de desenvolver, até 31 de Dezembro de 2007, respostas para as situações não enquadráveis nos apoios em vigor, promovendo a igualdade de oportunidades e prevenindo situações de risco de exclusão.

Com as iniciativas levadas a termo pelo grupo de trabalho sobre Habitação foi possível alcançar os seguintes resultados: enquadramento de vítimas de violência doméstica em modalidades de apoio habitacional promovidas pela Bragahabit, verificando-se que não se justifica, de momento, a necessidade de institucionalização nem em Casa Abrigo local nem em residência partilhada; celebração de dois protocolos de parceria com a Cáritas Arquidiocesana de Braga e com a Junta de Freguesia de Pedralva para a criação de dois Centros de Informação e Encaminhamento de Vítimas de Violência Doméstica. O funcionamento destes Centros permitiu potenciar o trabalho em

rede realizado de forma a enquadrar directamente as vítimas em soluções habitacionais que promovam a integração social e a reorganização familiar; celebração de protocolo com a Casa de Saúde do Bom Jesus para a criação e manutenção de duas residências partilhadas para mulheres com diagnóstico de perturbações ou doença mental; foram desenvolvidos contactos e realizadas reuniões de trabalho com o Departamento de Psiquiatria do Hospital de São Marcos para a criação de uma residência para homens com perturbações mentais, não tendo sido obtido resultado favorável pela indisponibilidade daquela entidade em assegurar a supervisão técnica; superação dos obstáculos no acesso ao incentivo de arrendamento para jovens, tendo sido dada particular atenção às estratégias de apoio aos jovens e acompanhamento do processo de alteração do Incentivo ao Arrendamento Jovem que, veio a ser substituído pela Iniciativa Porta 65 – Jovem, promovendo a sua divulgação, esclarecimento e encaminhamento para a apresentação de candidaturas; aumentar o número de habitações recuperadas de proprietários sem condições económicas para tal, procedendo à divulgação dos regimes de apoio em vigor; análise do contexto e apresentação de recursos nacionais e locais através do *I Encontro Políticas Sociais de Habitação* realizado a 8 de Março de 2007 e desenvolvimento de actividades no âmbito da acção n.º 4 do Projecto Atena que visa a melhoria de condições habitacionais; aumento da oferta efectiva de arrendamento a inquilinos e outros residentes em habitação degradada cujo desenraizamento é desaconselhado, através da articulação com os agentes locais envolvidos nas comissões sociais e do encontro de soluções habitacionais que concorram para o acompanhamento das famílias e para o combate à sua estigmatização. Daqui decorreram acções de (in) formação, atendendo à fragilidade dos níveis de escolaridade e qualificação dos beneficiários de apoio habitacional, facto que alicerça e justifica a pertinência da formação; estudo das situações de carência habitacional no concelho de Braga e reflexão contínua sobre a aplicabilidade das políticas habitacionais às situações locais e identificação dos seus constrangimentos.

2. A prioridade da abordagem aos problemas da *Toxicodependência e Alcoolismo* centrou-se na promoção da prevenção, expansão e qualificação da rede de serviços e equipamentos, assim como a inserção social, criando condições que favoreçam processos de inclusão, destacando-se os seguintes resultados:

- Edição e Publicação do Manual Informativo sobre Toxicodependência;

- Acções de divulgação do Manual Informativo e do Guia de Procura de Ajuda;
- Cursos de formação para Indivíduos de condição social desfavorável (*Introdução à Informática; Reparções Domésticas; Economia Doméstica; Promoção da Saúde; Promoção da Cidadania; Transformação e Preparação de Produtos Alimentares; Agentes de Apoio Domiciliário*)
- Projecto *Pontos de Escuta e Pontos de Partilha* – Gabinetes de Atendimento à Família
- Projecto de prevenção das toxicodependências – Grupos de Pais nas Comissões Sociais
- Implementação do Sistema de mediação familiar;
- Acção de formação para Mediadores Sociais;
- Elaboração de estudo, programa funcional e projecto para a criação de uma Comunidade de Inserção;
- Articulação com empresários locais para a sensibilização sócio-profissional de pessoas com condição social desfavorecida.
- Apresentação de comunicação sobre “Manual Informativo – uma (re) construção em parceria”, na Universidade Fernando Pessoa em Ponte de Lima, a 13 de Janeiro de 2006.

3. No âmbito da *Pobreza* alcançou-se o objectivo de tornar acessível a todos os indivíduos as possibilidades de alojamento, cuidados de higiene e saúde, nomeadamente crianças em risco, indivíduos portadores de deficiência, sem abrigo, mulheres vítimas de maus-tratos, toxicodependentes, alcoólicos, imigrantes e outros.

O trabalho em rede e as parcerias instituídas permitiram alcançar os seguintes resultados:

- Definição de um Modelo de articulação e cooperação entre as diversas organizações existentes no concelho - Tríptico Informativo;
- Edição do Tríptico Informativo;
- Estudo sobre os Sem Abrigo;
- Acompanhamento dos Sem Abrigo;
- Matriz de Encaminhamento dos Sem-Abrigo;
- Realização do Encontro “*O Voluntariado no Séc. XXI*”;
- Criação do Banco Local de Voluntariado;

- Festa dos Povos;
- Participação no 6º Encontro de Pessoas em Situação de Pobreza – Bruxelas;
- Acções de in(formação) sobre violência doméstica;
- Campanhas de sensibilização contra a violência doméstica do Conselho da Europa;

- Elaboração e aprovação da candidatura ao PROGRIDE do Projecto ATENA

O Projecto ATENA, financiado pelo Programa Nacional *PROGRIDE*, estruturado para promover a inclusão e a melhoria das condições de vida de grupos específicos particularmente confrontados com situações de exclusão, marginalidade e pobreza persistente, enquadra 28 acções:

- Guia de Recursos e serviços de apoio à infância e juventude;
- Guia de Recursos sobre ofertas escolares de formação profissional;
- Sistema itinerante Brag@brinca;
- Melhoria das condições de habitação;
- Criação de espaços de cidadania nas escolas;
- Criação de espaços de aprendizagem;
- Promoção da saúde;
- Sensibilização, informação e qualificação das populações;
- Feira de saberes;
- Fórum Social;
- Rede Local de Voluntariado;
- Guia de recursos e serviços de apoio à família e à comunidade;
- Grupo de reflexão sobre a temática da violência doméstica;
- Centros de Informação e Acompanhamento;
- Formação de Técnicos para a intervenção na área da violência doméstica;
- Consultadoria na área da violência doméstica;
- Divulgar a Linha SOS de apoio a vítimas de violência doméstica;
- Grupo de auto-ajuda;
- Criação de uma empresa de inserção;
- Atelier de expressão plástica;
- Exposição de trabalhos;
- Oficina de dinâmicas de grupo;

- Criação e dinamização de um Grupo de teatro;
- Atelier de horticultura e jardinagem;
- Centro de Inclusão Digital;
- Cartão de Utilizador de serviços;
- Construção de uma página na Internet sobre estudos, serviços e iniciativas da população Sem Abrigo;
- Processo de avaliação.

4. No domínio da prioridade do *Envelhecimento, Dependências e Deficiências* expandiu-se e qualificou-se a rede de serviços e equipamentos sociais enquadrados num Plano Municipal de Gerontologia e Apoio à Deficiência, numa perspectiva de mobilização do conjunto de intervenientes, tendo sido atingidos os seguintes resultados:

- Centro de Estudos, Formação e Investigação sobre o Envelhecimento Activo (CEFI);
- Qualificação de 300 agentes que prestam o apoio a idosos (auxiliares de lares de idosos, agentes de serviço de apoio domiciliário e famílias de acolhimento);
- Apresentação de candidatura ao PAII do Projecto “*Aprender e Cuidar*”;
- Plano de Acessibilidades “Mobilidade para Todos” (anulação de barreiras arquitectónicas);
- Acção de Formação sobre Técnicas Básicas de Apoio a Cuidadores de Idosos;
- Candidatura ao PARES para responder às necessidades da criação de Lar de Idosos, Serviço de Apoio Domiciliário e Centros de Convívio;
- Estudo “População Activa com 65 Anos e +, motivações e constrangimentos”;
- Estudo sobre o sistema de apoio educativo e de integração social no concelho de Braga para pessoas portadoras de deficiência;
- Criação do Guia de Recursos para as Pessoas com Deficiência;
- Divulgação e distribuição de trezentos exemplares do Guia de Recursos para as Pessoas com Deficiência;
- Acções de sensibilização sobre a Deficiência Visual nas Comissões Sociais;
- Workshop sobre Ajudas Técnicas;
- Criação do SIM-PD - Serviço de informação e mediação para pessoas com deficiência em articulação com o Fórum Municipal das Pessoas com Deficiência;

- Participação no 6º Encontro Europeu de Pessoas em Situação de Pobreza, em Bruxelas, no âmbito do Programa “Activar a Participação”, da REAPN, contribuindo-se para as linhas orientadoras das medidas europeias contra a exclusão social;

- Criação de um serviço de transporte pecuniário a pessoas com deficiência, em articulação com o Fórum Municipal das Pessoas com Deficiência;

- Candidatura ao PARES para responder às necessidades da criação de Lar Residencial;

- Adesão ao AEIOT – 2007 – Ano Europeu de Igualdade de Oportunidades para Todos;

- Criação de duas residências partilhadas para pessoas com incapacidades;

- UNIVA para as pessoas com Deficiência.

5. No âmbito do *Emprego e Qualificação* foi determinada a prioridade de promover a participação de todos no acesso ao emprego elevando o nível de qualificações dos indivíduos, através do desenvolvimento de várias acções:

- Encontros de Empresários sobre Formação, Qualificação e Empreendedorismo

- Acções de informação a jovens licenciados desempregados sobre Programas de apoio à Criação de Emprego;

- Acções de sensibilização e informação sobre o Microcrédito;

- Criação de duas UNIVAS;

- Acções de Informação sobre a Validação e Certificação de Competências;

- Sensibilização às Entidades Formadoras para o desenvolvimento de oferta formativa direccionada para a população mais vulnerável - *Jornada Técnica “Formação para a Inclusão”*;

- Acção de sensibilização aos empresários locais para uma melhor articulação com o Centro de Emprego de Braga na oferta/procura de emprego.

6. Com a prioridade de *promover a imagem da criança como sujeito de direitos*, expandindo e qualificando a rede de serviços e equipamentos, através da mobilização do conjunto de intervenientes e da criação de mecanismos que assegurem o seu acesso a recursos, bens e serviços, foram vários os pressupostos externos que condicionaram a intervenção. Contudo, foi possível alcançar as seguintes resultados:

- Criação de um Sistema de documentação sobre a infância, disponível on-line;

- Estudo sobre a *Situação Social da Infância no Concelho de Braga*;

- Workshop de discussão e análise dos modelos de acolhimento para crianças e jovens;
- Programa de prevenção e intervenção junto das crianças em risco;
- Candidatura ao PARES para responder às necessidades de criação de respostas à primeira infância.
- Candidatura ao *Programa Escolhas*;
- Guia de Recursos para a Infância

7. A melhoria dos níveis de protecção e actuação junto dos jovens através da prevenção de comportamentos de risco foi alcançado pela concretização dos seguintes objectivos:

- Contribuição para o alargamento da rede de cursos de educação e formação;
- Reintegração dos jovens que abandonaram a escola em medidas específicas de educação
- Criação de um serviço de atendimento na área da saúde sexual e reprodutiva, destinada a jovens do ensino profissional - Projecto *“Para Me Conhecer...Para Te Conhecer”*
- Permitir aos jovens o acesso às novas tecnologias da informação – articulação com o Projecto Braga Brinca (Bragahabit);
- Acções de divulgação sobre *Programas e Iniciativas Juvenis*;
- Acção de Formação sobre comportamentos de risco;
- Realização de fóruns e debates sobre a prevenção de comportamentos de risco nas Escolas Básicas do Segundo e Terceiro Ciclo;
- Guia de Recursos Juvenis;
- Mostra Social *Arte Jovem*.

Ao nível das freguesias, as quatro Comissões Sociais de Freguesia e as dez Comissões Sociais Inter-Freguesias adoptaram um projecto de acção baseado na identificação das seguintes problemáticas locais:

- Pobreza: Precariedade Económica e Insuficiência dos níveis de protecção social
- Desemprego/Emprego precário
- Falta de Equipamentos e Respostas Sociais
- Isolamento de Idosos

- Toxicodependência
- Alcoolismo
- Desestruturação Familiar
- Falta de soluções habitacionais economicamente acessíveis

Face a estas prioridades, foram dinamizadas as seguintes acções:

- Enquadramento das pessoas mais vulneráveis no Sistema de Protecção Social;
- Criação de Gabinetes de Atendimento e Acompanhamento Social Local;
- Alargamento da rede de equipamentos e respostas sociais;
- Projecto “Vamos Todos Prevenir”;
- Acções de Formação de “Economia Doméstica” e de Educação Parental;
- Acções de Formação de Promoção de Cidadania;
- Sessões de informação sobre o Microcrédito;
- Sessão de informação sobre a Validação e Certificação de Competências;
- Acções de Informação aos desempregados sobre medidas de emprego.
- Criação de dois Gabinetes de Informação e Acompanhamento a Vítimas de Violência Doméstica;
- Acções de Sensibilização e Informação sobre a Violência Doméstica;
- Sessões de trabalho com as forças de Segurança;
- Sessões de trabalho com Organismos Públicos (saúde, educação, etc);
- Alargamento do Projecto *BragaBrinca*;
- Criação de Unidades Descentralizadas do Centro de Emprego;
- Criação de mais duas UNIVAS;
- Acções de Informação sobre Manual Informativo das Toxicodependências e o Guia de Procura de Ajuda;
- Rede Local de Voluntariado;
- Acções de sensibilização e informação sobre a Deficiência Visual.

II – Diagnóstico Territorial

Em conformidade com o Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho, diploma que consagra os princípios, finalidades e objectivos da rede social, bem como a constituição, funcionamento e competência dos seus órgãos, o Diagnóstico Social é um instrumento dinâmico sujeito a actualização periódica, resultante da participação dos diferentes parceiros, que permite o conhecimento e a compreensão da realidade social através da identificação das necessidades, da detecção dos problemas prioritários e respectiva causalidade, bem como dos recursos, potencialidades e constrangimentos locais, pelo que é fundamental a sua construção para a definição estratégica do planeamento do desenvolvimento social de um Concelho.

O presente Diagnóstico, em termos metodológicos teve por base um trabalho de parceria alargada, abarcando actores sociais de diferentes naturezas e áreas de intervenção - Núcleo Executivo do Conselho Local de Acção Social, Grupos de Trabalho Temáticos, Comissões Sociais de Freguesia e Comissões Sociais Inter-Freguesias, que indicaram as prioridades estratégicas de intervenção social para o concelho de Braga.

Importa registar que também o contributo dos próprios utilizadores dos serviços foi considerado fundamental e integrado neste instrumento, entendido como uma verdadeira plataforma de participação.

O Diagnóstico Social do Concelho de Braga resultou, assim, do cruzamento de um conjunto de análises elaboradas em diversas temáticas do desenvolvimento territorial, social e económico e a experiência prática dos agentes locais permitiu identificar as principais forças e fraquezas para o desenvolvimento concelhio.

A análise que a seguir se apresenta sintetiza as principais conclusões nesta matéria e encontra-se organizada por aquelas que foram consideradas as principais temáticas de desenvolvimento local.

1. População

Situada no Norte de Portugal, mais propriamente no Vale do Cávado, Braga é um concelho densamente povoado, com 942,1 hab/km², um dos mais populosos de Portugal e dos mais jovens da Europa.

Insere-se na NUTS III Cávado o qual representa cerca de 11% da população da Região Norte, num total de 410 mil habitantes.

Segundo estimativos do INE, o concelho de Braga tem uma área de 183,4 Km², distribuídos por 62 freguesias, verificando-se no espaço de cinco anos um crescimento na população residente de 6%.

No período de 2001 para 2006 a estrutura da população residente do concelho de Braga passou, em números absolutos, de 164.192 para 173 946 habitantes, dos quais 90.347 eram mulheres e 83.599 eram homens. A maioria da população concentra-se na área urbana, onde a densidade atinge cerca de 10 000 hab/km².

Quanto aos grupos etários, de 2001 para 2006, enquanto baixou a proporção de indivíduos com menos de 15 anos, de 18,7%, para 17,8% e a de indivíduos entre 15-24 anos, de 16,2%, para 13,2%, subiu a proporção de indivíduos entre 25-64 anos de 54,2% para 57% e a proporção de indivíduos com 65 ou mais anos de 10,8% para 11,8%, proporções relativas à população total nesses anos.

Assistimos assim a uma descida do Índice de Dependência dos Jovens, de 26,6% para 25,4% e a uma subida do Índice de Dependência dos Idosos, de 15,4%, em 2001, para 16,8% em 2006, tendo o Índice de Envelhecimento subido de 57,8% para 66,2%.

Quanto à população residente segundo o nível de ensino atingido, segundo os Censos 2001, o Concelho de Braga apresenta uma taxa de analfabetismo de 5,8%, a mais baixa comparativamente aos outros concelhos do distrito e inferior à média nacional (9%).

A população da Região Norte é a que, em média, tem os mais baixos rendimentos e níveis de instrução e regista a segunda maior taxa de desemprego a nível nacional.

Em Braga a maioria da população tem seis ou menos anos de escolaridade, 20 167 não atingiram nenhum nível ensino, 49.342 obtiveram o 1º ciclo do ensino Básico e 22.580 o 2º ciclo do ensino Básico. O 3º ciclo foi alcançado por 11, 5% da população do

concelho, 17% completaram o ensino secundário e 14,4% o ensino superior, o dobro da média distrital (7,3%).

No concelho de Braga, as freguesias mais populosas são as de S. Vítor, S. Lázaro, S. Vicente, Maximinos e Ferreiros.

O concelho cresceu 16,2% entre 1991 a 2001, sendo o concelho do distrito de Braga com maior crescimento. Relativamente às Freguesias, as que registaram maior crescimento efectivo foram Nogueiró, Frossos, Real, Lamações e Lomar.

2. Habitação

Braga é a terceira cidade da União Europeia, entre 75 grandes cidades, onde mais pessoas consideram que “é fácil encontrar bom alojamento a um preço razoável”.

Segundo um estudo elaborado pelo Eurostat no anuário regional do gabinete oficial de estatísticas da União Europeia, no seu relatório de 2007 sobre as 268 regiões da EU a 27 em factos e números, 68% dos inquiridos realça este factor positivo da cidade.

O concelho de Braga dispõe de 70 389 alojamentos clássicos de residência habitual e 51 173 famílias clássicas, num total de 32 668 edifícios clássicos. Os alojamentos arrendados constituem 12 667 residências habituais, sendo que, o apoio habitacional atinge 1 240 famílias. Assim, o peso da habitação com carácter social é de 9,8% relativamente a alojamentos arrendados.

A oferta de fogos no concelho permite-nos afirmar que a oferta de habitações para arrendamento é adequada e suficiente, sendo os valores das rendas dos mais baixos do País.

Genericamente, trata-se de um parque habitacional novo ou rejuvenescido sendo reduzidos os casos de habitação degradada ou abarracada.

Apesar dos concelhos com maior volume de transacções se situarem fundamentalmente na Grande Lisboa, Grande Porto e Península de Setúbal, Braga torna-se numa excepção, ao ocupar também posição de destaque no panorama nacional. Assim, ocupando o 7º lugar, Braga apresenta um valor acumulado, entre 2001 e 2004 de 20 646, segundo o INE: Estatísticas da Construção de Habitação 2005, próximo de valores idênticos de Matosinhos, Cascais e Porto.

Nos últimos 15 anos, o parque habitacional duplicou no concelho de Braga, tendo a autarquia apoiado em mais de 10% as famílias bracarenses, ao nível de incentivos à obtenção de casa própria ou, em alternativa, no regime do subarrendamento. O desenvolvimento urbano assentou sempre no “princípio da coesão”, evitando-se assim, o abandono e a desertificação das freguesias periféricas.

Também o Centro Histórico de Braga comportou o fenómeno da *desertificação populacional*, devido à degradação do parque habitacional. Contudo, após a intervenção no castro urbano da cidade, com incidência maior a partir da década de noventa, assistiu-se a uma procura de novas populações pelo centro histórico. Facto, em parte, resultante da requalificação do património edificado, que, por força do novo regulamento específico do Gabinete de Salvaguarda e Revitalização do município, obriga, dentro do perímetro do centro histórico, que a recuperação de edifícios contemple a componente habitacional.

Nas duas últimas décadas foram recuperadas mais de meio milhar de edifícios dentro do perímetro do centro histórico, dos quais 24 relativos a equipamentos e 50 casas no núcleo central do castro histórico, acrescendo ainda cerca de 90 mil metros quadrados de área pedonal e toda uma rede de infra-estruturas e mobiliário urbano.

O panorama da habitação diz-nos que em 2002, a Reabilitação no sector da construção em Portugal é de 7% e a média europeia é de 36%, enquanto que a construção nova no sector da construção de edifícios a 2004 é de 90% em Portugal; 45% em França e 35% na Suécia. Já em apoio do estado ao sector da habitação, relativamente ao ano de 1999, 73% procedeu a compra de casa, 28% arrendou e 8% promoveu reabilitação.

Importa salientar que novos problemas resolvem-se através da produção de conhecimento e, como tal, carecem de novas soluções.

Sendo Braga o distrito em segundo lugar que mais recorreu ao Incentivo ao Arrendamento Jovem (IAJ), a par da expansão da modalidade de apoio directo ao arrendamento, verifica-se uma aposta na aplicação dos subsídios de renda em detrimento da construção ou aquisição de habitação social, no que concerne aos grupos desfavorecidos.

Este facto foi abordado no *I Encontro de Políticas Sociais de Habitação*, o qual se constituiu como um espaço onde foi possível promover a reflexão sobre os programas e medidas existentes e, também o modo como o poder local e a sociedade civil, muitas

vezes, com inovação, promovem respostas aos problemas sociais da habitação, apesar de alguns constrangimentos apresentados.

Relativamente à informação disponível do sector da habitação procedeu-se à sua divulgação e apresentação.

As dinâmicas geradas e a participação dos presentes permitiu o diálogo sobre os diversos temas que se cruzam na análise da questão social da habitação.

Cerca de duzentos participantes, de diversas autarquias, serviços públicos, associações, organizações não governamentais, docentes e alunos da Universidade do Minho e da Universidade Técnica de Lisboa e outros, contribuíram para que os objectivos desse Encontro fossem atingidos e, reconhecido que, mais Encontros irão com certeza favorecer uma maior reflexão e uma melhor intervenção numa área do conhecimento vasta e complexa como é a questão social da Habitação.

A problemática da habitação é muito complexa, não se reduzindo ao jogo entre a oferta e a procura. A habitação é vivida e habitada e é nesta dimensão que se constrói a sua função social. De facto, na sociedade, a habitação satisfaz um conjunto de funções, como a de abrigo e reprodução da família, sendo ainda um factor fundamental na construção da personalidade individual, de socialização e de integração social, para além de ser um espaço de consumo, de ócio e de comunicação.

A habitação é uma necessidade básica, uma vez que todos almejamos um alojamento condigno, tratando-se aliás, de um dos direitos consagrados na Constituição da República, no seu artigo 65º e até de um direito reconhecido internacionalmente.

Assim, dado que o direito à habitação é um dos direitos reconhecidos aos cidadãos, dele resulta a exigência de uma política capaz de facilitar o acesso ao bem habitação, nomeadamente por parte de todos aqueles cidadãos que não têm meios económicos para adquirir ou arrendar a sua habitação aos preços de mercado.

A política de Habitação do XVII Governo Constitucional visa a promoção do acesso à habitação, a articulação das políticas de habitação com a qualificação do ambiente urbano e a concertação da intervenção do Estado com outras entidades, nomeadamente municípios e entidades privadas do sector cooperativo e associativo. Esta política assenta em três eixos de intervenção: dinamização do mercado do arrendamento, novas políticas sociais e requalificação do tecido urbano.

Ao nível da dinamização do mercado de arrendamento, a revisão do regime jurídico do arrendamento urbano, culminou na aprovação do Novo Regime do Arrendamento Urbano - NRAU – apostado no aumento da oferta de imóveis para arrendamento, da mobilidade e da promoção do acesso de famílias e agentes económicos a esse mercado. Este regime jurídico consagra, ainda, um melhor e justo equilíbrio na salvaguarda dos direitos dos inquilinos no quadro das acções de despejo. Sobre as novas políticas sociais de habitação e reabilitação urbana consideram-se componente essencial da Política de Cidades, seja na garantia do acesso à habitação, na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos ou na promoção da requalificação e integração urbana de algumas áreas urbanas desqualificadas.

Entre as situações urbanas de maior complexidade e desintegração urbana estão os bairros sociais, cuja complexidade dos problemas não se compadece com intervenções casuísticas e estritamente sectoriais, desadequadas do ponto de vista da boa utilização dos recursos públicos.

O parque de vocação social é essencial para a promoção do acesso, mesmo que temporariamente, à habitação por famílias com fracos recursos para adquirir ou arrendar no mercado privado. A habitação social representa em Portugal apenas 16% dos alojamentos arrendados e 3% do seu parque habitacional.

A INICIATIVA PORTA 65 aprovada através de Resolução do Conselho de Ministros nº 128/2007 publicada no Diário da República, I Série de 3 de Setembro, associa a sua denominação à efectivação do fundamental direito à habitação consagrado no artigo 65º da Constituição, procura criar novas soluções de gestão da oferta e da procura que favoreçam a mobilidade residencial associada ao parque habitacional e integra 4 programas, um dos quais, Gestão e Proximidade é dedicado exclusivamente à promoção e gestão do arrendamento social. Encontra-se também previsto o programa Bolsa de Habitação e Mobilidades e o programa residência (coabitação) apoiada.

O Porta 65 Jovem substituiu o então Incentivo ao Arrendamento por Jovens (IAJ). As rendas apoiadas pelo IAJ são superiores à média nacional. Segundo uma avaliação externa feita ao IAJ, para a Secretaria de Estado do Ordenamento do Território e das Cidades, foi possível concluir que a renda média apoiada por este Incentivo, em 2006, é de 328 euros, enquanto a renda média nacional é de 222 euros. Assim, 11,6% das rendas

do IAJ estão abaixo dos 1999,5 euros, 40,3% oscilam entre 199,5 e os 299,3 euros. Já 36,5% situam-se entre 299,4 e 399 euros e 11,6% ficam acima dos 399 euros.

Em 2006, o Incentivo ao Arrendamento Jovem apoiou cerca de 24 mil beneficiários, na sua maioria com idades compreendidas entre os 21 e os 25 anos, sendo que 49% são solteiros e vivem sozinhos. Este incentivo precisou de ser aperfeiçoado, no quadro de um novo programa de apoio ao arrendamento por jovens e na sequência de uma avaliação, a qual conclui que o IAJ “não constitui um estímulo ao rejuvenescimento de áreas reabilitadas ou desabitadas”. Segundo o estudo referido, para além dos beneficiários do IAJ terem rendas superiores à média nacional, preferem casas em zonas novas (construções depois de 1990). A avaliação explica também que o IAJ “funciona sem período de concurso, sem limite de dotação orçamental, com uma fraca monitorização e sem qualquer avaliação”.

Assim, na vigência deste programa os jovens só se podiam candidatar a apoios estatais até aos 30 anos; o IAJ só podia ser renovado durante um período máximo de cinco anos; os jovens não tinham capacidade financeira para se manterem sozinhos no mercado de arrendamento.

Foi então criado o Porta 65 Jovem regulamentado pelo Decreto-Lei nº 308/2007 de 3 de Setembro, o qual pretende estimular estilos de vida mais autónomos por parte dos jovens, através de um apoio no acesso à habitação. Volvidos 14 anos de aplicação do IAJ, o actual incentivo foi adequado à presente realidade social e económica, considerando as características do presente mercado de arrendamento, o perfil e as efectivas necessidades dos jovens que recorrem hoje àquele mercado.

Para cumprir a missão destas medidas, o Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana, assegurará, em moldes de flexibilidade funcional e eficácia de gestão, a prossecução dos objectivos, através da intervenção concertada do Estado, autarquias locais e de outras entidades, públicas, privadas ou cooperativas.

2.1. Recursos Locais no Apoio Habitacional a Grupos Específicos

2.1.1. BRAGAHABIT, E. M.

A Bragahabit criada em 1999, enquanto empresa municipal de habitação de Braga tem vindo a prosseguir uma política de valorização da qualidade de vida das populações

mais desfavorecidas e dos grupos mais vulneráveis que necessitam de apoio habitacional, consolidando uma política social de habitação, assente numa acção humanizada e articulada com outras entidades.

Dentro das suas atribuições, os diversos departamentos desenvolvem acções e executam tarefas que confluem para a gestão, conservação e manutenção do parque habitacional, atribuição de fogos, elaboração de estudos e projectos, cobrança, actualização e fixação das rendas, apoio ao arrendamento de fogos, inventariação das necessidades habitacionais locais com vista à definição e execução de modalidades de apoio habitacional.

Dispõe de um património habitacional composto por um conjunto de fogos, num total de 646, distribuindo-se da seguinte forma: Bairro das Andorinhas, 151 fracções; Bairro de Santa Tecla, 181 fracções; Bairro das Enguardas, 91 fracções; Bairro Ponte dos Falcões, 26 fracções; Complexo do Picoto, 47 fracções e 150 apartamentos dispersos pela cidade.

A capacidade de resposta às necessidades de apoio habitacional organiza-se em seis modalidades: habitação social que podem contemplar realojamento em bairros sociais ou em apartamentos propriedade do município dispersos pela cidade, evitando a concentração de pessoas social e economicamente homogéneas; residências partilhadas que podem ser protocoladas com instituições no âmbito de problemáticas específicas ou com acompanhamento específico da empresa; subarrendamento; regime de apoio directo ao arrendamento.

Destinado a pessoas isoladas ou casais de baixos rendimentos disponibilizam-se actualmente 11 residências partilhadas que abrangem 33 indivíduos de ambos os sexos.

Em 2006 foram atribuídos 255 fogos, o que permitiu alargar o apoio em mais 20% por relação ao ano anterior e em 2007 foi ampliado o apoio em mais 17 %.

Em 2007, o Regime de Apoio Directo ao Arrendamento (RADA) enquadrou um total de 299 famílias bracarenses, registando-se um aumento de 27%, relativamente ao ano transacto, correspondendo a mais 85 novas famílias apoiadas.

Registou-se uma diminuição de 10% no número de famílias abrangidas pelo subarrendamento e um desvinculo definitivo de 20 famílias, sendo que ainda são apoiadas por esta modalidade 284 famílias.

Dos 351 pedidos de apoio habitacional, 248 foram apoiados nas diversas modalidades, 70 foram indeferidos e 33 desistiram do apoio ou foram encaminhadas para outras alternativas.

Quanto à mobilidade entre apoios, 12 famílias mudaram de habitação, mantendo a modalidade de apoio, 19 mudaram de modalidade, 7 adequaram a tipologia, 8 procuraram habitação com renda inferior e 19 foram enquadradas noutro contexto. Verificou-se uma autonomia das famílias e desvinculação deste apoio em 7% das famílias.

Assim, no ano transacto o total de famílias clássicas apoiadas foi de 1240 sendo 624 em renda social, 299 em RADA, 284 em subarrendamento e 33 em residência partilhada.

Sendo a existência dos bairros e dos apartamentos sociais já anteriores a 2004, a dinâmica dos apoios, no que respeita a situações novas, gera-se sobretudo em torno dos subsídios de renda, tendo por base o Regime de Apoio Directo ao Arrendamento e as Residências Partilhadas, na sua maioria também fracções tomadas de arrendamento no mercado.

Para favorecer os processos de inclusão social, desenvolvem-se diversas acções, incluindo as de parceria com outras entidades, celebração de protocolos e acções de promoção da cidadania e de desenvolvimento de competências pessoais, parentais e sociais. Destaca-se o sistema itinerante Brag@brinca que consiste numa unidade móvel, dotada de equipamentos multimédia, livros, jogos pedagógicos e muitos outros materiais. Desloca-se aos bairros sociais do município, abrange uma média de 320 crianças e jovens e dinamiza actividades de desenvolvimento pessoal e social, de cidadania e relacionamento interpessoal. Dentro dos seus objectivos salienta-se o combate ao analfabetismo, baixo nível de escolaridade e absentismo escolar, promoção de estratégias preventivas no combate de incidência de problemas sociais e outros.

A Bragahabit disponibiliza um sistema de informação, através do site www.bragahabit.pt, que procura responder às exigências actuais utilizando o potencial das tecnologias da informação e comunicação, a predisposição para servir melhor o público.

2.1.2. ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA HABITAT

Entre as organizações que colaboram com esta empresa municipal encontra-se a Associação Humanitária Habitat –Habitat for Humanity, fundada em Maio de 1996, na cidade de Braga que tem como objectivo principal procurar resolver problemas habitacionais de famílias carenciadas.

Já edificou habitações nas freguesias de Palmeira, Crespos, Cunha e Padim da Graça, num total de 22 casas, até 2007. Depois de terminada a construção, as casas são entregues às famílias beneficiárias, mediante o pagamento de uma prestação mensal sem juros e sem lucro para a entidade. Este fundo financeiro rotativo reverte para a construção de mais casas para famílias necessitadas.

Prevê-se a realização de um Estudo que visa efectuar um levantamento das necessidades ao nível da habitação no concelho de Braga promovido pela Associação Humanitária Habitat e pela Universidade do Minho.

2.1.3. Grupo de Trabalho sobre a Habitação

Do contributo do Grupo de Trabalho, constituído pela Bragahabit, E.M., Associação Humanitária Habitat e o Instituto Português da Juventude e da cooperação obtida junto das Comissões Sociais foi possível actualizar o diagnóstico e redefinir os objectivos para o período 2008-2013.

Assim, as questões relativas ao alojamento foram consideradas direitos básicos de cidadania, pelo que o combate à pobreza terá que assegurar um conjunto de medidas, nas quais se integra o direito à habitação como meio de reforçar a inclusão social e abolir as discriminações.

Neste sentido, o objectivo específico 2 direcciona-se para a promoção da oferta de habitação social no concelho adequando-a à procura por parte das famílias e indivíduos isolados de níveis sócio-económicos baixos, inventariando novas necessidades habitacionais, atribuindo habitações, desenvolvendo actividades inovadoras geradoras de oportunidades.

Para isso, o estudo das necessidades habitacionais manter-se-á como acção de continuidade, alargar-se-á a capacidade de resposta das residências partilhadas, como

sendo uma modalidade inovadora, adaptada aos contextos e socialmente integradora. A diversificação de tarefas do sistema itinerante Brag@brinca e a realização de acções de promoção de competências pretende-se que se tornem produtoras de possibilidades.

Também a requalificação do tecido urbano, nomeadamente ao nível dos bairros sociais constitui-se como um projecto de futuro.

Tem vindo a comunicação social, os moradores das áreas problemáticas e a própria empresa municipal a reconhecer a importância de se proceder à requalificação deste património para que se possa garantir melhores condições de vida e do processo de inserção social.

Assistindo-se a uma degradação decorrente do envelhecimento próprio, da sobrecarga de usos, desajustamento a novos modos de vida, pretende-se o desenvolvimento de um processo de reabilitação de 98 fogos propriedade do Município ou da Bragahabit, sendo 39 fogos dos 125 existentes e património da Empresa Municipal, que se encontram dispersos pela cidade, localizados em diversas freguesias do centro urbano do município, adquiridos no mercado imobiliário privado, em zonas residenciais de outros agregados familiares, perfeitamente incluídos do ponto vista social.

Relativamente aos restantes, 28 localizam-se no Bairro Social das Enguardas, 4 no Bairro social das Andorinhas, 27 no Bairro Social de Santa Tecla. Para que se melhore a situação de conservação do edificado recorrer-se-á a um programa de financiamento, de modo que este se constitua um meio privilegiado para dar resposta aos diferentes desafios construtivos e urbanísticos que actualmente se colocam.

O PROHABITA tem como objectivo, a resolução global das situações de grave carência habitacional de agregados familiares residentes no território nacional.

São consideradas situações de grave carência habitacional, os casos de agregados familiares que residem permanentemente em edificações, partes de edificações ou estruturas provisórias, caracterizadas por graves deficiências de solidez, segurança, salubridade ou sobrelotação, bem como as situações de necessidade de alojamento urgente, definitivo ou temporário, de agregados familiares sem local para habitar em virtude da destruição total ou parcial das suas habitações ou da demolição das estruturas provisórias em que residiam

3. Sem-Abrigo

A Autarquia promoveu a criação do Grupo de Acompanhamento e Intervenção com a População Sem Abrigo, em Maio de 2003, que desenvolveu uma prática articulada e multisectorial na intervenção com a população Sem Abrigo.

Posteriormente, em Maio de 2004 integrou esta dinâmica no Grupo de Trabalho “Formas de Pobreza”, no âmbito do Programa da Rede Social, dando cumprimento ao objectivo específico 3.3. no sentido de “manter e avaliar a estratégia de intervenção integrada junto dos Sem-Abrigo”.

O conjunto de parceiros representantes de entidades públicas e privadas permitiu, ao longo da execução do PDS 2004-2007, conhecer quantos e quais as características dos Sem Abrigo, conhecer e articular os recursos do Concelho, permitindo o desenvolvimento de uma atitude proactiva actuando junto dos Sem Abrigo e prevenindo o surgimento de novas situações.

Partimos da rua, onde são feitas as abordagens e definimos prioridades e estratégias para, ao nível da articulação dos serviços e recursos, definir e aplicar uma matriz de encaminhamento, articulando com a Equipa de Intervenção Directa e a Equipa de Rua para suprir necessidades básicas e intervir numa perspectiva de redução de danos. Em sede de serviços, garantimos abordagens de grupo, acompanhamento psicossocial, articulação com o sistema de informação da Rede Social, integração em respostas sociais como seja, o Centro de Alojamento Temporário ou Residências Partilhadas, procedeu-se ao encaminhamento para estruturas de saúde, no sentido de promover o tratamento de doenças que caracterizam a maior parte destas situações e para centros de dinamização de actividades.

As sessões de trabalho decorrem mensalmente procedendo ao cruzamento de informação para se aferir a metodologia de trabalho, articulação de informação e concretização do plano de acção.

Foi possível concretizar uma estratégia participada, a qual envolve igualmente os destinatários e que tem vindo a ser considerada Boa Prática e a atingir os objectivos definidos.

4. Envelhecimento populacional

A pobreza e a exclusão social assumem formas complexas e diversificadas, o que se reflecte em diversas categorias sociais, nomeadamente os idosos.

O envelhecimento populacional é uma realidade das sociedades desenvolvidas e caracteriza-se pelo aumento da proporção de pessoas de idosas em relação à população em total.

No Norte, a proporção de pessoas idosas cresceu de forma acelerada passando de 11,4%, em 1991, para 14%, em 2001.

Os baixos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida são as causas da intensidade deste fenómeno. Como consequência, o número de jovens tem decrescido e a população idosa tem aumentado constantemente.

A população, com idade igual ou superior a 65 anos, tem aumentado continuamente e atinge 17,1% em 2005. Nesta data, Portugal é um dos países da União Europeia com maior proporção de população idosa. Em 2004, ocupava o terceiro lugar atrás da Alemanha (18,6%) e Reino Unido (17,2%).

Em 2000, pela primeira vez, o número de jovens foi superado pelo número de pessoas idosas e em 2005, por cada 100 jovens existiam 110 idosos.

O índice de longevidade é cada vez maior. A justificar, está o facto da população com 75 anos e mais também ter aumentado. Este aumento deve-se principalmente às melhorias nos padrões e estilos de vida, ao aumento do nível educacional, aos progressos da medicina, entre outros.

Em 2005, a esperança de vida média à nascença, sujeita às condições de mortalidade do momento durante a sua vida, era 74,9 anos para o sexo masculino e 81,4 para o sexo feminino.

Em relação à U.E, Portugal situa-se numa zona intermédia no que diz respeito à esperança de vida média à nascença.

Ao nível concelhio, e no início do ano de 2008, existiam 20 568 indivíduos com 65 e mais anos, dos quais 12 244 eram mulheres e 8 324 eram homens.

5. Deficiência

Em 2001 existiam no concelho de Braga, 2 712 pessoas com 60% ou mais de Incapacidade, representando 1,7% da população, um valor inferior à taxa nacional de 6,1% (Censos 2001).

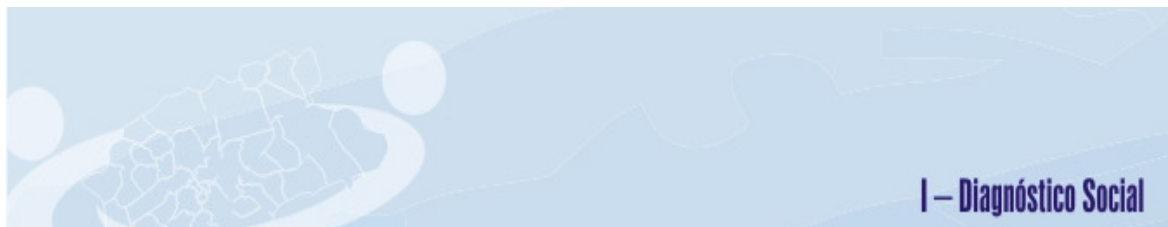
Analisando por tipos de deficiência, a taxa de incidência da deficiência Motora é a mais elevada a nível do concelho com 749 indivíduos.

A deficiência mental representava 643 indivíduos, a deficiência visual 333, a Auditiva 180, a paralisia cerebral 140 e outras deficiências 667.

Do Estudo realizado sobre os apoios do Sistema de Acção Social e do Sistema Educativo para as pessoas com Deficiência do concelho de Braga, realizado pelo Sub-Grupo de Trabalho sobre a Deficiências e Dependências, reportado a Fevereiro de 2006, é possível indicar algumas necessidades e possíveis medidas de melhoramento, que convergiram para a implementação de novas valências com especial referência para os serviços de apoio domiciliário; intervenção directa; transporte e Centro de Reabilitação de Pessoas com Deficiência Visual, assim como o aumento da capacidade de utentes em âmbito geográfico concelhio; desenvolvimento de práticas educativas inclusivas através de disponibilização de formação para competências específicas em outras áreas de deficiência para além da mental/motora; criação de protocolos de colaboração entre organismos dos sistemas Educativo e o da Acção Social, no sentido da concertação na implementação e participação em acções comuns e a criação de instrumentos de trabalho que facilitem aos diversos profissionais, a informação necessária para a definição de planos de apoio concertado e multidisciplinares.

Da realização do workshop denominado *Sistema de Atribuição de Ajudas Técnicas*, ocorrido em 30 de Outubro de 2007, organizado pela Autarquia em parceria com a ACAPO e após aplicação de questionário de avaliação desta acção, concluiu-se que a totalidade de participantes inquiridos considera que, a realização de workshops temáticos é muito útil e pertinente.

Assim, importa continuar a prever a realização deste tipo de iniciativas, abordando temas sugeridos pelos participantes como: emprego e formação profissional para deficientes; apoio domiciliário e apoio psicológico para deficientes e familiares;



reabilitação; envelhecimento dos cuidadores dos deficientes; inovação nas ajudas técnicas e financiamento dos recursos.

5. Educação

O concelho de Braga, segundo a Carta Educativa de Braga, regista uma taxa de pré-escolarização de 96%, sendo que 43% é assegurada pela rede pública, 45,7% pela rede de solidariedade social e 11,3% pela rede privada.

O ensino básico representa uma taxa de escolarização de aproximadamente 90%, superior à taxa nacional de 82,1%.

Analisando a taxa de abandono por saída antecipada, não concluíram o 3º ciclo 21% de indivíduos com 18-24 anos, embora a situação do concelho seja inferior à taxa nacional de 24,6%.

Quanto à saída precoce, 41% dos indivíduos com 18-24 anos não concluíram o ensino secundário e não se encontravam a frequentar a escola, motivados em grande parte pelo insucesso escolar que se verifica neste nível de ensino. Cerca de 35%, no 10º ano e de 55%, no 12º ano (Carta Educativa).

Regista, assim, uma taxa inferior à nacional de 44,8%, embora bastante superior à da média europeia, de 19,4%.

Em 2001, o concelho de Braga registou uma taxa de abandono escolar¹ de 1,4%, a mais baixa do Distrito, que registou uma taxa nesse período de 3,4%.

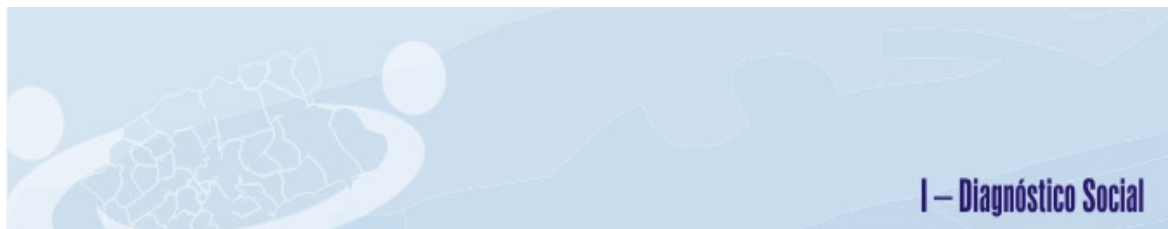
Quanto à taxa de analfabetismo o concelho registava uma taxa de 5,8%, inferior às taxas de 8,3% no Norte e 9% em Portugal (Censos de 2001).

6. Desemprego e Qualificação

No contexto nacional, verifica-se uma divergência crescente entre o ritmo de crescimento do emprego e desemprego na Região do Norte em relação ao Continente.

As tendências observadas nestes últimos anos estão directamente relacionadas com o perfil produtivo regional, caracterizado por um forte crescimento da taxa de

¹ Total de indivíduos, no momento censitário, com 10-15 anos que não concluíram o 3º ciclo e não se encontram a frequentar a escola, por cada 100 indivíduos do mesmo grupo etário.



desemprego, superior à média nacional, mas ainda favorável em relação à média europeia.

Relativamente às qualificações a Região Norte registou uma melhoria significativa em resultado do aumento, nos últimos anos, da escolaridade média da população.

Todas as regiões assistiram à redução do número de desempregados num espaço de um ano, sendo que a Região Norte também apresentou um decréscimo (-14,9%).

Houve portanto uma tendência decrescente do desemprego no País sentida desde 2006 e que se reforçou em 2007.

Em Dezembro de 2007 o Centro de Emprego de Braga² registava 10587 desempregados inscritos. Comparativamente ao ano anterior, assiste-se a um decréscimo do volume de desempregados de 10,6%, que resulta da redução de 1255 inscrições de candidatos a emprego.

O concelho de Braga acompanhou esta tendência decrescente, registando em 2007 menos 11,2% de desempregados face ao mesmo período do ano anterior, perfazendo um total de 7 864 desempregados. Deste total, 91% procuravam novo emprego e apenas 9% estavam em situação de primeiro emprego.

Os desempregados eram maioritariamente do género feminino (64,8%), continuando a verificar-se um aumento gradual nos últimos anos em prejuízo do desemprego neste género.

Em termos etários o desemprego continua a concentra-se no escalão etário 35-54 anos (42,9%), verificou-se um decréscimo mais significativo no grupo etário 25-34 anos (-2,4%) e o grupo de idades com menor expressão engloba os desempregados registados com menos de 25 anos (11,6%).

As habilitações dos desempregados estão representadas em 1º lugar pelo grupo dos que possuem apenas o 1º ciclo do ensino básico, representando 32,3% do total, seguindo-se os habilitados com o 3º ciclo do ensino básico, com 18,4%, o secundário, com 17,3%, o 2º ciclo do ensino básico, com 14,8%, o ensino superior, com 14,4% e escolaridade inferior ao 1º Ciclo, com 2,6%.

Em termos de evolução e comparando com o ano de 2006, os níveis escolares do 1º e 2º ciclos sofreram reduções anuais de desempregados, manteve-se as percentagens

² INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, 2007, Concelhos: Estatísticas Mensais – 2007. www.iefp.pt

dos desempregados sem escolaridade e com o 3º ciclo e aumentaram os desempregados com o nível secundário e superior.

De entre os desempregados registados, 55% apresentavam um tempo de inscrição inferior a um ano e 45% eram desempregados de longa duração.

Embora Braga tenha registado um decréscimo das situações de desemprego no ano de 2007 é necessário atender que nos últimos anos, a evolução mensal do desemprego registado mostra períodos de maior ou menor volume de desempregados a procurar os Centros de Emprego relacionados com o carácter sazonal de algumas das actividades estruturais da economia do concelho e do próprio País.

Segundo a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Norte³, perante a actual conjuntura a Região Norte *“confronta-se com um problema sério ao nível do emprego, que assume uma tripla dimensão: i) a capacidade do tecido económico regional criar novos empregos em quantidade suficiente para absorver os empregos entretanto destruídos, resultado do crescimento da taxa de desemprego; ii) as alternativas que se colocam em matéria de emprego à mão-de-obra libertada pelos designados sectores tradicionais, portadora de baixos níveis de qualificação que terá dificuldade em se inserir positivamente nas novas dinâmicas do mercado de emprego, iii) a capacidade do tecido económico regional criar empregos que permitam fixar mão-de-obra mais qualificada num contexto em que se prevê, por estrangimentos orçamentais, a diminuição do crescimento, senão mesmo a diminuição do emprego público que, como é sabido, tem sido responsável pela absorção de um número significativo de diplomados de nível superior.*⁴

7. Crianças e Jovens em risco

Segundo o relatório de actividades da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Braga⁵ foram sinalizadas, no ano de 2007, 393 crianças/jovens em risco, principalmente pelos estabelecimentos de ensino, os próprios pais, vizinhos e particulares, familiares, pelos estabelecimentos de saúde, autoridades policiais e outros.

³ CCDRN, 2007, Proposta de Programa Operacional Regional Do Norte 2007-2013 [FEDER], pp. 15, Setembro de 2007.

⁴ Proposta de Programa Operacional do Norte 2007-2013, www.ccdm-n.pt/novonorte, 2007, pp.16.

⁵ Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Braga, 2007, Dados Estatísticos 2007.

Relativamente à faixa etária prevalece a dos 6 aos 10 anos com o maior número de sinalizações, seguidamente a dos 14 aos 17 anos e a dos 3 aos 5 anos.

Os motivos para a intervenção referem-se por ordem de incidência, em primeiro lugar à problemática da negligência, ao nível dos cuidados de educação (absentismo escolar), alimentação, saúde higiene e/ou segurança da criança/jovem.

A segunda problemática verificada foi a exposição a modelos de comportamentos desviantes: toxicod dependência, alcoolismo, violência doméstica e práticas delinquentes.

Seguidamente, verificou-se o abandono escolar, com principal incidência no 1º e 2º ciclo e os maus-tratos físicos e psicológicos/emocionais.

Contudo, somadas as ocorrências dos maus-tratos físicos e psicológicos/emocionais, esta problemática passa a estar a par da segunda referenciada.

Grande parte das crianças e jovens viviam com a família biológica, predominando a família nuclear com filhos, seguida a família monoparental feminina, a família reconstituída e a família alargada.

No que respeita à escolaridade do agregado familiar predominam as baixas qualificações. A maioria tem o 1º ciclo ou completou o 2º ciclo, sendo que há famílias que não possuem nenhum nível de ensino e apenas uma pequena percentagem tem o ensino secundário e superior.

Os rendimentos do agregado, eram na maioria das famílias, provenientes do trabalho, embora alguns não possuíssem nenhuns rendimentos e outros beneficiarem do Rendimento Social de Inserção e do subsídio de desemprego.

Quanto à saúde dos agregados familiares, predominam as doenças físicas, o alcoolismo, a doença mental, as deficiências cognitivas, toxicod dependência e doenças infecto-contagiosas.

Relativamente à intervenção, predominam as medidas em meio natural de vida, principalmente o apoio juntos dos pais o apoio junto de outros familiares.

O acolhimento institucional, o apoio para a autonomia de vida e a confiança a pessoa idónea foram outras medidas aplicadas no âmbito da promoção dos direitos e de protecção das crianças e jovens em perigo.

8. Protecção social

O Rendimento Social de Inserção (RSI) é uma política de acção social, cujo enquadramento legal se rege pela Lei 13/2003 de 21 de Maio, consiste numa prestação incluída no subsistema de solidariedade e num programa de inserção, de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua situação pessoal, que contribuam para a satisfação das suas necessidades essenciais e que favoreçam a progressiva inserção laboral, social e comunitária.

Ao nível do concelho de Braga beneficiaram desse Rendimento 427 agregados familiares, integrando 1 088 indivíduos.

Do total de beneficiários apenas 295 contratualizaram Programas de Inserção, perfazendo um total de 1457 acções, com maior incidência na área da saúde (345 indivíduos), seguidamente do emprego (226 indivíduos) e área da Educação Formação Profissional (205 indivíduos).

9. Respostas Sociais

As transformações decorrentes da sociedade actual, especialmente de índole demográfica e familiar, o envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida, os indicadores de exclusão social, a crescente extensão dos direitos de cidadania, tornaram imperativo o desenvolvimento de respostas sociais para fazer face à complexidade da realidade social.

Assim, o incentivo à expansão e qualificação da rede de serviços e equipamentos sociais, dirigidos a grupos-alvo e à população em geral, é fundamental para assegurar às famílias a conciliação do trabalho com a vida familiar, no desenvolvimento de estruturas de apoio e no combate ao isolamento e à prevenção de situações de dependência.

O concelho de Braga apresenta uma rede solidária de equipamentos sociais alargada a várias valências.

Apresentam-se de seguida as respostas sociais existentes, por áreas de intervenção, em comparação ao ano de 2003:

9.1. Infância e Juventude

Em 2003 existiam 34 Creches com capacidade para 1512 crianças dos 0-3 anos, verificando-se em 2007, um aumento do número de equipamentos para 36 e a capacidade para 1689.

Quanto aos Estabelecimentos de Educação Pré-escolar, mantiveram-se os 33 equipamentos, contudo aumentou, em 2008, a capacidade para mais 126 lugares, abrangendo 2572 crianças.

Em 2007 diminuiu o número de Centros de Atividades de Tempos Livres, mas aumentou o número de beneficiários de 3033 para 3116 crianças.

Relativamente às respostas para as crianças e jovens em risco, existiam 14 Instituições com a valência de Lar de Infância e Juventude, com capacidade para 462 crianças e jovens, verificando-se uma diminuição da capacidade desde 2003, num total de 144 beneficiários.

Quanto aos Centro de Acolhimento Temporário foi alargada a capacidade para 32 utentes, existindo dois equipamentos concelhios com esta valência social.

Ao nível das crianças e jovens com deficiência diminui a capacidade dos Lares de Apoio para 6 beneficiários, menos 27 do que em 2003.

O Serviço de Intervenção Precoce manteve a sua resposta, com capacidade para 90 crianças com deficiência.

9.2. População Adulta

No âmbito das respostas sociais para Idosos, aumentaram o número de equipamentos do Serviço de Apoio Domiciliário de 2003 (32) para 2007 (40) e o serviço foi alargado de 618 para 767 Idosos.

Relativamente aos Centro Convívio, manteve-se os quatro equipamentos existentes desde 2003 com capacidade para 125 utentes.

Verificou-se o alargamento da capacidade dos Centros de Dia de 321 para 373, existindo 19 equipamentos com este valência.

Os Lares de Idosos também aumentaram a capacidade de 725 para 761 idosos, num total de 20 Instituições.

Na área das respostas para a população adulta com deficiência, manteve-se a capacidade dos Centros de Atendimento/Acompanhamento e Animação (60) e o número de equipamentos (2).

Quanto à valência de Lar Residencial verificou-se um aumento da capacidade de 28 utentes (2003), para 59 (2007), sendo que aumentaram mais duas Instituições com esta resposta, perfazendo um total de quatro.

Ao nível do transporte de pessoas com deficiência manteve-se a resposta desde 2003 com acordo para 260 beneficiários

Em 2007 registavam-se 161 acordos com cinco Instituições para a valência de Centro de Actividades Ocupacionais, mais 46 do que em 2003.

As pessoas com deficiência contam também desde 2003 com um Centro de Produção Material.

Para responder socialmente a pessoas com doença do foro mental e psicológico, manteve-se o Fórum Sócio-Ocupacional com capacidade para 15 utentes e manteve-se a Equipa de Intervenção Directa para apoio social directo a 50 utentes.

Ao nível das respostas sociais à Família e Comunidade, em 2003 existiam quatro instituições com esta valência com capacidade para 225 utentes, tendo-se verificado um alargamento em 2006 para 275 utentes, protocolado com 6 Instituições.

Manteve-se o Centro de Alojamento Temporário com capacidade para 47 utentes que visa o acolhimento, por um período de tempo limitado, de pessoas adultas em situação de carência social.

Ao nível do Atendimento e Acompanhamento Psicossocial para pessoas com VIH/SIDA, manteve-se o acordo existente para 20 utentes, bem como a Residência (5) e o Serviço de Apoio Domiciliário (VIH/SIDA) para oito utentes.

Relativamente às respostas para pessoas toxicodependentes, manteve-se, também, as respostas existentes - dois Apartamentos de Reinserção para 27 utentes, um apartamento com apoio à reinserção de 20 utentes e a Equipa de Intervenção Directa (50 utentes).

No sentido de possibilitar o Atendimento e Acompanhamento dos indivíduos que estando em situação de maior vulnerabilidade social, procuram apoios no âmbito da Acção Social foram realizados Acordos de Cooperação/Protocolos da Segurança Social com Instituições Particulares de Segurança Social.

Estes acordos permitiram a criação de Gabinetes de Atendimento e Acompanhamento descentralizados, compostos por Equipas multidisciplinares - Assistente Social, Psicólogo e Educador Social, que intervêm num território delimitado, no sentido de garantir um apoio mais próximo das populações.

Assim, foram criados os seguintes Gabinetes de Atendimento e Acompanhamento Social:

IDENTIFICAÇÃO DO GAAS	Intervenção	PÓLOS DE ATENDIMENTO	FREGUESIAS	Comissões Sociais
Centro Comunitário S. Martinho de Dume	<ul style="list-style-type: none"> Rendimento Social de Inserção (RSI) Acção Social 	Junta de Freguesia de Dume	DUME FROSSOS REAL PALMEIRA MERELIM S. PEDRO SEMELHE MERELIM S. PAIO MIRE DE TIBÃES PADIM DA GRAÇA PANOIAS PARADA DE TIBÃES	<ul style="list-style-type: none"> CSIF da Ribeira CSF de Palmeira CSIF Cávado
Cooperativa “Sempre a Crescer”	<ul style="list-style-type: none"> Rendimento Social de Inserção (RSI) Acção Social 	Junta de Freguesia de Adaúfe	ADAÚFE CRESPOS NAVARRA STA. LUCRÉCIA S.PAIO DE POUSADA	<ul style="list-style-type: none"> CSIF Nordeste
	<ul style="list-style-type: none"> Rendimento Social de Inserção (RSI) Acção Social 	Junta de Freguesia de Gualtar	GUALTAR S.PEDRO D'ESTE S. MAMEDE D'ESTE	<ul style="list-style-type: none"> CSIF Alto Este
Associação Vicentina	<ul style="list-style-type: none"> Rendimento Social de Inserção (RSI) Acção Social 	Associação Vicentina	S. VICENTE	<ul style="list-style-type: none"> CSF S. Vicente
Associação Juvenil “A Bogalha”	<ul style="list-style-type: none"> Rendimento Social de Inserção (RSI) Acção Social 	- Junta de Freguesia de S. Victor - Assoc. Juvenil “A Bogalha”	S. VICTOR	<ul style="list-style-type: none"> CSF S. Victor
Colégio S. Caetano	<ul style="list-style-type: none"> Rendimento Social de Inserção (RSI) 	Junta de Freguesia de Maximinos	MAXIMINOS	<ul style="list-style-type: none"> CSIF Zona Histórica
Cruz Vermelha Portuguesa – Braga	<ul style="list-style-type: none"> Rendimento Social de Inserção (RSI) 	Cruz Vermelha Portuguesa – S. Lázaro	S. LÁZARO	<ul style="list-style-type: none"> CSF S. Lázaro

10. Saúde

As últimas três décadas, em Portugal, foram de significativos ganhos em Saúde, mas também se acentuaram os problemas de saúde associados à pobreza e à exclusão social, sem ter havido por parte do sistema de saúde, a agilidade necessária para se adaptar aos novos desafios que emergem.

Este agravamento resulta, em parte, das desigualdades sociais, do envelhecimento da nossa população, da maior mobilidade das nossas populações, tal como é admitido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Por conotação a uma maior falta de recursos e condições de vida mais difíceis, a pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos. Por outro lado, estes problemas relacionados com a saúde tendem a agravar situações socio-económicas de carência, acentuando a pobreza e a exclusão social. O resultado é uma dimensão mais gravosa de problemas de saúde cronicodegenerativos nas populações mais pobres, a reemergência de problemas de saúde como a tuberculose, os problemas associados aos comportamentos aditivos, como a toxicodependência e o alcoolismo, a violência e a persistência da SIDA, para mencionar só alguns dos problemas com maior impacto na pobreza.

Importa ainda registar que, ao nível local, o maior número de acções negociadas e incluídas nos Planos de Inserção dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção, se localizam no sector da Saúde.

Prevê-se igualmente um impacte crescente na sociedade portuguesa de outros problemas directa ou indirectamente relacionados com a saúde mental, como sejam os problemas da violência doméstica.

Em termos de recursos no âmbito da saúde, o concelho é sede da Administração Regional de Saúde Norte Sub-Região Saúde Braga e do Centro Médico Nacional de Hemodiálise.

Dispõe de um hospital público, o Hospital S. Marcos, que no ano de 2007⁶, socorreu no serviço de urgência 169 161 doentes, registou 205 654 consultas externas, realizou 11 898 intervenções cirúrgicas, 3003 partos e a taxa de ocupação do internamento (doentes crónicos) é de 78%.

Dispõe, também, de três Centros de Saúde (*I - Carandá, II - Maximinos, III - Enfiás*) que gerem doze Extensões de Saúde e de um Centro de Saúde Mental.

Em termos privados são várias as clínicas existentes por especialidades.

10.1 Indicadores de Saúde

Segundo um estudo realizado em 2005⁷ sobre os indicadores sócio-demográficos e de saúde do concelho de Braga, a Tuberculose tem acompanhando a evolução nacional, teve uma ligeira descida do número de casos notificados de tuberculose, entre 2000 e 2003, de 61 para 59, sendo a sua taxa actual de 33,35 casos por 100.000 habitantes.

No Concelho de Braga, a Tuberculose Pulmonar desceu até ao ano de 2002 denotando-se uma subida acentuada no ano de 2003, enquanto que a de outras localizações desceu ligeiramente no ano de 2003.

Quanto ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), o concelho de Braga apresenta o maior número de casos diagnosticados em todo o distrito, apresentando assim taxas de notificação mais altas, apesar de os números não terem tido grande variação nos últimos 10 anos.

10.2. Saúde Mental

Nos próximos anos, as patologias neuropsiquiátricas estarão entre as primeiras quatro principais causas de gastos de recursos com a saúde, nos países desenvolvidos, estimando que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves.

⁶ Hospital de S. Marcos, (2007), *Principais Dados Estatísticos do Movimento Assistencial*, in <http://www.hsmbraga.min-saude.pt/>

⁷ Freitas, Mário, (2005), *Concelho de Braga: indicadores sócio-demográficos e de saúde*, in www.saudepublica.web.pt

Há situações de exclusão social que resultam de doenças psiquiátricas, bem como do consumo excessivo e/ou dependência de álcool e drogas, nomeadamente nos sem-abrigo, grupo em que a prevalência de perturbações psiquiátricas é superior a 90%. Estes doentes acorrem pouco aos serviços de saúde que, por sua vez, demonstram uma reduzida capacidade para ir ao encontro dos indivíduos excluídos.

Importa centrar as intervenções no indivíduo, familiares e diferentes entidades da comunidade, tendo em atenção o ciclo de vida.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 publicado na Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de Março, vem, entre vários objectivos, assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações, prevendo a necessidade de intervenção ao nível nacional, regional e local, no âmbito da melhoria da rede de serviços locais de saúde mental, da reabilitação e ainda ressaltar que:

- Se verifica a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis;
- A evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias;
- Se verifica a quase total ausência de programas de promoção/prevenção;
- Se verifica a escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental

A aprovação do Plano Local de Saúde Mental ocorreu na vigência do Plano de Desenvolvimento Social de Braga 2004 – 2007.

Assim, os principais OBJECTIVOS são:

- Desenvolver estratégias para que seja possível uma sinalização e orientação eficaz de pessoas com doença mental em situação de vulnerabilidade e/ou exclusão social.
- Combater a estigmatização e a discriminação dos doentes mentais.
- Desenvolver uma abordagem abrangente em saúde mental, melhorando a informação sobre doença mental através de acções de sensibilização,

(in)formação à população geral e grupos específicos sobre factores de risco para a saúde mental.

- Criar infra-estruturas e respostas que permitam a reinserção dos doentes mentais na comunidade, envolvendo a mesma.
- Criar e dinamizar um Gabinete de Intervenção em Situações de Emergência.
- Promover e intensificar a pesquisa no campo da saúde mental.

Ao nível de indicadores diagnóstico referente à saúde mental é possível apresentar a seguinte situação actual:

I - Informação limitada sobre doenças mentais

- Estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do País.
- Realizou-se, em 2001, o terceiro censo psiquiátrico, o qual aponta os seus resultados para uma predominância de depressões na consulta externa, de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência e de esquizofrenia no internamento.
- As perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade.
- A distribuição de psiquiatras em departamentos de psiquiatria e saúde mental de hospitais gerais é de 1,1 médicos por 25 000 habitantes, sendo que a média nacional é de 1,5.

II - Depressão

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

III - Suicídio

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

IV - Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

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

V - Inadequação dos cuidados às crianças e aos adolescentes

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

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

Estes problemas tendem a manter-se e a agravar-se na idade adulta.

A resposta que os serviços públicos têm sido capazes de dar, com os limitadíssimos recursos de que dispõem, é insuficiente e, por vezes, desajustada às necessidades.

VI- Inadequação dos cuidados disponíveis para as pessoas idosas

Não se conhecem com rigor as necessidades reais dos idosos na comunidade.

Existe uma resposta insuficiente dos serviços face ao aumento da população idosa e dos cuidados que a mesma requer, de forma a integrar os aspectos biopsicossociais numa abordagem global.

O censo psiquiátrico de Novembro de 2001 revelou nos idosos uma predominância de casos de depressão na consulta externa e na urgência; de síndromes demenciais na consulta, urgência e internamento; de esquizofrenia e oligofrenias no internamento; de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência.

VII - Insuficiência de cuidados para as pessoas doentes em situação de exclusão social

Há situações de exclusão social que resultam de doenças psiquiátricas, bem como do consumo excessivo e/ou dependência de álcool e drogas, nomeadamente nos sem-abrigo, grupo em que a prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas) é superior a 90%. Estes doentes acorrem pouco aos serviços de saúde que, por sua vez, têm uma capacidade reduzida para ir ao encontro das pessoas excluídas.

VIII – Toxicodependências e Alcoolismo

As estimativas apontam para a existência de, pelo menos, 580.000 doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool) e 750.000 bebedores excessivos (síndrome de abuso de álcool), em Portugal.

Há comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbações da ansiedade, esquizofrenia e perturbações da personalidade, entre múltiplos outros. Existe também comorbilidade de consumo de álcool e consumo de outras substâncias, tais como benzodiazepinas e substâncias ilícitas, quer na doença actual, quer nos antecedentes pessoais dos indivíduos afectados.

Se compararmos a dimensão das estruturas existentes para o tratamento do abuso e dependência de álcool com as existentes para o abuso e dependência de drogas ilegais, pode-se perceber a desproporção de meios para o tratamento do abuso e

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

De acordo com o diagnóstico do território de Braga, o IDT, IP localiza no centro da cidade a intervenção a desenvolver, através de candidaturas de projectos que integrem o Programa de Respostas Integradas, ao nível dos seguintes Eixos: Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção.

Decorrente da articulação com o PDS anterior e o trabalho realizado pelo correspondente grupo, surgem dois projectos (copiar da versão já feita).

IX - Cuidados prestados às crianças e aos adolescentes

A OMS e a Comissão Europeia emitiram recomendações no âmbito da saúde mental da infância e da adolescência, sublinhando a importância do desenvolvimento de medidas a incluir nos planos nacionais.

Assim, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 avança, como objectivo, o de promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população, implementando os mecanismos necessários à concretização deste objectivo.

Também ao nível das Comissões Sociais foram diagnosticados problemas relacionados com a desestruturação familiar, violência doméstica e comportamentos aditivos, assim como a referenciação a crianças e jovens em risco.

Assim, importa no âmbito deste PDS prever e realizar acções que possam contribuir para uma estratégia mais abrangente de prevenção e promoção da saúde Mental.

X – Envelhecimento Activo

Apenas 28% das instituições públicas de saúde mental desenvolvem, pelo menos, duas das três principais áreas de actuação na prática da psicogeriatría - programas na área da saúde mental do idoso, internamento específico em unidades de psicogeriatría e/ou programas/acções de formação sobre a saúde mental do idoso.

Importa cada vez mais que as sociedades reorganizem os seus recursos, a fim de permitir que o envelhecimento dos cidadãos ocorra de forma saudável e de forma activa.

Está em actividade um grupo de trabalho na Direcção Geral de Saúde sobre saúde mental no envelhecimento e idosos, para estudar e propor medidas de promoção e nos diferentes níveis de prevenção, além do incremento na investigação e formação nesta área.

O concelho de Braga produziu no PDS anterior um grupo de trabalho que promove o estudo, a formação e a investigação em envelhecimento activo. Por isso, manter-se-á organizado no sentido de poder continuar a contribuir para a formação de cuidadores formais, informais e voluntários, assim como reflectir sobre novas práticas a instalar neste domínio.

10.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelo **Decreto de Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho**, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

A RNCCI procura ser “um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador.”

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Constitui **objectivo geral** da Rede a “prestação de cuidados a pessoas que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. Os objectivos específicos estão definidos no artigo 4.º n.º 2 do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho.

No decurso do primeiro ano de vigência, a Rede concretiza-se através do desenvolvimento de experiências-piloto, sendo que a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte) congratula-se pela assinatura de 11 Acordos de Cooperação, (dos quais três do Distrito de Braga), garantindo, assim, a disponibilidade na Região Norte, desde o dia 4 de Dezembro de 2006, de 209 camas nas várias tipologias da Rede.

Foram celebrados acordos entre a Administração Regional de Saúde do Norte, o Centro Distrital de Segurança Social de Braga e a Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, Riba D’Ave e Esposende, todas do Distrito de Braga, que abriram Unidades de Internamento, nas seguintes tipologias:

- Unidade de Convalescença;
- Unidade de Média Duração e Reabilitação;
- Unidade de Longa Duração e Manutenção.

A Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso abriu uma Unidade de Convalescença, com a capacidade de 28 camas. A Santa Casa da Misericórdia de Riba D’Ave abriu uma Unidade, com as três tipologias: Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção, com a capacidade de 14, 11 e 14 camas, respectivamente.

A Santa Casa da Misericórdia de Esposende abriu uma Unidade, com duas tipologias: Unidade de Convalescença e Unidade de Média Duração e Reabilitação, com a capacidade de 19 e 10 camas, respectivamente. Totalizando um total de 96 camas disponíveis no Distrito de Braga.

Unidade de Convalescença

Os acordos celebrados com as Unidades de Convalescença têm por finalidade a prestação de cuidados continuados, em regime de internamento (não superior a 30 dias consecutivos), que respondam às necessidades de convalescença das pessoas em situação de dependência, segundo os critérios definidos no artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

São admitidos nas Unidades de Convalescença, as pessoas residentes, preferencialmente, no Distrito de Braga referenciadas pelas Equipas de Gestão de Altas e Equipas Coordenadoras Locais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que necessitem de cuidados continuados de convalescença, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

O processo de admissão na Unidade é determinada pela impossibilidade de prestação de cuidados de saúde no domicílio, em razão da sua complexidade e intensidade, e pela não justificação da continuidade de internamento em hospital de agudos.

Unidade de Média Duração e Reabilitação

Os acordos celebrados com as Unidades de Média Duração e Reabilitação têm por finalidade a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, em regime de internamento de média duração e reabilitação (internamento não superior a 90 dias consecutivos), nos termos do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

São admitidos nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, as pessoas residentes, preferencialmente, no Distrito de Braga e referenciadas pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL's) de Cuidados Continuados, que necessitem de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, originando perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

O processo de admissão na Unidade é determinado pela impossibilidade de prestação de cuidados de saúde no domicílio e pela não justificação de internamento em hospital de agudos ou em unidade de convalescença.

Unidade de Longa Duração e Manutenção

Os acordos celebrados com as Unidade de Longa Duração e Reabilitação têm por finalidade a prestação de cuidados de apoio social e cuidados de saúde de manutenção em regime de internamento de longa duração e manutenção (internamento superior a 90 dias consecutivos), nos termos do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho.

São admitidos nas Unidades de Longa Duração e Reabilitação, as pessoas residentes, preferencialmente, no Distrito de Braga e referenciadas pela Equipa Coordenadora Local, com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para ser cuidados no domicílio.

O processo de admissão na Unidade é determinado pela impossibilidade de prestação de cuidados de saúde no domicílio, em razão da sua complexidade e intensidade, e pela não justificação da continuidade de internamento em hospital de agudos.

No quadro seguinte apresenta-se o número de vagas existentes nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que é actualizado diariamente e disponibilizado no site: www.arsnorte.min-saude.pt

Experiências-Piloto 2006 – RNCCI

Unidades da Rede – ARS Norte

Distrito	Unidades	Tipologia	Nº Camas	Nº Vagas
Braga	S.C.M. Esposende	Convalescença	19	12
		Média Duração	10	0
	S.C.M. Póvoa de Lanhoso	Convalescença	28	7

(17-04-2007)

As Unidades da Rede dispõem, nesta data, de 236 camas.

São **destinatários** das Unidades e Equipas da Rede, as pessoas que se encontrem em alguma destas situações:

- Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das *Equipas Prestadoras de Cuidados Continuados Integrados* ou das *Equipas de Gestão de Altas* (EGA's), na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

As *Equipas prestadoras de Cuidados Continuados Integrados*, são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. Estas equipas ainda não se encontram em actividade.

As *Equipas de Gestão de Altas* são equipas hospitalares multidisciplinares para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as Unidades de Convalescença e as Unidades de Média Duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. As Equipas de Gestão de Altas encontram-se sediadas em hospital de agudos e devem integrar, no mínimo um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), e um assistente social.

No Distrito de Braga existem cinco EGA's:

- EGA do Hospital São Marcos (Braga)
 - Telefone 253 600331
 - Telemóvel 917938143
 - Fax 253 600331
 - E-mail ega@hsmbraga.min-saude.pt

- EGA do Hospital Nossa Senhora da Oliveira (Guimarães)
 - Telefone 253 540330
 - Telemóvel 914912834
 - Fax 253 513592
 - E-mail ega@hguimaraes.min-saude.pt

- EGA do Hospital Santa Maria Maior (Barcelos)
 - Telefone 253 809208
 - Telemóvel 969509733
 - Fax 253 817379
 - E-mail ega@hbarcelos.min-saude.pt

- EGA do Hospital São João de Deus (V. N. Famalicão)
 - Telefone 252 300800
 - Telemóvel 914357941
 - Fax 252 312963
 - E-mail victor.freire@hfamalicao.min-saude.pt

- EGA do Hospital São José (Fafe)
 - Telefone 253 593347
 - Telemóvel 917773495
 - Fax 253 700395
 - E-mail ega@hfafe.min-saude.pt

A Rede, de implementação progressiva através de experiências-piloto, assenta num modelo de intervenção integrada e articulada, cuja coordenação se processa aos níveis nacional, regional e local.

O projecto iniciou em 2006 com a perspectiva de dez anos, nos primeiros três anos pretende-se atingir um terço da cobertura a nível nacional, prevendo-se atingir dois terços no final do sétimo ano.

No final do décimo ano pretende-se uma cobertura de 100% das necessidades.

A coordenação da Rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais, permitindo, desta forma, uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis de coordenação da Rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das Unidades e Equipas que a compõem.

Equipa Coordenadora Regional (ECR)

As Equipas Coordenadoras Regionais são constituídas de modo multidisciplinar, integrando representantes das Administrações Regionais de Saúde e dos Centros Distritais de Segurança Social (CDSS), designados por três anos, renováveis, respectivamente, pelos presidentes do conselho de administração das ARS e pelo presidente do conselho directivo do Instituto da Segurança Social, IP.

Equipa Coordenadora Local (ECL)

As Equipas Coordenadoras Locais são constituídas de modo multidisciplinar e com desempenho interdisciplinar, integrando, pelo menos, do sector da saúde, um(a) médico(a) e um(a) enfermeiro(a), e do sector da segurança social, preferencialmente, um(a) assistente social e, sempre que necessário, um(a) técnico(a) da autarquia local, designado pelo respectivo presidente de Câmara Municipal.

Competências das Equipas Coordenadoras Locais:

- a)** Asseguram a articulação com as unidades e equipas da Rede ao nível local;
- b)** Assumem os fluxos de referência dos utentes na Rede mantendo, diariamente, informada a respectiva ECR sobre o ingresso e mobilidade dos utentes e sobre a gestão interna da Rede a nível local;
- c)** Apreciam a avaliação clínica e social e os objectivos terapêuticos, constantes da proposta de admissão elaborada pela equipa de gestão de altas (EGA), ou pelo médico(a), enfermeiro(a) ou assistente social do centro de saúde, de modo a determinar num período não superior a quarenta e oito horas, a admissão ou readmissão numa das unidades ou equipas da Rede;

d) Asseguram, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo, previsto para a unidade ou equipa da Rede e após reavaliação da situação, a continuidade do utente na respectiva unidade ou equipa da Rede;

e) Asseguram, após a alta dos utentes, e consoante os casos, a sua admissão em outra unidade ou equipa da Rede ou a preparação do regresso ao seu domicílio.

No Distrito de Braga foram constituídas seis Equipas Coordenadoras Locais, nomeadamente: ECL de Braga; ECL de Barcelos; ECL de Cabeceiras de Basto; ECL de Guimarães; ECL de Vila Nova de Famalicão; ECL de Vila Verde.

ECL de Braga

A ECL de Braga exerce a sua actividade na área geográfica do concelho de Braga do Distrito de Braga, correspondente à área de influência do Centro de Saúde de Braga, num total de 62 freguesias do concelho de Braga. A ECL está sediada no Centro de Saúde de Braga e os seus contactos são:

- Telefone 253 201514
- Telemóvel 969160876
- Fax 253 201514
- E-mail ecl@csbraga1.min-saude.pt

CrITÉrios de Referenciação

No âmbito das experiências-piloto de implementação progressiva da RNCCI, a admissão em unidades de internamento ou em equipas da Rede está condicionada ao preenchimento de critérios de referenciação, que consagram as condições de admissão e de exclusão de doentes nessas tipologias de serviços.

O acesso à RNCCI é feito através das ECL's que asseguram o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência.

Cada Equipa Coordenadora Local é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação, para além de verificar o cumprimento dos requisitos enunciados no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Para poder ser admitido em Unidades da RNCCI o doente, para além de observar os requisitos enunciados no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, deve preencher, pelo menos, um dos critérios de referenciação específico de admissão na Unidade em causa e, simultaneamente, não se encontrar em qualquer das situações que dão lugar a exclusão. Para ser admitido nas equipas domiciliárias da RNCCI, a situação de dependência em que o doente se encontra, tem de reunir as condições necessárias, para lhe serem prestados os cuidados de que necessita.

Para a admissão em qualquer Unidade da Rede se poder concretizar é ainda necessário que o doente (ou o seu representante) dê o seu prévio consentimento por escrito.

Deve também verificar-se o cumprimento dos fluxos de referência definidos, no âmbito das experiências-piloto da RNCCI, para ingresso e mobilidade de doentes na Rede.

A referenciação de doentes deve ser acompanhada da documentação necessária, nomeadamente a avaliação clínica e social e objectivos terapêuticos.

Proposta de Admissão dos Utentes

A proposta de admissão deve conter uma avaliação multidisciplinar e integral do utente, efectuada pelos profissionais do Centro de Saúde/Hospital, médico(a), enfermeiro(a), assistente social.

Avaliação Médica

Motivo da proposta de admissão/ estado funcional actual; Diagnóstico Clínico (ICD-9); História Clínica; Plano terapêutico; Reabilitação/Manutenção e Previsão dos dias de internamento na Unidade da RNCCI.

Avaliação de Enfermagem

Motivo da proposta de admissão/ estado funcional actual; A avaliação de enfermagem tem de conter a caracterização da dependência nas AVD's: Índice de Katz: Índice de Dependência nas Actividades da Vida Diária; Índice de Lawton: Índice de Actividades Operacionais da Vida Diária; Avaliação do risco de úlcera de pressão: Escala de Norton e Plano de intervenção de enfermagem.

Avaliação Social:

- Caracterização familiar;
- Diagnóstico social/Motivo da proposta de admissão;
- Plano de intervenção;
- Diligências já efectuadas.
- Consentimento Informado, assinado pelo utente ou seu representante legal.

Previsão do número de camas de Média e Longa Duração para o concelho de Braga

Segundo dados da ARS Norte⁸, existem no concelho de Braga 1055 indivíduos institucionalizados, dos quais 224 estão totalmente dependentes, 88 com dependência grave, 92 Dependência Moderada, 370 com Dependência leve e 281 são independentes.

Em relação à população total a permutagem de indivíduos institucionalizados.

Realizado o cálculo das necessidades em termos de camas fazendo uso de rácios de cobertura indicados pela Comissão Nacional, o total do rácio 2006-2008, em termos de unidades de média duração e reabilitação necessários é de 26 e o rácio para 2016 é de 32 camas.

Ao nível das unidades de longa duração e manutenção necessárias, o total do rácio 2006-2008 é de 65 e o de 2016 é de 79.

⁸ ARS Norte – ACSS/Cuidados Continuados, Setembro 2006

11. Minorias Étnicas

A análise de alguns indicadores relativos à minoria étnica cigana, no âmbito do estudo *Análise de alguns Indicadores Sociais relativos à Minoria Étnica cigana no Concelho de Braga*, promovido em 2004 pela Bragahabit, E.M., indica que residam no concelho de Braga aproximadamente 200 agregados familiares de cultura cigana, dos quais 163 usufruem de apoio habitacional assegurado pelo município, através da Bragahabit, empresa municipal de habitação.

O estudo revela que 82% possuem apoio habitacional, abrangendo 668 indivíduos agrupados em apartamentos dispersos pela cidade ou em Bairros Sociais.

Relativamente à estrutura familiar, a maior parte das famílias são biparentais (58,1%), seguidas das famílias alargadas (29,1%). As pessoas isoladas correspondem a 6,4% da população estudada, sucedendo os casais sem filhos (3,2%) e as famílias monoparentais (3,2%).

Com base em informação disponível por esta Empresa Municipal em Dezembro de 2007 é ainda possível apresentar um conjunto de características desta comunidade.

Quanto à estrutura etária, 60,2% da população são adultos, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos e 32,1% da população são jovens com idades inferiores a 14 anos. A população idosa, com 65 ou mais anos, representa 7,8% da população.

Ao nível das qualificações, 33,6% concluiu o 1º ciclo do Ensino Básico, 25% são analfabetos e a mesma proporção não completou o Ensino Básico e apenas 4,7% têm escolaridade acima do 1º ciclo do Ensino Básico, mas até ao limite da escolaridade mínima obrigatória (9º ano).

No que refere à situação face ao mercado de trabalho, 30,5% da população exerce uma profissão, predominando a de vendedores ambulantes, 25,8% são inactivos, 14,8% são estudantes 7,8% estavam desempregados.

12. Imigrantes

A complexidade dos processos migratórios actuais, envolve aspectos diversos como a globalização, o envelhecimento populacional, a segurança, o respeito pelos

direitos humanos e a luta contra o tráfico de pessoas ou a ajuda ao desenvolvimento e à democracia nos países de origem.

Nesse sentido, a actual política nacional de imigração estrutura-se em torno de quatro grandes eixos: regulação dos fluxos migratórios, promoção da imigração legal, luta contra a imigração clandestina e integração dos imigrantes.

Segundo o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras⁹, a população estrangeira residente em Portugal, no período de 2007, aumentou no valor de 3.7% face aos valores do ano anterior, num total de 435 736 estrangeiros residentes. Estes valores consolidam uma tendência no sentido do crescimento sustentado da população estrangeira, em termos nacionais.

A totalidade de imigrantes do Brasil, Cabo Verde, Ucrânia, Angola e Guiné-Bissau, representam cerca de 52% da população estrangeira com permanência regular em território nacional, sendo que a nacionalidade brasileira passa a ser a mais representativa, em detrimento da cabo-verdiana.

Quanto à dispersão dos estrangeiros por todo o território nacional verifica-se uma nítida predominância da ocupação dos distritos do litoral, no sentido Sul-Norte, com destaque para os distritos de Lisboa, Faro, Setúbal e Porto, em detrimento dos distritos do interior do país, respondendo em grande parte, às necessidades de mão-de-obra sentidas nestas concentrações urbanas.

Em 2007 o distrito de Braga contava com 8562 estrangeiros residentes, aproximadamente 2% da totalidade nacional.

O concelho de Braga registou, em 2006, 499 estrangeiros residentes, dos quais 294 eram homens e 205 eram mulheres.

A par da tendência nacional as nacionalidades mais representativas foram a Ucrânia (201), a Brasileira (122), seguidamente a China (26), Angola (22), Rússia (22) e a Roménia (21).

Em termos da composição da comunidade estrangeira, sublinha-se o facto de 48,8% deste universo populacional se reportar a países de leste, 32% a países de língua Portuguesa: Brasil, Angola, Guiné-Bissau, Cabo Verde e Moçambique e um crescimento da nacionalidade chinesa.

⁹ Serviço de estrangeiros e Fronteiras, Relatório Estatístico anual, 2007, www.sef.pt, Jan 2008

Quanto a esta última nacionalidade, importa registar que Portugal passou de 287 residentes de nacionalidade chinesa em 2005 para 2471 em 2006.¹⁰

Ao nível de respostas e serviços à comunidade, o concelho de Braga conta com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, cuja missão é dar execução à política de imigração e asilo de Portugal, de acordo com as disposições da Constituição e da Lei e as orientações do Governo, e o Centro Local de Apoio à Integração de Imigrantes (CLAII), resultante de uma parceria estabelecida entre a Delegação de Braga da Cruz Vermelha Portuguesa e o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.

A missão do CLAII de Braga caracteriza-se essencialmente por proporcionar respostas locais e articuladas, ao nível das necessidades de acolhimento e integração das comunidades imigrantes, enquanto requisito fundamental para o exercício de uma cidadania activa e responsável.

Assim, o CLAII apresenta-se ao imigrante enquanto um espaço de: Informação, aconselhamento, encaminhamento e acompanhamento do imigrante face às situações apresentada; facilitação no acesso do imigrante aos recursos da comunidade; dinamização do associativismo; promoção da Interculturalidade e promoção da participação activa do imigrante no seu processo de integração.

Em termos estatísticos, no período de Janeiro a Novembro de 2007 efectuaram-se 769 atendimentos referentes às seguintes problemáticas: legalização (43,95%); educação (9,36%); nacionalidade (9,23%); trabalho (7,28%); retorno Voluntário 6,24%); Segurança Social (5,98%) e Outros (17,96%).

Os imigrantes que solicitaram apoio foram na maioria de nacionalidade brasileira (39,27%), seguidamente da Ucrânia (15,08%); dos PALOP`S (15%); da Roménia (13,65%) e ainda de outros países (17%).

¹⁰ SEF, 2008, População Estrangeira que Solicitou Estatuto de Residente 1999-2006