

DIAGNÓSTICO SOCIAL DO CONCELHO DE ÓBIDOS



Rede Social
CONCELHO DE ÓBIDOS



ÓBIDOS
MUNICÍPIO



SEGURANÇA SOCIAL

AGRADECIMENTOS

Às Entidades/Instituições e demais participantes nas reuniões de elaboração da Análise SWOT; A todas as Entidades, Serviços, Departamentos da CMO e Empresas Municipais; Ao ACES Oeste, Norte e Unidade de Saúde Pública; Departamentos e Serviços do MTSS e ME pela disponibilidade na cedência de dados;

FICHA TÉCNICA**Título**

Diagnóstico Social do Concelho de Óbidos

Coordenação

- Núcleo Executivo da Rede Social de Óbidos
- Câmara Municipal de Óbidos
- I.S.S., I.P. - Centro Distrital de Leiria
- Santa Casa da Misericórdia de Óbidos
- Associação de Freguesias do Concelho de Óbidos
- Agrupamento de Escolas Josefa d'Óbidos

Autores

Câmara Municipal de Óbidos

Apoio Técnico e Revisão

Câmara Municipal de Óbidos

Edição

Rede Social de Óbidos - Câmara Municipal de Óbidos

ÍNDICE

CAPÍTULO I - Caracterização Geral do Concelho de Óbidos	13
1. A Dinâmica do Concelho de Óbidos	14
1.1. Localização geográfica, população e acessibilidades	14
1.2. Contextualização da Vila de Óbidos na história de Portugal	20
2. Breve Caracterização do Concelho	21
2.1. Demografia/População	21
2.2. Habitação Social	37
2.3. Saúde	39
2.4. Educação	50
2.5. Emprego e Formação Profissional	63
2.6. Empreendedorismo, Empresas e Atividades Económicas.	66
2.7. Intervenção Social.	69
2.8. Cultura e Turismo.	71
2.9. Segurança Pública / Bombeiros	77
CAPÍTULO II - Rede Social de Óbidos	83
1. Introdução - A Rede Social e a atualização do Diagnóstico Social	84
1.1. Diagnóstico Social.	84
1.2. Rede Social	86
1.2.1. Metodologia	87
1.2.2. Rede para a Inovação Social no Oeste (RISO).	89
CAPÍTULO III - Recursos Disponíveis	91
1. Projetos e Programas do Município	92
CAPÍTULO IV - Análise SWOT	119
1. Análises SWOT - Definição	120
1.2. Análises SWOT do Concelho de Óbidos	
CAPÍTULO V - Considerações Gerais	137
Bibliografia e Webgrafia	139
Anexos	141

ÍNDICE DE MAPAS

CAPÍTULO I

Mapa 1	Localização do Concelho de Óbidos	14
Mapa 2	Mapa de Freguesias do Concelho de Óbidos	15
Mapa 3	Mapa das localidades do Concelho de Óbidos	15

ÍNDICE DE QUADROS

CAPÍTULO I

Q.1	Dados gerais do concelho	15
Q.2	Serviço de Táxis - Localização da praça e número de veículos	20
Q.3	População residente, segundo grupos etários, por freguesia em 2001.	22
Q.4	População residente, segundo grupos etários, por freguesia em 2011	22
Q.5	População residente segundo o estado civil e o sexo, 2011	25
Q.6	Pensões da Segurança Social: total, velhice, invalidez e sobrevivência	30
Q.7	Pensões: total da Segurança Social e da CGA.	31
Q.8	Reformados, aposentados e pensionistas da CGA no Concelho de Óbidos, 2011 - 2017	31
Q.9	Número de crianças, jovens e adultos a frequentar Entidades/Instituições de apoio à deficiência, por tipo, 2017	31
Q.10	População estrangeira com estatuto legal de residente no Concelho de Óbidos: total e por sexo.	35
Q.11	Número de cidadãos estrangeiros a viver no Concelho de Óbidos, por principais países de origem nos anos 2016 e 2017	36
Q.12	Alojamentos familiares clássicos segundo os Censos: total e por forma de ocupação	37
Q.13	Alojamentos familiares não clássicos segundo os Censos: total e por tipo	37
Q.14	Alojamentos familiares ocupados por instalações existentes segundo os Censos	37
Q.15	Alojamentos familiares clássicos de residência habitual segundo os Censos: total, por ocupantes proprietários e por inquilinos (%)	37
Q.16	Número de indivíduos por alojamento familiar clássico.	38
Q.17	Valor médio das rendas de habitação social, por localização geográfica (Município) e tipo de Contrato de Arrendamento: Anual	38
Q.18	Água captada: total e por origem do caudal m ³ - Milhares	38
Q.19	Número de utentes, médicos, enfermeiros e outros profissionais nas Unidades de Saúde do Concelho de Óbidos em 2018	41
Q.20	Estabelecimento Pré-Escolar e capacidade	51
Q.21	Número de crianças em jardim de infância, ano letivo 2017/2018	52
Q.22	Número de crianças/jovens por nível educativo	52
Q.23	Alunos matriculados por estabelecimento escolar e nível de ensino, ano letivo 2017/2018	53

Q.24	Alunos com subsídio, por ano escolar: ano letivo 2017/2018	56
Q.25	Taxa bruta de escolarização em 2014	56
Q.26	População residente segundo o nível de escolaridade	57
Q.27	Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo	57
Q.28	Taxa de analfabetismo por freguesia do Concelho de Óbidos 2001 (%)	57
Q.29	População residente no Concelho de Óbidos segundo a taxa de analfabetismo Censos 2011	58
Q.30	Taxa de abandono precoce de educação e formação: total e por sexo em Portugal (%)	59
Q.31	Taxa de retenção e desistência no ensino básico nos anos letivos 2007/2008 e 2013/2014	59
Q.32	Quadro comparativo das taxas de sucesso escolar nos anos letivos 2009/2010 a 2015/2016	60
Q.33	Expetativas escolares dos alunos por concelho (%)	62
Q.34	Desemprego registado no Concelho de Óbidos segundo o género, tempo de inscrição e situação face à procura de emprego	64
Q.35	População residente economicamente ativa e empregada, segundo o sexo e o ramo de atividade, 2011	64
Q.36	Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos por ano	70
Q.37	Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos, por escalão etário e ano	70
Q.38	Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos por freguesia e ano	70
Q.39	Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos, por sexo e ano	70
Q.40	Efetivo do Posto Territorial de Óbidos: número e categoria	77
Q.41	Crimes registados na GNR: total e por tipo	78
Q.42	Violência doméstica no Concelho de Óbidos 2015-04/2017	80

CAPÍTULO III

Q.43	Enxoval Recém-Nascido por freguesia, ano 2016-2018	100
Q.44	Número de processos por freguesia, ano 2018	101
Q.45	Tipificação de Nacionalidades	103
Q.46	Emigrantes regressados entre 2001 e 2011	104
Q.47	Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, segundo o sexo e idade	105
Q.48	Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, com 15 ou mais anos, segundo as qualificações académicas	106
Q.49	Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, segundo o principal meio de vida	107
Q.50	Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, segundo a condição perante o trabalho	108
Q.51	Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, com 15 ou mais anos, segundo a forma como exerce a profissão	109
Q.52	Número de indivíduos abrangidos por atividades por trimestres: anos 2017 e 2018	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO I

Gráfico 1	População residente no Concelho de Óbidos por freguesias em 2011	21
Gráfico 2	População residente no concelho, estimativas a 31/12/2015: por grupo etário em 2001	23
Gráfico 3	População residente no concelho por grupo etário em 2017	24
Gráfico 4	Evolução da população residente, por grupos etários no Concelho de Óbidos	24
Gráfico 5	Taxa Bruta de Natalidade (%)	26
Gráfico 6	Taxa de Fecundidade Geral (%)	27
Gráfico 7	Taxa de Fecundidade por grupo etário (%), 2001, 2015, 2017	28
Gráfico 8	Nados-vivos de mães residentes no Concelho de Óbidos: total e fora do casamento	29
Gráfico 9	Subsídio de bonificação por deficiência da Segurança Social	32
Gráfico 10	Índice de dependência de idosos	32
Gráfico 11	Subsídio por assistência à 3ª pessoa	33
Gráfico 12	Óbitos de residentes no concelho: total e por grupo etário em 2017	33
Gráfico 13	Água distribuída pela rede pública m3 - Milhares	38
Gráfico 14	Água distribuída/consumida por habitante: Rácio	39
Gráfico 15	População servida por sistemas de drenagem de águas residuais %, Proporção %	39
Gráfico 16	População servida por sistemas públicos de abastecimento de água %, proporção %	39
Gráfico 17	Proporção (%) de diagnósticos ativos de “Diabetes” nos inscritos nas unidades de CSP, valor médio do triénio 2013/2015	46
Gráfico 18	Proporção % de diagnósticos ativos de “Perturbação Depressiva”	46
Gráfico 19	Estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário: por nível de ensino	51
Gráfico 20	Comparação de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino, 2016/2017 e 2017/2018	54
Gráfico 21	Comparação de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino, 2001/2002 e 2017/2018	54
Gráfico 22	Alunos sexo masculino matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino	55
Gráfico 23	Alunos sexo feminino matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino	55
Gráfico 24	Alunos de nacionalidade estrangeira inscritos no 2º e 3º CEB e Ensino Secundário, por concelho, NUTS III Oeste, no ano letivo 2013/2014(%)	56
Gráfico 25	Comparação frequência : por nível de ensino e anos letivos (%)	61
Gráfico 26	Comparação Transitou/Concluiu: por nível de ensino e anos letivos (%)	61
Gráfico 27	Comparação Não Transitou/Não Concluiu: por nível de ensino e anos letivos (%)	61
Gráfico 28	População residente economicamente ativa (sentido restrito) e empregada, segundo o ramo da atividade, NUTS III Oeste, em 2011 (%)	63
Gráfico 29	População empregada segundo os Censos 2011: total e por setor de atividade	64

Gráfico 30	Taxa de emprego segundo os Censos 2011: total e por grupos etários (%)	64
Gráfico 31	Dormidas nos estabelecimentos hoteleiros por 100 habitantes	76
Gráfico 32	Número de crimes registados na GNR por concelho - ano 2017	78
Gráfico 33	Crimes de violência doméstica registados pela polícia - violência doméstica contra cônjuge ou análogo - Óbidos	79
Gráfico 34	Número de veículos disponíveis na Corporação de Bombeiros de Óbidos - 2018	81
Gráfico 35	Total de ocorrências 2016 e 2017	81

CAPÍTULO III

Gráfico 36	Número de alunos apoiados em Terapia Ocupacional por estabelecimento escolar	94
Gráfico 37	Número de alunos apoiados em Terapia Ocupacional na Sala de Recursos Multifuncionais por estabelecimento escolar	95
Gráfico 38	Número de utentes do Melhor Idade apoiados em Terapia Ocupacional, por Centro de Convívio	95
Gráfico 39	Distribuição de utentes por tipo de consulta nos anos 2016 e 2017	99
Gráfico 40	Número de consultas por tipo nos anos 2016 e 2017	99
Gráfico 41	Número de utentes por género nos anos 2016 e 2017	99
Gráfico 42	Altas nos anos 2016 e 2017	99
Gráfico 43	Número de recém-nascidos apoiados com enxoval nos anos 2011-2018	100
Gráfico 44	Atendimentos registados segundo o sexo, ano 2017 e 2018 (até outubro 2018)	102
Gráfico 45	Tipificação de assuntos	102
Gráfico 46	Média de idades na Rede de Centros de Convívio Melhor Idade: total e por sexo em 2017 e 2018	113

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I

Fig. 1	Número de estrangeiros residentes no Distrito de Leiria em 2016	35
Fig. 2	Ranking do número de estrangeiros a residir em Portugal por Distrito em 2016	35
Fig. 3	Complexo Escolar dos Arcos	51
Fig. 4	Complexo Escolar do Alvito	51
Fig. 5	Complexo Escolar do Furadouro	51
Fig. 6	EB Secundária Josefa de Óbidos	51
Fig. 7	Festival Internacional do Chocolate	71
Fig. 8	Semana Santa de Óbidos	72
Fig. 9	Mercado Medieval de Óbidos	72
Fig. 10	Folio	73
Fig. 11	Óbidos Vila Natal	73
Fig. 12	SIPO	74
Fig. 13	Atividades dos Centros de Convívio Melhor Idade	112

ABREVIATURAS E SIGLÁRIO

ATL	Atividades de Tempos Livres
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas
INE	Instituto Nacional de Estatística
CGA	Caixa Geral de Aposentações
I.S.S., I.P.	Instituto da Segurança Social, Instituto Público
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
RDC	República Democrática do Congo
PIB	Produto Interno Bruto
PEEM	Plano Estratégico Educativo Municipal
EB	Escola Básica
PIEF	Programa Integrado de Educação e Formação
OESTE CIM	Comunidade Intermunicipal do Oeste
INSAAR	Inventário Nacional de Sistemas de Abastecimento de Água e de Águas Residuais
IEFP, I.P.	Instituto Emprego e Formação Profissional, Instituto Público
CIS	Centro de Intervenção Social
RSI	Rendimento Social de Inserção
SESS	Sistema de Estatística da Segurança Social
GEE	Gabinete de Estratégia e Estudos
MTSSS, I.P.	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Instituto Público
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
CHO	Centro Hospitalar do Oeste
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ARSLVT, I.P.	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público
CRI	Centro de Respostas Integradas
GAJA	Gabinete de Atendimento a Jovens e Adolescentes
DGPJ/MJ	Direção Geral da Política de Justiça/ Ministério da Justiça
GAVVD	Gabinete de Atendimento à Vítima de Violência Doméstica

CLASO	Conselho Local de Ação Social de Óbidos
CLAS	Conselhos Locais de Ação Social
PDS	Plano de Desenvolvimento Social
RISO	Rede para a Inovação Social no Oeste
PDCT	Pacto para o Desenvolvimento e Coesão Territorial do Oeste
GIP	Gabinete de Inserção Profissional
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento
CEB	Ciclo Ensino Básico
IPL	Instituto Politécnico de Leiria
GAE	Gabinete de Apoio ao Emigrante
CLAIM	Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes
ACIDI	Alto Comissariado para as Migrações Diálogo Intercultural
UNIVA	Unidade de Inserção na Vida Ativa
MAPE	Modelo de Acompanhamento Personalizado para o Emprego
VAT	Veículo de Apoio Técnico
UMS	Unidade Móvel de Saúde
BLAT	Banco Local de Ajudas Técnicas
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
CD	Centro de Dia
CC	Centro de Convívio
ADI	Apoio Domiciliário Integrado
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
GATO	Gabinete de Ativação do Território de Óbidos
IMI	Imposto Municipal sobre Imóveis
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ACIM	Associação de Cursos Internacionais de Música
OMS	Organização Mundial de Saúde

PREFÁCIO

O Diagnóstico Social e o Plano de Desenvolvimento Social, elaborado pela Rede Social do Município de Óbidos, sob a coordenação da Câmara Municipal, é um instrumento de planeamento imprescindível para um conhecimento rigoroso da realidade do nosso concelho, permitindo ao seu executivo agir de forma responsável no desenvolvimento de políticas sustentadas e integradoras.

A existência de um trabalho comum, de colaboração e de parcerias fortes, do qual me regozijo, permitiu, que em conjunto, se identificasse as necessidades e problemas locais com vista ao planeamento estratégico e à promoção conjunta de respostas adequadas às novas realidades e aos novos perfis que necessariamente exigem a nossa atenção, preocupação e ação.

O Concelho de Óbidos dispõe assim de um conjunto de instituições, equipamentos e serviços de ação social para as diferentes faixas etárias que são decisivas e imprescindíveis para a melhoria das condições de vida da população. Estas infra-estruturas, possuidoras de recursos humanos especializados, constituem um capital enorme, no entanto, é importante perspectivar as tendências e planear em conformidade, de forma a garantir que os problemas das pessoas e dos serviços que as servem e apoiam não se agudizem, nem se tornem irremediáveis.

Sabemos que a justiça social também se efectiva com a igualdade de oportunidades, que não se vence num dia, nem sequer em alguns anos. Esta é uma tarefa permanente e continua, sempre incompleta e inacabada.

O Município de Óbidos continuará a canalizar parte dos seus recursos para o setor social, participando de forma activa e assumindo um papel facilitador na cooperação entre os sectores público, privado e comunidade.

Juntos, continuaremos a caminhar em prol de um melhor desenvolvimento e crescimento do nosso território, contribuindo para a coesão da nossa comunidade, dos seus agentes e munícipes.

O vereador com o Pelouro de Intervenção Social,
José Joaquim Simão Pereira

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este sumário executivo refere-se ao Diagnóstico Social de Óbidos previsto no âmbito da Rede Social.

A Câmara propôs-se a conceber e dinamizar um diagnóstico do concelho, que a par da atualização da informação relativamente ao anterior, o mesmo fornecesse aos parceiros locais um papel mais ativo nas políticas de intervenção local.

Tendo como base o conhecimento adquirido durante a fase do pré-diagnóstico, onde: foram formulados os objetivos do diagnóstico, se fez a recolha e análise de dados, se identificaram problemas e suas causas, se identificaram oportunidades e fragilidades; é então o Diagnóstico Social de Óbidos resultado de um longo processo de participação e parcerias tendo em vista elaboração do Plano de Desenvolvimento Social para o Concelho.

O Diagnóstico Social visa ainda encontrar recursos disponíveis e orientar a Rede Social, necessitando esta de um instrumento de trabalho que a ajude a planear uma estratégia com vista a enfrentar os obstáculos colocados constantemente e que advêm do próprio desenvolvimento social local. Para combater os novos e velhos desafios deve-se assentar o trabalho numa parceria colaborativa fazendo face aos problemas mas também exponenciar as potencialidades que existem no Concelho de Óbidos e que devem ser aproveitadas para uma melhoria de vida dos concidadãos.

CAPÍTULO I

1. A DINÂMICA DO CONCELHO DE ÓBIDOS

- 1.1. Localização geográfica, população e acessibilidades
- 1.2. Contextualização da Vila de Óbidos na História de Portugal

2. BREVE CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO

- 2.1. Demografia/População
- 2.2. Habitação/Habitação Social
- 2.3. Saúde
- 2.4. Educação
- 2.5. Emprego e Formação Profissional
- 2.6. Empreendedorismo, Empresas e Atividades Económicas
- 2.7. Intervenção Social
- 2.8. Cultura e Turismo
- 2.9. Segurança Pública/Bombeiros

1. A DINÂMICA DO CONCELHO DE ÓBIDOS

A análise da dinâmica demográfica constitui-se como um elemento fundamental para a avaliação do desenvolvimento social e económico de uma localidade. Ajuda a projetar uma imagem do concelho, a avaliar as evoluções existentes e a detetar pontos de fragilidade que necessitam de intervenção.

1.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA, POPULAÇÃO E ACESSIBILIDADES

Situado a sul do distrito de Leiria, no centro da Região de Turismo do Oeste, a cerca de 80 km de Lisboa e a 60 km de Leiria, o Concelho de Óbidos é banhado pelo Oceano Atlântico numa extensão de cerca de 6 km e é delimitado a norte e a este pelo Concelho de Caldas da Rainha, a sudoeste pelo Concelho de Peniche e a sul pelos concelhos da Lourinhã e Bombarral.

O Município de Óbidos ganha uma nova centralidade com a presença da A8 (auto-estrada que liga Lisboa e Leiria), da A15 (Caldas da Rainha a Santarém) e do IP6 (que liga a Freguesia de Amoreira e Peniche), ligações que contribuem para o desenvolvimento do concelho ao aproximá-lo mais de importantes centros urbanos potencializando o incremento de empreendimentos estruturantes. Este último troço, do IP6, incrementou a competitividade de toda a Região Oeste, favorecendo a ligação de concelhos como Peniche à A8.

Com uma morfologia algo acidentada é porém dotado de solos extremamente férteis e vários cursos de água que o atravessam, entre eles os rios Real e Arnóia, indo desaguar na Lagoa de Óbidos, outrora uma grande “Braço de Mar” que alcançava as terras baixas circundantes da Vila de Óbidos e que hoje se limita a uma superfície de 500



MAPA 1 - Localização do Concelho de Óbidos

hetares a baixa-mar e a cerca de 700 hetares aquando da praia-mar. A Lagoa de Óbidos constitui uma fonte de riqueza piscatória e turística da qual dependem economicamente muitas famílias da região.

Atualmente, o Concelho de Óbidos tem cerca de 12 mil habitantes e é composto por sete freguesias: A-dos-Negros, Amoreira, Gaeiras, Olho Marinho, Usseira, Vau e com a reorganização administrativa surgiu a freguesia Santa

Maria, São Pedro e Sobral da Lagoa à qual pertence a Vila de Óbidos. Estas freguesias estendem-se numa área de 146 km². Gaeiras foi elevada a Vila no início do ano de 2001, sendo todas as outras freguesias constituídas por aldeias e casais.



MAPA 2 - Mapa de freguesias do Concelho de Óbidos



MAPA 3 - Mapa das localidades do Concelho de Óbidos

Q1. - Dados gerais do concelho

ÁREA GEOGRÁFICA (Km ²)	
Concelho	141,55
FREGUESIAS	
A-dos-Negros	17
Amoreira	25
Olho Marinho	18,12
Santa Maria, São Pedro e Sobral da Lagoa	22,13
Vau	32,9
Gaeiras	10,31
Usseira	7,2

Fonte: Carta Administrativa Oficial de Portugal, Versão 2013

Freguesia de A-dos-Negros

Esta freguesia foi criada na segunda metade do século XVIII, talvez já depois do terramoto de 1755. Segundo Pinho Leal (investigador) a freguesia deve o seu nome a Cecílio Negro um corajoso capitão lusitano que viveu 20 anos antes de Jesus Cristo. Antes de 1147 existiam várias povoações entre Leiria e Lisboa local de residência de núcleos judaicos, foi o rabi-mor Iáhia Aben-Yasich foi então nomeado mordomo e cavaleiro-mor por D. Afonso Henriques que pelos seus préstimos na luta contra os Mouros o presenteou com a Aldeia dos Negros, que se julga ser a atual Freguesia de A-dos-Negros e que outrora se encontrava coberta de matagais e imensas árvores (sobreiros, azinheiras, loureiros e medronheiros) que conferiam este aspeto de escuridão à povoação.

Freguesia de Amoreira

A Freguesia de Amoreira foi em tempos uma terra com extrema importância chegando mesmo a rivalizar com Óbidos, diz-se ter havido por lá um castelo algo que ainda se encontra por provar.

Estende-se até ao Oceano Atlântico, encontrando-se aí um grande empreendimento turístico bastante procurado por estrangeiros e local amiúde escolhido pela Seleção

Nacional de Futebol para a realização de estágios de preparação.

Antiga Vila possui um floral outorgado por D. Manuel I a 1512, Amoreira era pertença da Casa das Rainhas e contava com Misericórdia, Hospital e uma Praça de Touros.

Muito próximo da Amoreira encontra-se a Ferraria que outrora se diz ter sido uma forja ou fábrica onde os Árabes construíam as suas armas.

A zona litoral da vila despertou o interesse nas casas reais do século XII quer pela caça ou pela pesca na Lagoa de Óbidos.

Foi também importante por ter em si localizado o Convento de Nossa Senhora da Conceição de Frades da ordem de São Jerónimo, local onde se apoiava o povo nas suas enfermidades e se propagava a fé em Cristo, nomeadamente, aos mareantes que atracavam na Ilha das Berlengas. Contudo, este local era frequentemente alvo de inundações, escassez de alimentos e até local de maus tratos infligidos. Assim, a Rainha D. Catarina (mulher de D. João III) mandou edificar um novo convento no Vale Benfeito, obra que ficou concluída em 1545, este local prosperou até 1834 ano em que se assistiu à extinção das ordens religiosas.

Freguesia de Olho Marinho

A 5 de março de 1925 uma desanexação da Freguesia de Amoreira dá origem à Freguesia de Olho Marinho.

O Olho Marinho é considerada uma terra fértil em caça e água e talvez por isso existam vestígios de ter sido habitada desde a pré-história, facto comprovado pela descoberta de um crânio na gruta “Casa da Moura” que se pensa pertencer à época Neandertal.

O planalto das Cesaredas deve o seu nome ao imperador de Roma Júlio César. Julga-se que este ainda na sua época de governador teria por lá os seus cavalos em pastagem.

Ao longo dos tempos as Cesaredas desenvolveram-se graças às importantes quintas que sediaram naquela freguesia, como por exemplo, a Quinta do Furadouro.

Freguesia de Santa Maria, São Pedro e Sobral da Lagoa

A Freguesia de Santa Maria de Óbidos é a mais antiga das freguesias que formam a Vila, possui templos, monumentos, igrejas, o pelourinho e o castelo.

Este território aguçou o interesse de diversos povos e foi ocupado sucessivamente desde os Lusitanos, aos Romanos, Visigodos e Muçulmanos.

O Castelo de Óbidos é a fase final de uma construção efetivada ao longo dos séculos, sendo atribuída ao tempo de D. Dinis a construção principal do mesmo, posteriormente intervencionado por D. Fernando, D. João II e D. Manuel II. Foi aliás D. Manuel II que a 20 de agosto de 1513 concede o novo floral a Óbidos e a testemunho desse acontecimento ergue-se na Praça de St^a Maria o Pelourinho.

São Pedro é outra freguesia compõem a vila. A sua extensão era bem maior do que agora uma vez que a compunham as agora freguesias das Gaeiras e Usseira. A sua história confunde-se com a da própria vila dado que é parte integrante da mesma situando-se dentro das muralhas da vila. Tem o seu início na famosa Porta da Vila, com o seu apontamento à Imaculada Conceição outrora proclamada Padroeira do Reino após a Restauração em 1640, neste local existe uma capela-oratório dedicada a Nossa Senhora da Piedade que se encontra revestida por um painel de azulejos datados do séc. XVIII.

Sobral da Lagoa é a terceira freguesia que constitui a Vila. A antiga mata do Sobreiral foi o ponto de partida para o nascimento de uma nova povoação que se vê elevada a freguesia em 1837.

O povoamento do morro deu-se aquando de um passeio de Domingos dos Santos Ferreira Neto ao mesmo, estávamos em 1583, perante tal paisagem e vista para a Vila e Lagoa de Óbidos, ficou fascinado e decide construir ali uma casa à qual se segue outra que seria habitada por uma família amiga, desbravaram matas plantando árvores de fruto e cultivaram cereais, passados poucos anos já ali havia um pequeno povoado.

Sempre existiu nesta povoação um sentimento religioso bastante marcado, face ao crescendo do povoado e à limitação do espaço na ermida de Nossa Senhora da Conceição com a ajuda dos frades do Varatojo edificou-se um templo maior sob invocação do Mártir S. Sebastião.

Outra das curiosidades deste povoado é o conjunto de 4 moinhos de vento erguidos no cimo do monte.

Freguesia do Vau

A Freguesia de Vau é a mais extensa do concelho, encontra-se situada na margem esquerda do rio Real. As origens desta freguesia não são claras, assim como do seu topónimo, acredita-se que será porque uma das zonas junto à Quinta da Luz só ser transponível a vau, a definição aponta para que seja um ponto de passagem no rio ou mar cuja profundidade é tão diminuta que é possível passar a pé ou a cavalo.

Também o aparecimento da povoação é desconhecido, crê-se que seja da época em que D. Afonso Henriques repovoou Óbidos. Com a chegada dos monges em 1548 o lugar de Vau assistiu a um desenvolvimento notável muito por culpa da colonização agrícola por eles levada a cabo, os campos em redor eram férteis e a facilidade em pescar e caçar deram também o seu contributo ao aumento da povoação. É então edificada uma pequena ermida em honra de Santo António substituída mais tarde por outra em invocação a Nossa Senhora da Piedade. No ano

de 1747 a povoação já tinha crescido de tal forma que se assistiu à construção da Igreja de Vau prova do aumento da população.

A fundação da freguesia situar-se-á entre 1747-1748, a comprovar este facto tem a Junta de Freguesia um alvará de 12 de janeiro de 1747.

Conta a história que sendo terra de pescaria e caça, o Infante D. Pedro III deslocou-se até à lagoa, quando se encontrava junto à restinga, local arenoso paralelo à linha da costa, foi arrastado por uma vaga colocando a sua vida em perigo, foi salvo por uns pescadores que ali se encontravam e como recompensa e a seu pedido o Infante prometeu, e cumpriu, elevou o lugar de Vau a freguesia.

Freguesia de Gaeiras

Pouco se sabe sobre a Freguesia de Gaeiras até ao século XV, altura em que o Infante D. Henrique, filho de D. Manuel I e a sua esposa D. Isabel Henriques transferiu o Convento de São Miguel do lugar de Trás do Outeiro para as Gaeiras, foi a 20 de outubro de 1602 que foi lançada a primeira pedra da nova capela.

Reza a história que no início do século XVIII um inglês de seu nome Henrique Tompsen instalou nas Gaeiras uma unidade de manufaturação de curtumes, uma vez que a localidade possuía excelentes condições no fornecimento de casca de carvalhos assim como de cursos e nascentes de água.

António da Silva Faria - 1º Mestre de Cerimónias da Patriarcal - depois de servir o El-Rei D. João V volta à Quinta de Nossa Senhora da Ajuda nas Gaeiras e aí instaura uma Casa-Pia, que serviu de hospital na altura das guerras peninsulares, dava abrigo aos desfavorecidos e ensinava leitura a meninos e meninas.

Em 1780, António Gomes da Silva Pinheiro adquire a pro-

priedade que viria a chamar-se Quinta das Gaeiras, recuperando e ampliando a Fábrica de Curtumes aí fundada no século XVIII por Henrique Tompsen.

A freguesia das Gaeiras é constituída a 4 de outubro de 1985 e a 19 de abril de 2001 é elevada a Vila.

Freguesia de Usseira

A Freguesia de Usseira foi criada a 28 de agosto de 1989, desanexada da Freguesia de Óbidos (mais concretamente S. Pedro) da qual sempre foi pertença. Uma vez que sempre fez parte integrante da Freguesia de Óbidos é difícil saber o passado histórico da mesma sem a relacionar com as origens da freguesia mãe.

O topónimo “Usseira” vem de “usso” que é o mesmo que “urso”, sendo talvez uma alusão à fauna da região na época.

Sabe-se que foi uma região habitada pelos Romanos e mais tarde pelos Árabes tendo sido estes derrotados por D. Afonso Henriques em 1148, mais tarde por volta de 1186, D. Sancho I vai residir para Óbidos, altura em que se desenvolve e povoa ainda mais o centro da localidade.

É na Freguesia de Usseira que se encontra o manancial de água que em tempos alimentou o aqueduto que abastecia a Vila de Óbidos e, que foi mandado edificar em 1573 por D. Catarina, esposa de D. João III. Do património ressalvam-se os templos de culto, os moinhos de vento e o Talefe.

REDE VIÁRIA

A Rede Viária do Concelho de Óbidos evolui a partir do eixo urbano A-da-Gorda / Óbidos / Gaeiras, tendo uma melhor cobertura de território a Este deste eixo, mas com lacunas a Oeste do eixo urbano, nomeadamente nas freguesias de Amoreira, Norte de Olho Marinho e Norte de Sobral da Lagoa.

Óbidos encontra-se bem localizada em relação às principais cidades do país:

Distâncias:

- Óbidos - Lisboa, 75 Km;
- Óbidos - Santarém, 40 km;
- Óbidos - Porto, 245 km;
- Óbidos - Faro, 370 km;

REDE DE TRANSPORTES PÚBLICOS

Aquando da elaboração do anterior Diagnóstico Social a rede de transportes públicos rodoviários assegurava as carreiras a circular dentro do concelho, de e para outros concelhos limítrofes (Caldas da Rainha/ Peniche ou Caldas da Rainha / Bombarral).

O concelho é atravessado pela EN8 que liga Caldas da Rainha ao Bombarral e, que em termos de paragens rodoviárias serve as freguesias de Gaeiras, Óbidos (Vila) e, o lugar de A-da-Gorda, e pela EN 114 que liga Caldas da Rainha a Peniche e compreende paragens rodoviárias nas freguesias de Gaeiras, Óbidos (Vila), Sobral da Lagoa, Amoreira, Olho Marinho e no lugar de A-da-Gorda. As freguesias com maior oferta de horários são Gaeiras, Amoreira e Olho Marinho. Como estas estradas ligam importantes sedes de concelho, as carreiras rodoviárias existentes (cerca de 40) circulam entre as 6h55min e as 20h, entre estes destinos, com intervalos de 15 min, 30min ou 1h.

Contudo, não existiam carreiras regulares da Freguesia de A-dos-Negros para Óbidos, as populações tinham que se deslocar a Caldas da Rainha e, aí apanhar transporte para Óbidos, além disso verificamos que esta freguesia tem uma vasta dimensão e os lugares são muito dispersos. O mesmo se passa em parte na Freguesia de Stª Maria, nos lugares do Bairro da Srª da Luz, Trás do Outeiro, Carregal, Arelho e S. Pedro nos lugares de Casais da

Areia e Casais Brancos. Estas populações são servidas pelo UCSP de Óbidos que se situa na vila mas não têm transportes públicos rodoviários. Os únicos disponíveis são os transportes escolares que só se efetuam em período escolar, regra geral, um percurso de manhã, das localidades para a vila e de tarde, em três horários, da vila para as localidades, a última por volta das 17 horas.

Pode referir-se ainda que, nem sempre a possibilidade de saída de localidades de residência tem a garantia de transporte de regresso, por exemplo: um indivíduo residente na Usseira pode deslocar-se à praia do Bom Sucesso, partindo à hora de almoço, fazendo transbordo na vila (uma hora de espera), mas não tem possibilidade de regressar do Bom Sucesso a Óbidos ao fim da tarde. Portanto, será possivelmente mais fácil usufruir de praias de outros concelhos.

Dado esta situação, a autarquia tentou criar algumas alternativas porém, apenas no que diz respeito ao transporte específico de alguns grupos de população (idosos, crianças) para determinadas atividades (escola, ATL, passeios), através da aquisição de carrinhas de nove lugares atribuídas a cada Junta de Freguesia, em setembro de 2018 o município faz a entrega de novas carrinhas substituindo assim as anteriores, no entanto, tal não responde às necessidades individuais da população.

OBI- MOBILIDADE PARA TODOS

Para colmatar algumas destas situações o Município de Óbidos passou a usufruir desde julho de 2007 de um novo sistema de transporte, para complementar o serviço de transportes públicos e promover a mobilidade em áreas do concelho que não estão servidas pelo serviço público.

O sistema de transportes do Concelho de Óbidos - OBI-Mobilidade para Todos, surgiu através de um protocolo assinado com uma empresa de transportes públicos e,

permite disponibilizar itinerários que servem sobretudo as localidades sem qualquer transporte público, ou com pouca cobertura. Assim, muitos residentes passaram a conseguir deslocar-se à UCSP de Óbidos, à Junta de Freguesia, às escolas, aos serviços públicos na sede do concelho ou até à praia. O objetivo do município ao proporcionar o OBI foi aproximar do centro as aldeias mais periféricas.

Em 2018 os percursos até então existentes sofrem uma nova roupagem, através de um estudo exaustivo sobre as necessidades e a resposta que este serviço estava a proporcionar às comunidades locais foi claro que era necessário ajustar percursos e horas de deslocações, tendo sido lançado novo horário para o Inverno 2018/2019 (Anexo I).

REDE FERROVIÁRIA

O Concelho de Óbidos é atravessado pela linha do Oeste que liga as cidades de Figueira da Foz e Cacém (neste terminal os horários permitem ter ligação a Entrecampos). Apenas a Vila de Óbidos dispõe de uma estação (que está desativada em termos de apoio administrativo), verificando-se ainda a existência de um apeadeiro no lugar de A-da-Gorda.

Existem 16 comboios que diariamente efetuam viagens nos dois sentidos, 8 para cada lado.

De realçar ainda que os comboios que param em Óbidos são maioritariamente regionais (só 3 são inter regionais), e que o tempo médio de viagem entre o Cacém e Óbidos é de aproximadamente 2h30 nos comboios regionais e, 1h30 nos inter regionais. Entre Óbidos e Caldas da Rainha o tempo médio de viagem é de 10min.

A situação diagnosticada anteriormente mantém-se, já que ainda não houve alterações em relação ao apeadeiro de Óbidos. Esta estação não fica num local muito aces-

sível a pé e, os indivíduos que trabalham nas Caldas da Rainha não utilizam este meio de transporte, preferindo os transportes públicos ou o transporte próprio, para um acesso mais facilitado.

TRANSPORTE DE TÁXI

No concelho existem 14 veículos licenciados pela Câmara Municipal e que servem a população através de diferentes praças (Q.2).

Q2. - Serviço de Táxis

- Localização da praça e número de veículos

LOCALIZAÇÃO DA PRAÇA	QUANTIDADE DE VEÍCULOS
A-da-Gorda	1
Praia D'El Rei	11
Vau	2
Porta da Vila	2
Usseira	1
A-dos-Negros	2
Bairro Sra. da Luz	1
Olho Marinho	2
Sobral da Lagoa	1
Amoreira	1

Fonte: Câmara Municipal de Óbidos
Última atualização: março 2017

1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA VILA DE ÓBIDOS NA HISTÓRIA DE PORTUGAL

A Vila de Óbidos é marcada pelas suas pitorescas casas caiadas de branco com esquinas pintadas de azul ou amarelo, com vãos e janelas manuelinas, cobertas de buganvílias e madressilvas, foi conquistada aos mouros pelo primeiro Rei de Portugal, D. Afonso Henriques, em 1148, posteriormente D. Dinis doou-a à sua mulher, a Rainha Santa Isabel, desde então e até 1883 a Vila de Óbidos foi pertença das rainhas de Portugal. À data de 1527 a vila contava com 161 habitantes, o que corresponderia a cerca

de 1/10 da população do município. A área amuralhada era já nessa época idêntica à atual, ou seja, 14,5 ha.

Encontra-se envolvida por uma cintura de muralhas medievais e coroada pelo castelo mouro reconstruído por D. Dinis, que hoje é uma pousada. Óbidos é um dos exemplos perfeitos da fortaleza medieval.

Foi de Óbidos que nasceu o Concelho de Caldas da Rainha, anteriormente chamado Caldas de Óbidos (a mudança do determinativo ficou a dever-se às temporadas que aí passou Rainha D. Leonor).

Ao longo do vasto percurso das muralhas, e dos torreões nelas integradas, admiram-se belas vistas panorâmicas. De um lado avista-se a magnífica e rica várzea da Rainha e do outro lado o vale do Rio Arnóia que corre junto ao sopé da colina.

A 16 de fevereiro de 2007, o Castelo de Óbidos recebeu o diploma de candidato como uma das sete maravilhas de Portugal.

Em 2015, as Muralhas da Vila de Óbidos integram o projeto “Maravilhas de Portugal”, uma iniciativa da Direção Geral do Património Cultural e da multinacional Google.

Nos dias que correm é feita história todos os dias nesta bela vila, conta com obidenses empenhados para que Óbidos nunca mais saia das rotas dos visitantes, mas acima de tudo sem nunca esquecer os que cá nasceram, moram ou querem morar.

2. BREVE CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO

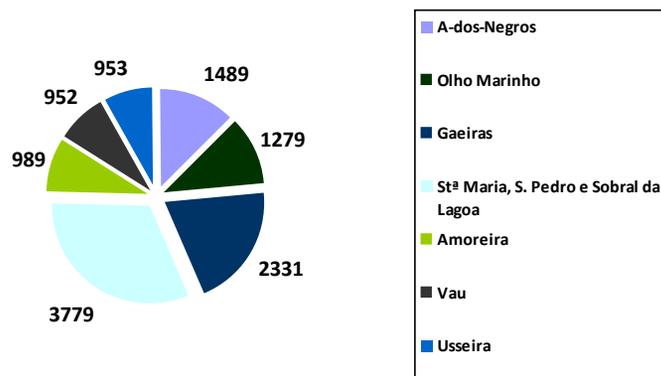
2.1. DEMOGRAFIA/POPULAÇÃO

O Concelho de Óbidos, de acordo com os CENSOS 2011, tinha 11.772 habitantes, dos quais 5.724 eram homens e 6.048 mulheres. Relativamente a 2001, o concelho registava um aumento populacional de 897 efetivos, cerca de 8,25 percentuais. Os números mais recentes sobre a população residente no concelho dizem respeito ao ano de 2017 e apontam para 11.709 habitantes.



No gráfico abaixo podemos visualizar a mancha populacional existente em cada uma das freguesias do concelho.

Gráfico 1 - População residente no Concelho de Óbidos por freguesias em 2011



Fonte: Censos 2011

Este acréscimo populacional, verifica-se transversalmente em todas as freguesias. Da mesma forma como se analisou no anterior Diagnóstico Social, as freguesias de Olho Marinho e Gaeiras apresentam um maior aumento populacional, sendo que nesta última o aumento foi mais significativo.

A sociedade encontra-se marcada pelo envelhecimento populacional, se em 2001 se verificava uma aproximação nos grupos etários ≤ 14 anos e ≥ 65 anos, pese embora já nessa altura se verificasse maior preponderância da população idosa, em 2011 o aumento do domínio da população idosa sob a população jovem cresceu significativamente em cerca de 5 pontos percentuais (20.1% e 15.2% correspondentemente).

A Região Oeste Norte apresenta um maior número de população idosa, se até ao início desta década apenas os concelhos de Óbidos e Bombarral apresentavam taxas de envelhecimento bastante elevadas comparativamente aos restantes concelhos da região, desde 2011 os valores harmonizaram-se.

Q.3 - População residente, segundo grupos etários, por freguesia em 2001

	TOTAL		GRUPOS ETÁRIOS			
	HM	H /M	0-14	15-24	25-64	65 ou +
Óbidos (total)	10875	5398/5477	1547	1411	5713	2204
A-dos-Negros	1493	752/741	203	194	789	307
Amoreira	985	493/492	128	120	482	255
Olho Marinho	1258	620/638	178	160	641	279
Vau	875	451/424	99	116	455	205
Gaeiras	1858	896/962	297	249	1047	265
Usseira	918	459/459	149	125	465	179
StªMaria, S. Pedro e Sobral da Lagoa	3488	1727/1761	493	447	1834	714

Fonte: Censos 2001

Q.4 - População residente, segundo grupos etários, por freguesia em 2011

	TOTAL		GRUPOS ETÁRIOS			
	HM	H /M	0-14	15-24	25-64	65 ou +
Óbidos (total)	11772	5724/6048	1723	1116	6335	2598
A-dos-Negros	1489	732/757	187	139	801	362
Amoreira	989	478/511	127	97	500	265
Olho Marinho	1279	642/637	194	103	683	299
Vau	952	481/471	125	84	507	236
Gaeiras	2331	1127/1204	371	247	1329	384
Usseira	953	463/490	136	106	492	219
StªMaria, S. Pedro e Sobral da Lagoa	3779	1801/1978	583	340	2023	833

Fonte: Censos 2011

Analisando a estrutura etária do Concelho de Óbidos, entre 2001 e 2011, verifica-se uma progressiva tendência para o envelhecimento demográfico, aliás esta é uma característica da sociedade portuguesa desde há quarenta anos a esta década em virtude da diminuição acentuada da natalidade ao longo dos últimos anos.

Entre 2001 e 2011 é na faixa etária a partir dos 30 anos que se encontra um maior aumento a nível da Região Oeste e, Óbidos não é exceção sendo que a maior parte da população encontra-se na faixa etária entre os 25 e

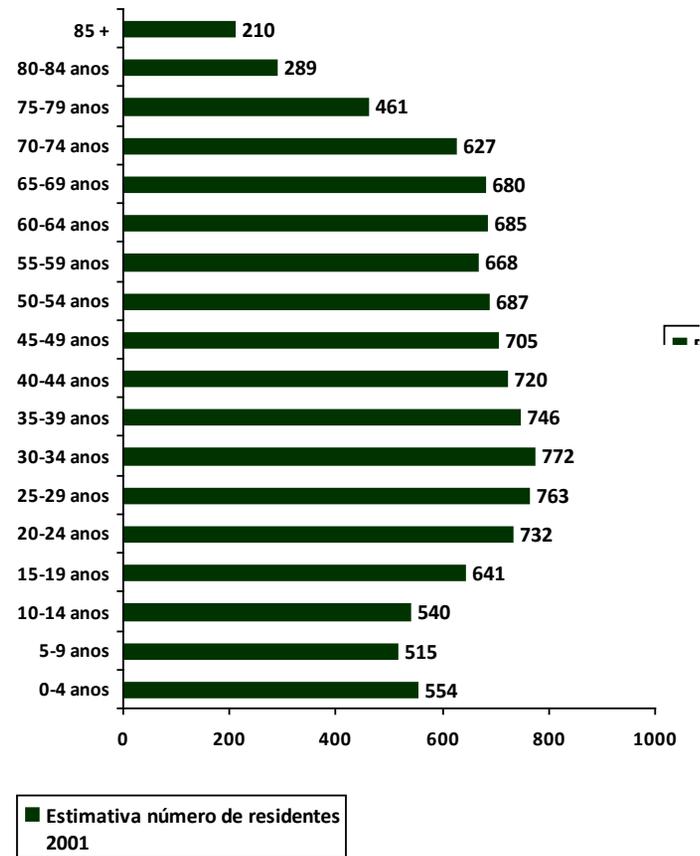
os 64 anos de idade. Também bastante representativa é a população com 65 anos ou mais apresentando-se esta superior ao número de jovens no concelho (1116).

Esta característica reflete-se na configuração da pirâmide etária que perde a forma triangular passando a apresentar uma forma tipo “urna”. O Índice de Envelhecimento indica um aumento da proporção de idosos e uma diminuição do número de indivíduos com menos de 15 anos. Este tipo de pirâmide “urna” reflete uma pirâmide envelhecida: base mais estreita do que a classe dos adultos.

Traduz uma diminuição da natalidade e um aumento da esperança média de vida, características dos países desenvolvidos.

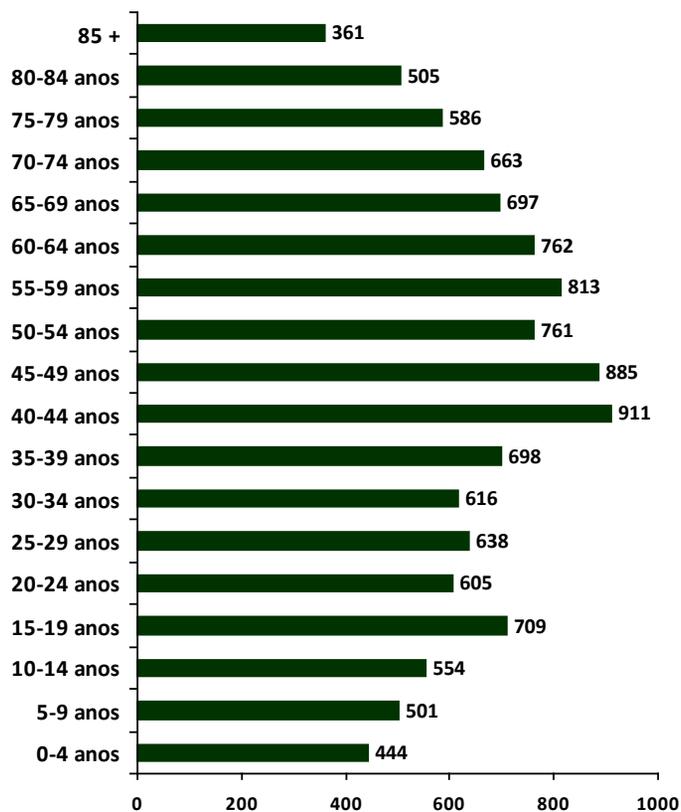
No Gráfico 2 podemos verificar a estimativa da população residente no Concelho de Óbidos segundo o grupo etário, estes dados que apresentamos abaixo encontram-se bastante pormenorizados, o intervalo de idades é bastante menor do que habitualmente encontramos tornando-se muito mais descritivo e de fácil perceção as efetivas diferenças, será interessante fazer-se a comparação com o ano de 2016 e 2017 (Gráfico 3 e 4). Podemos verificar que na faixa etária dos 0 aos 9 anos em 2001 havia mais população residente (1.069), contrapondo com as últimas estimativas que apontam para 945 crianças desta faixa etária a residir no concelho, estes números podem dever-se por exemplo à diminuição na taxa de natalidade que em 2001 era 10.9% e em 2017 era de 6.9% (como podemos verificar no Gráfico 6). É curioso perceber que na faixa etária que compreende o grupo etário dos 35 aos 85 anos ou + existe uma diferença significativa, em 2001 a população residente era de 6.178 já em 2017 estima-se que seria de 7.642 (um saldo positivo de 1.464 habitantes), podemos atribuir esta diferença a inúmeros fatores tais como: o regresso às origens de indivíduos que nasceram em Óbidos mas que teriam emigrado, mas também ao facto de hoje em dia Óbidos ser um concelho bastante atrativo quer em termos culturais, educativos mas também de empregabilidade com o apoio que fornece aos novos empresários seja no Parque Tecnológico com a sua incubadora de empresas e apoios dados, quer seja pelo apoio que o Espaço Ó também fornece a jovens empreendedores, levando a que mais pessoas se sintam tentadas a apostar neste concelho e em nele residir.

Gráfico 2- População residente no concelho, estimativas a 31/12/2015: por grupo etário em 2001



Fonte de Dados: INE/PORDATA, Última atualização: 16/06/2016

Gráfico 3- População residente no concelho por grupo etário em 2017

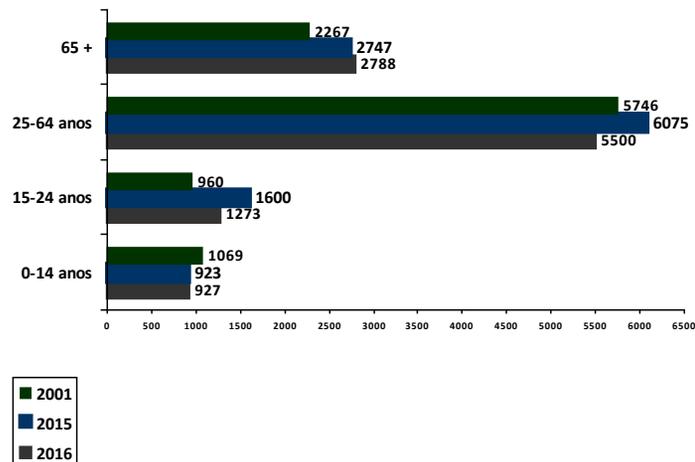


■ Número de residentes 2017

Fonte de Dados: INE/PORDATA, Última atualização: 15/06/2018

Podemos concluir que ao longo dos anos a população tem sofrido um duplo envelhecimento verificando-se o aumento do grupo etário dos 65 + e o grupo dos jovens (0-14 anos) a diminuir. O grupo da população potencialmente ativa (15-64 anos) tem aumentado ligeiramente ao longo dos anos.

Gráfico 4 - Evolução da população Residente, por grupos etários no Concelho de Óbidos



Fonte de Dados: INE/PORDATA

Nos últimos, cerca de, 35 anos a população portuguesa sofreu uma alteração no seu perfil etário, estando mais envelhecida, diminuindo o número de nascimentos drasticamente e, estas duas características apresentam-se em todas as regiões do país, a pirâmide populacional que em tempos se apresentava com uma forma de pirâmide jovem (em que a base é larga devido à elevada natalidade e o topo estreito, a mortalidade é significativa e a esperança média de vida reduzida), passa a uma pirâmide envelhecida (em que a base representa a população mais jovem, dos 0 aos 15/20 anos, é mais estreita do que a classe dos adultos, reflete uma baixa natalidade e um aumento da esperança média de vida).

Q.5 - População residente segundo o estado civil legal e o sexo, 2011

	CASADO			DIVORCIADO		
	HM	H	M	HM	H	M
Óbidos (total)	5727	2859	2868	666	318	348
A-dos-Negros	761	379	382	70	38	32
Amoreira	477	234	243	62	26	36
Olho Marinho	639	320	319	73	38	35
Vau	494	247	247	43	23	20
Gaeiras	1120	562	558	144	61	83
Usseira	485	243	242	47	28	19
StªMaria, S. Pedro e Sobral de Lagoa	1751	874	877	227	104	123

Fonte: Censos 2011

Segundo números da PORDATA por cada 100 casamentos, em 2011, registaram-se cerca de 55 divórcios. Já em 2016 realizaram-se em Óbidos 73 casamentos, 56 pelo civil e apenas 17 pelo regime católico.

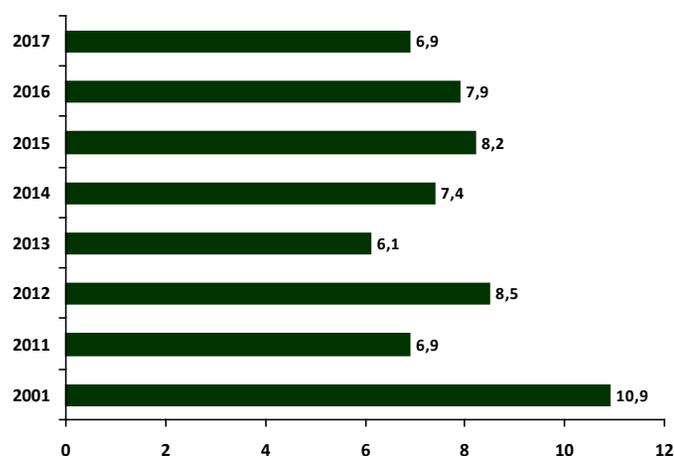
Uma das diferenças entre homens e mulheres diz respeito ao estado civil divorciado, as mulheres são uma maioria com 52,2% e, esta evidência regista-se na maioria na freguesia de Gaeiras.



NATALIDADE

No Gráfico 5 percebemos que a tendência tem sido para uma redução na taxa de natalidade no seio da população obidense. Em 10 anos, nomeadamente entre 2001 e 2011, e por cada 1.000 habitantes, nasceram no Concelho de Óbidos menos 4 crianças, números iguais terão a maior parte de outros concelhos, segundo dados estatísticos em 1986 nasceram em Portugal 126.715 crianças, em 2017 vimos este número diminuir para 86.154. Esta diminuição não tem como único fator determinante a fertilidade feminina ou masculina mas sim outros fatores: sociais, fisiológicos, empregabilidade e outros. O conhecimento de métodos contraceptivos e a crise económica de determinados períodos poderão ter contribuído para esta redução. Apesar deste decrescendo aos longo dos anos, podemos verificar que de 2014 para 2015 houve um ligeiro aumento em 0,8%, em 2017 voltamos a presenciar um novo decréscimo de um ponto percentual (1%).

Gráfico 5 - Taxa Bruta de Natalidade (%)



■ Taxa de Natalidade

Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA

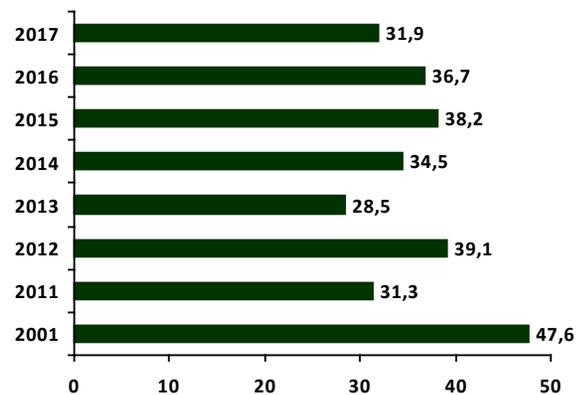


FECUNDIDADE

Se consultarmos a taxa de fecundidade no Concelho de Óbidos, que é a estimativa do número médio de filhos que uma mulher tem até ao fim do seu período reprodutivo, considerada entre os 15 e os 49 anos, também verificamos que houve uma redução. Por cada 1.000 mulheres em idade fértil em 2001 o número de filhos era de 47,6 em contraste com 2011 que baixou para 31,3, altura em que se realizaram os Censos. Podemos verificar que em 2015 fruto de um certo ânimo económico esta taxa voltou a subir estando na altura nos 38,2%, tendo contudo, diminuído novamente em 2017 para os 31,9%.

Conforme dados do Relatório sobre a Situação da População Mundial de 2010, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a taxa de fecundidade é de 2,52 filhos por mulher. Esse resultado confirma uma tendência mundial de redução no número de filhos. Esta queda da taxa de fecundidade é consequência de vários fatores, tais como projetos de educação sexual, planeamento familiar, utilização de métodos contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho, expansão da urbanização, entre outros.

Gráfico 6 - Taxa de Fecundidade Geral (%)



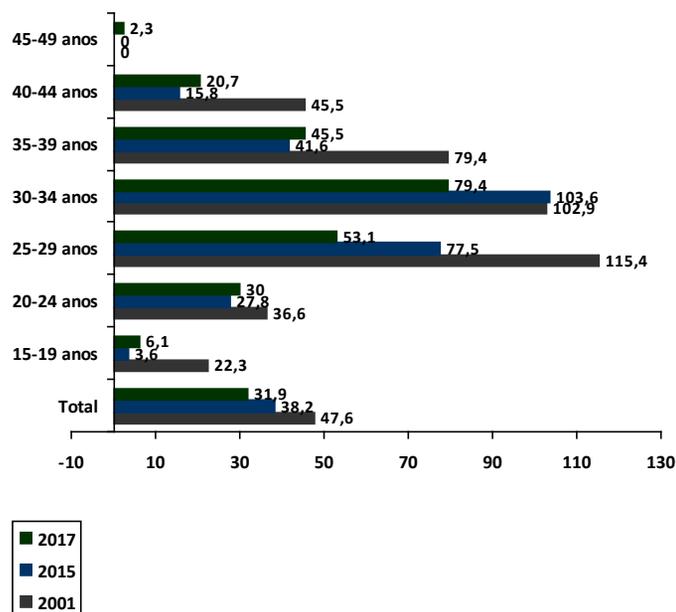
■ Taxa de Fecundidade

Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA

Por outro lado, é interessante verificar que a tendência é a mulher ter filhos cada vez mais tarde. É entre os 30 e os 40 anos que a mulher a residir em Óbidos, decide ter maioritariamente os seus filhos. No Gráfico 7 são visíveis estas diferenças.

De acordo com o documento “Determinantes da Fecundidade em Portugal”¹, baseado num inquérito à fecundidade feito em 2013 e no qual se relembra que Portugal tem dos mais baixos índices de fecundidade do mundo, há um “adiamento notório” da idade para se ser pai e mãe, estando a idade média de fecundidade nos 31,5 anos e as mulheres a terem em média o primeiro filho aos 30 anos, mais 4,5 anos do que na década de 1990. Este estudo revela também alguns fatores que levam ao adiamento em ter filhos, como o prolongamento de estudos, o momento da entrada no mercado de trabalho, a instabilidade ou falta de uma relação conjugal, a saída tardia da casa dos pais, pensar que ter filhos não é essencial para a realização pessoal e acreditar que é preferível menos filhos mas poder dar-lhes menores condições e oportunidades.

Gráfico 7 - Taxa de fecundidade por grupo etário (%), 2001, 2015, 2017



Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA

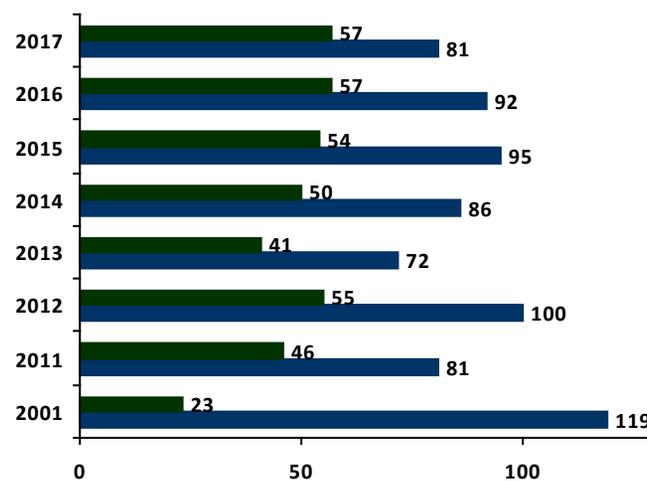
¹ Estudo elaborado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos, INE e Universidade de Évora



NADOS-VIVOS

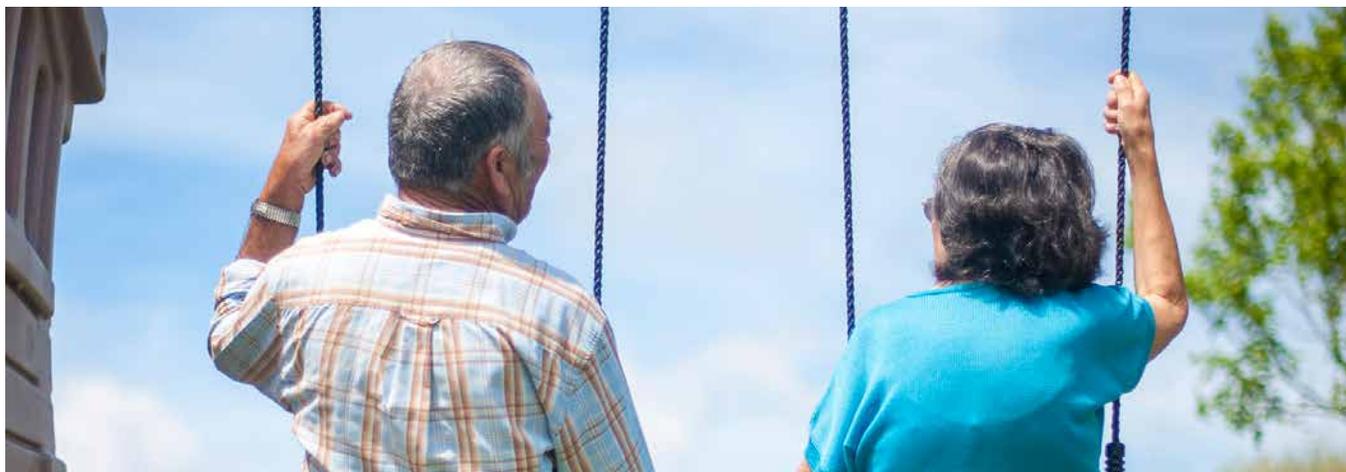
Também podemos verificar, pelo Gráfico 8, que o nascimento de bebés é cada vez menor e, que houve uma clara subida de nascimentos fora do casamento, já que em 2001 nasceram 23 bebés e em 2011 registaram-se um total de 46. Por cada 1.000 habitantes em 2015 terão nascido 8 crianças. A união de facto é cada vez mais comum, o sentimento de instabilidade (por exemplo o desemprego) e percepção de insegurança (no presente ou no futuro) “são fundamentais” na decisão de ter ou não filhos.

Gráfico 8 - Nados-vivos de mães residentes no Concelho de Óbidos: total e fora do casamento



■ Fora do casamento
■ Total

Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA



PENSIONISTAS

A Segurança Social, atribui, entre outras, as seguintes prestações sociais:

- Proteção na Invalidez - Pensão por Invalidez;
- Proteção na Velhice - Pensão por Velhice;
- Proteção por Morte - Pensão de Sobrevivência;
- Prestação Social para a Inclusão;
- Bonificação do abono de família para crianças e jovens com deficiência;

No quadro abaixo percebe-se que de 2001 até 2017 a tendência é o aumento das Pensões de Velhice. Em 2011 cerca de 29,8% da população do Concelho de Óbidos era pensionista, sendo a pensão mais auferida a pensão por velhice.

No Q.7 poderemos ver os dados totais entre pensões provenientes da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações, podemos verificar que no Concelho de Óbidos existe um maior número de indivíduos a receber pensões por parte da ISS, I.P., cerca de 3619 em 2017 para 452 da CGA.

Q.6 - Pensões da Segurança Social: total, velhice, invalidez e sobrevivência

	2001	2011	2012	2013	2017
Total de Pensões	3070	3514	3540	3564	3619
Velhice	2022	2344	2384	2401	2460
Invalidez	347	299	284	281	271
Sobrevivência	701	871	872	882	888

Q.7 - Pensões: total da Segurança Social e da CGA

	TOTAL			SEGURANÇA SOCIAL			CGA		
	2001	2011	2017	2001	2011	2017	2001	2011	2017
Portugal	-	3,535,422	3,632,849	2,528,926	2,943,645	2,987,136	-	591,777	645,713
Óbidos	-	3861	4071	3070	3514	3619	347	427	452

Fonte de Dados: ISS/MTSSS/CGA
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 19/06/2018

Em 2017 registavam-se no Concelho de Óbidos 3619 pensionistas da Segurança Social e 452 reformados, aposentados e pensionistas da CGA o que corresponde a 38,4% da população residente.

Q.8 - Reformados, aposentados e pensionistas da CGA no Concelho de Óbidos, 2011-2017

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total	347	362	387	419	427	434	452
Reformados e Aposentados	261	271	298	317	327	329	342
Pensionistas	86	91	89	102	100	164	110

Fonte de Dados: CGA/MTSSS
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 17/05/2018

Em Óbidos não existem respostas físicas de apoio a indivíduos portadores de deficiência, assim estes são encaminhados para Entidades/Instituições existentes em concelhos limítrofes, nomeadamente, Caldas da Rainha e Peniche (Centro de Educação Especial Rainha D. Leonor

- CEERDL e Cercipeniche respetivamente). Estes indivíduos frequentam diversas valências: CERISC, CERIN, CAO, Lar Residencial, Hidroterapia, Hipoterapia e, são provenientes de todas as freguesias do concelho.

Q.9 - Número de crianças, jovens e adultos a frequentar Entidades/instituições de apoio à deficiência, por tipo, 2017

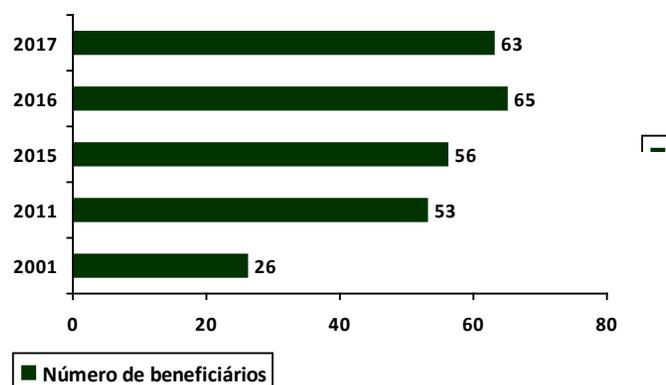
Valência	CERISC	CERIN	Lar Residencial	CAO/CEERDL	Hidroterapia Hipoterapia
Entidade/Instituição					
Cercipeniche	7	2	1	-	-
CEERDL	-	-	-	2/6*	5

* sem especificação da valência que frequentam

Fonte de Dados: Cercipeniche e CIS

De acordo com os dados fornecidos pela Segurança Social existiam no Concelho de Óbidos a receber o apoio da SS às famílias com jovens deficientes.

Gráfico 9 - Subsídio de bonificação por deficiência da Segurança Social- Pessoas a receber o apoio da Segurança Social às famílias com jovens deficientes

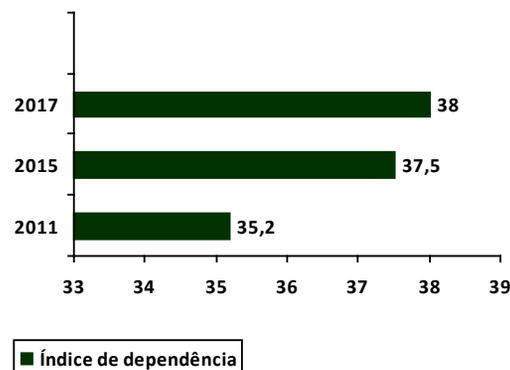


Fonte de Dados: II/MTSSS
Fonte: PORDATA
Última atualização: 27/02/2018

Com base em dados estatísticos apresentados no sítio PORDATA, relativamente a Óbidos, em 2014, a percentagem de jovens com menos de 15 anos é de 14%, a da população em idade ativa entre os 15 e os 64 anos é de 62,7% e os idosos com 65 e mais anos correspondem a 23,3%. Esta última é visivelmente superior à dos jovens.

Se consultarmos os valores referentes ao índice de dependência de idosos que se refere à relação entre a população idosa e a população em idade ativa verificamos que, em 2017, 38,0% da população do Concelho de Óbidos constitui este índice. O índice de idosos tem vindo a aumentar na Região Oeste Norte como claro resultado de um envelhecimento global da população.

Gráfico 10 - Índice de dependência de idosos - Idosos por 100 pessoas em idade ativa. Rácio



Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA

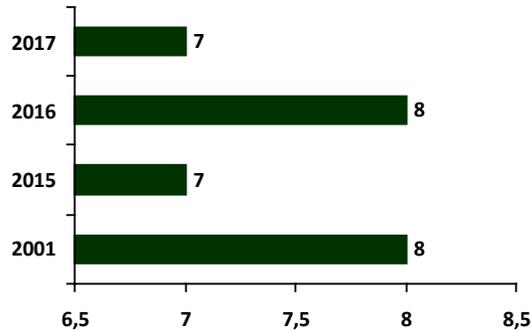
Poder-se-á ainda referir o índice de envelhecimento em que temos, como referência o ano 2014, 166 idosos por cada 100 jovens, já em 2016 por cada 100 jovens existiam no concelho 178,9 idosos. Para agravar esta situação podemos verificar que em 2001 registaram-se 119 nascimentos e volvidos 13 anos reduziram para 86.

Mais relevante ainda, no que respeita a esta constatação do envelhecimento populacional é o saldo natural em Portugal (diferença entre o total de nascimentos e o total de óbitos), que em 2001 tem um valor positivo de 7682 para uma população residente de 10.362.722 habitantes (pois o número de nascimentos é superior ao dos óbitos) e, em 2014 para uma população total idêntica o valor é de -22.476, ou seja, confirma-se uma taxa de natalidade muito inferior à taxa de mortalidade. Este índice de crescimento natural estará associado à atualidade sócio-económica do país, pois quanto melhor a infraestrutura, as condições sociais do país, tende a ser menor o crescimento natural.

Ainda relativamente à situação de dependência temos os dados do subsídio de assistência à 3ª pessoa que, em Óbi-

dos não tem um número muito significativo como se pode verificar no gráfico abaixo representado.

Gráfico 11 - Subsídio por assistência à 3 pessoa - número de indivíduos



■ Subsídio por assistência

Fonte de Dados: II/MTSSS
Fonte: PORDATA
Última atualização: 28/02/2018

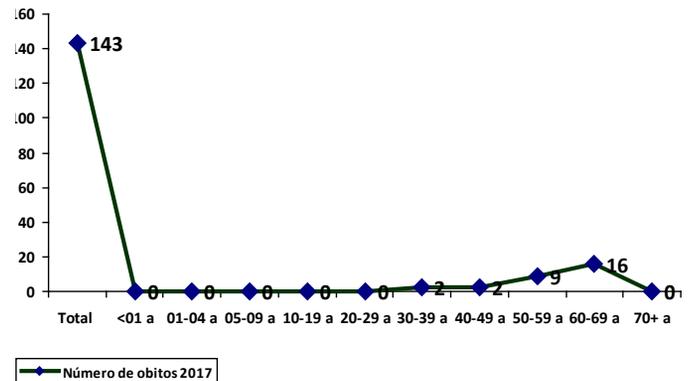
ÓBITOS

Por último, podemos averiguar os dados apresentados relativamente aos óbitos no concelho, onde também estes confirmam o já atrás referido em relação ao aumento da população e do número de pessoas idosas. Em 2001, por cada 1.000 residentes a taxa bruta de mortalidade era de 13,8, em 2011 o número desceu para 9,7 óbitos. Desde 2009 que se registam por ano mais óbitos do que nascimentos, tendo a mortalidade aumentado em cerca de 10% de 1986 para 2015.

Em 2016 registaram-se no Concelho de Óbidos 141 óbitos, no Gráfico 12 podemos verificar que é na faixa etária dos 70 ou mais anos que se regista o maior número de falecimentos (74 do sexo masculino e 67 do sexo feminino), estes números vêm confirmar o que vários estudos a nível mundial têm vindo a apontar que é um aumento da esperança média de vida.

Em 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou no seu relatório anual que a esperança média de vida de uma criança nascida em 2015 era de 71,4 anos (73,8 para as mulheres e 69,1 para os homens, ou seja, mais 5 anos do que em 2000). Neste relatório, Portugal aparece em 13º lugar, num grupo de 29 países do mundo, com a esperança média de vida mais alta com 81,1 anos.

Gráfico 12 - Óbitos de residentes no concelho: total e por grupo etário em 2017



◆ Número de óbitos 2017
Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA
Última atualização: 28/04/2017



COMUNIDADES MIGRANTES

Nos últimos anos, Portugal tornou-se também num destino para muitos imigrantes. Constituem cerca de 5% da população, 11% da população ativa e provêm de mais de 180 países. De facto, a imigração constitui hoje um fenómeno de grande dimensão, que tem necessariamente um impacto profundo na sociedade portuguesa.

Nos Censos de 1960, registava-se a presença de apenas 29 mil estrangeiros, dos quais 67% provinham da Europa, 22% eram brasileiros e apenas 1,5% africanos.

Após o 25 de abril de 1974, no seguimento da descolonização e dos dramáticos conflitos que posteriormente devastaram a maioria das ex-colónias portuguesas, aumentou sem cessar o número dos imigrantes africanos.

Em 1980, num total de 58 mil estrangeiros residentes em Portugal, 48% já eram oriundos de África, 31% da Europa e 11% da América Latina. Apesar do aumento, os valores continuaram pouco significativos em termos demográficos. A maioria destes imigrantes estava fortemente concentrada na Região da Grande Lisboa.

O grande surto da imigração em Portugal deu-se nos anos 90, em virtude de uma série de efeitos conjugados. A proveniência dos imigrantes diversifica-se, até aos anos noventa Portugal foi sobretudo procurado por habitantes lusófonos, atualmente predominam os oriundos dos países do leste da Europa e, estes espalham-se por todo o país.

Com a crise humanitária a que assistimos nos últimos anos veio e o grande fluxo de refugiados existente “obrigou” a União Europeia a criar medidas e recomendações para a recolocação e reinstalação destes indivíduos, pese embora Portugal tenha sido um dos países a aderir ao programa de acolhimento e integração de refugiados, tem sido pouco significativo o número de indivíduos que o país acolheu.

A distribuição geográfica da população estrangeira a residir em Portugal incide especialmente nas zonas costeiras, sendo o interior, pouco escolhido pelos estrangeiros. Em primeiro lugar encontramos Lisboa com 173.118 residentes estrangeiros, o distrito em que se insere o Concelho de Óbidos, Leiria, encontra-se em 5º lugar com 15.319 indivíduos, mais 4,6% que em 2015.

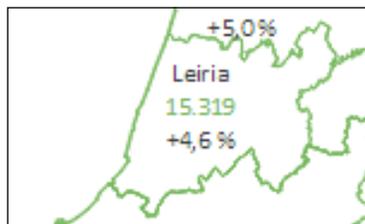


Fig.1 - Número de estrangeiros residentes no Distrito de Leiria em 2016
Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

Na figura ao lado podemos ver o panorama nacional relativamente ao número de estrangeiros a residir em Portugal Continental.

Apesar do litoral ser também a primeira escolha para residir pelos cidadãos estrangeiros, também é possível nas aldeias mais recônditas encontrar imigrantes, é um facto que já não constitui novidade. Em 2011 o número de população estrangeira com estatuto legal de residente em Portugal atinge 434,708 pessoas, onde 218,170 são homens. Os valores em 2015 representam cerca de 4% da população residente em Portugal.

- 1º Lisboa
- 2º Faro
- 3º Setúbal
- 4º Porto
- 5º Leiria
- 6º Coimbra
- 7º Aveiro
- 8º Santarém
- 9º Braga
- 10º Beja
- 11º Viseu
- 12º Évora
- 13º Castelo Branco
- 14º Viana do Castelo
- 15º Bragança
- 16º Portalegre
- 17º Vila Real
- 18º Guarda

Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

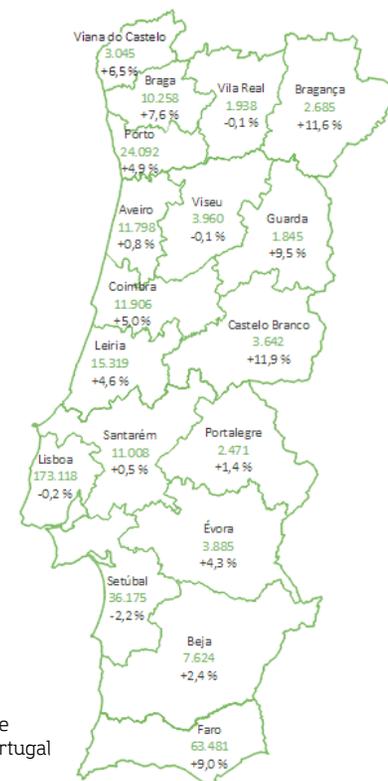


Fig.2 - Ranking do número de estrangeiros a residir em Portugal por Distrito em 2016

Q.10 - População estrangeira com estatuto legal, residente no Concelho de Óbidos: total e por sexo

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAL	506	512	503	571	545	603	629
Masculino	254	261	258	287	267	304	303
Feminino	252	251	245	284	278	299	326

Fonte de Dados: INE/SEF/MAI
Fonte: PORDATA
Última atualização: 31/07/2018

O número de estrangeiros a residir no Concelho de Óbidos tem oscilado ao longo dos anos, podemos verificar no Q.10 que nunca baixou para menos de 500 indivíduos, tendo o ano de 2017 registado o maior número com 629 residentes, também podemos apontar um grande equilíbrio entre os sexos, sendo bastantes equitativos os números entre homens e mulheres.

Atualmente, torna-se difícil delimitar a origem destes cidadãos a 3 ou 4 países, vêm de todos os pontos do globo, se não vejamos os dados estatísticos dos residentes estrangeiros no Concelho de Óbidos, relativos aos anos de 2016 e 2017 Q.11.

Q.II. - Número de cidadãos estrangeiros a viver no Concelho de Óbidos, por principais países de origem nos anos 2016 e 2017

	2016	2017		2016	2017
Total	603	629	Outros Países Europeus	121	156
Espanha	13	13	Angola	4	3
França	48	64	Cabo Verde	3	2
Reino Unido	132	149	Guiné- Bissau	1	2
Ucrânia	42	47	São Tomé e Príncipe	1	1
Roménia	97	47	Outros Países Africanos	4	10
Moldávia	4	2	Brasil	31	33
Outros Países Americanos	15	17	China	82	73
Índia	1	0	Outros Países Africanos	3	9

Fonte de Dados: INE/SEF/MA
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 31/07/2018

Consultando o número de residentes por migrações, segundo os Censos e, tendo por base o número total de residentes no Concelho de Óbidos, em 2011 - 11,772 habitantes, verificamos que a maioria dos residentes - 11,609 - se manteve a viver no município. Por outro lado, é curioso constatar que 466 pessoas decidiram mudar de município de residência, ou seja, escolheram o Concelho de Óbidos para viver. Em 2011 registaram-se 113 imigrantes oriundos de outros países e não se registaram emigrações para outros municípios, situação que poderá confirmar a qualidade de vida sentida nas diversas freguesias de Óbidos.

A Europa vive uma crise migratória de enormes proporções, guerra, pobreza, repressão política e religiosa são alguns dos motivos que fazem milhares de pessoas saírem dos seus países em busca de uma vida melhor no continente europeu. Síria, Afeganistão, Iraque e Eritreia estão entre os países de origem.

O relatório anual "Tendências Globais"², divulgado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), que se refere à situação em 31 de dezembro de 2015, com base em dados dos governos, de agências parceiras e do próprio ACNUR, mostra que o número de

2 "Global Trends - Forced Displacement in 2015", ACNUR, 2016

refugiados, requerentes de asilo e deslocados internos em todo o mundo, por guerras e conflitos, aponta um total de 65,3 milhões de pessoas - um aumento de quase 10% se comparado com o total de 59,5 milhões registado em 2014. Esta é a primeira vez que o deslocamento forçado ultrapassa o marco de 60 milhões de pessoas. No final de 2005, o ACNUR registou uma média de seis pessoas deslocadas a cada minuto. Hoje, esse número é de 24 por minuto.

Entre os países recetores, a Turquia é o país que mais abriga refugiados - um total de 2,5 milhões. O Líbano, mais do que qualquer outro país, tem a maior concentração de refugiados em seu território: são 183 para cada mil habitantes. Em proporção ao tamanho da sua economia, a República Democrática do Congo (RDC) é o país que acolhe maior número de refugiados: 471 por dólar do seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita.

Nos países industrializados, 3,2 milhões de pessoas aguardavam no final de 2015 a resposta às suas solicitações de refúgio. O interesse em Portugal como país recetor é inferior aos outros países. No Concelho de Óbidos, apesar de existirem poucos registos relativamente à população estrangeira encontramos-os em todas as freguesias.

2.2. HABITAÇÃO/HABITAÇÃO SOCIAL

Relativamente à habitação social no Concelho de Óbidos existe 1 edifício de habitação social na freguesia de Amoreira com 6 fogos e 5 fogos de casas pré-fabricadas no Bairro dos Arcos na freguesia de St^a Maria, S. Pedro e Sobral da Lagoa.

Q.12 - Alojamentos familiares clássicos segundo os Censos: total e por forma de ocupação - casas, como apartamentos ou moradias, ocupados ou vagos para alugar ou não

	TOTAL		OCUPADOS		VAGOS PARA ALUGUER		VAGOS OUTROS CASOS	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Óbidos	6203	8989	5509	7793	49	103	645	1093

Fonte de Dados: INE - X Recenseamento Geral da PopulaçãoIV e V Recenseamentos Gerais da Habitação
Fonte: PORDATA

Q.13 - Alojamentos familiares não clássicos segundo os Censos: total e por tipo

	TOTAL		BARRACAS		Outro tipo de alojamento	
	1981	2011	1981	2011	1981	2011
Óbidos	17	7	5	1	12	6

Fontes/Entidades: INE, PORDATA
Última atualização: 26/06/2015

Q.14 - Alojamentos familiares ocupados por instalações existentes segundo os Censos

	TOTAL		ÁGUA CANALIZADA		DUCHE/BANHO		INSTALAÇÕES SANITÁRIAS		ELETRICIDADE		COZINHA		ESGOTOS	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Óbidos	3934	4512	3856	4484	3684	4429	3640	4472	3903	X	3884	X	3871	4495

Fonte de Dados: INE, II, IV e V Recenseamentos Gerais de Habitação
Fonte: PORDATA
Última atualização de dados: 26/06/2015

Q.15 - Alojamentos familiares clássicos de residência habitual segundo os Censos: total, por ocupantes proprietários e por inquilinos (%) - onde há maior e menor percentagem de casas habitadas pelos próprios donos ou por arrendatários

	ALOJAMENTOS FAMILIARES CLÁSSICOS								
	TOTAL			OCUPANTES PROPRIETÁRIOS			INQUILINOS E OUTROS		
	1981	2011	2017	1981	2011	2017	1981	2011	2017
Óbidos	100	100	-	76,8	82,3	-	23,2	17,7	-

Fonte de Dados: INE, Estatísticas das Obras Concluídas
Fonte: PORDATA
Última atualização: 25/09/2018

Q.16 - Número de indivíduos por alojamento familiar clássico: quantas pessoas vivem, em média, em cada casa (apartamento ou moradia)

	2001	2017
Óbidos	1,4	Pre* 1,2

* Pre - Valor preliminar

Fonte de Dados: INE: Estatísticas das Obras Concluídas

Fonte: PORDATA

Última atualização: 25/09/2018

Q.17 - Valor médio das rendas de habitação social, por localização geográfica (Município) e Tipo de Contrato de Arrendamento: Anual³

	2015
Óbidos	21

Fonte de Dados: INE

Última atualização: 23/12/2016

SANIDADE HABITACIONAL

Q.18 - Água captada: total e por origem do caudal m3 - Milhares

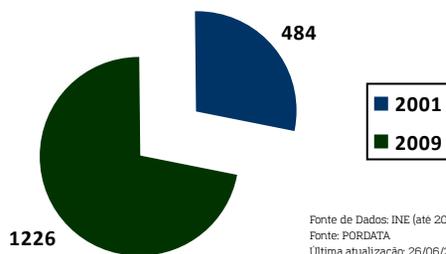
	ORIGEM DO CAUDAL					
	TOTAL		ÁGUAS SUBTERRÂNEAS		ÁGUAS DE SUPERFÍCIE	
	2001	2009	2001	2009	2001	2009
Óbidos	202	1996	X	1996	X	0

Fonte de Dados: INE (até 2005), INSAAR (a partir de 2006)

Fonte: PORDATA

Última atualização: 26/06/2015

Gráfico 13 - Água distribuída pela rede pública m3 - Milhares



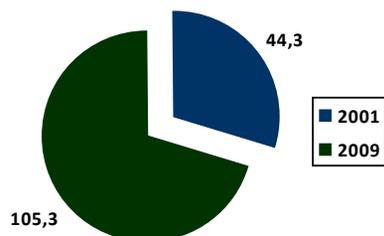
Fonte de Dados: INE (até 2005), INSAAR (a partir de 2006)

Fonte: PORDATA

Última atualização: 26/06/2015

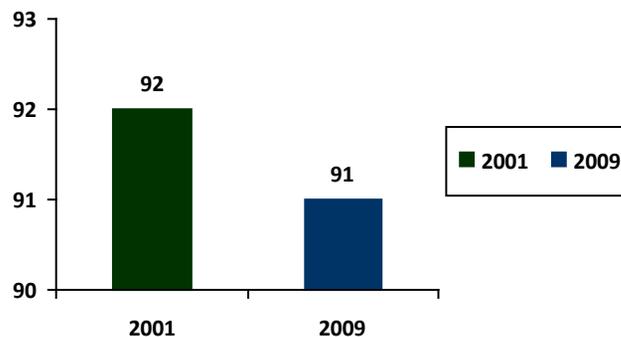
³ Total equivale à média ponderada considerando o valor médio e o número de contratos existentes para os vários tipos de contrato de arrendamento

Gráfico 14 - Água distribuída/consumida por habitante - Rácio



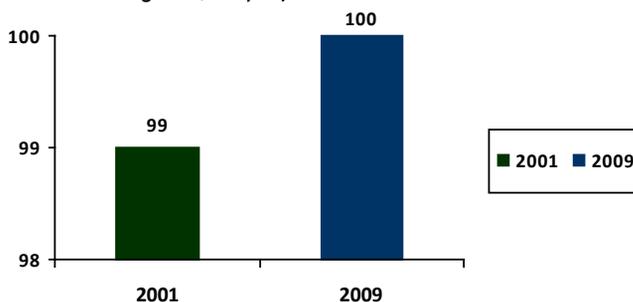
Fonte de Dados: INE (até 2005), INSAAR (a partir de 2006)
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 16/06/2016

Gráfico 15 - População servida por sistemas de drenagem de águas residuais %, Proporção %



Fonte de Dados: INE (até 2005), INSAAR (a partir de 2006)
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 26/06/2015

Gráfico 16 - População servida por sistemas públicos de abastecimento de água %, Proporção %



Fonte de Dados: INE (até 2005), INSAAR (a partir de 2006)
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 26/06/2015

2.3. SAÚDE

A saúde é tema central em todas as sociedades, a cada dia são gizados caminhos na busca de novas descobertas científicas, trilhados caminhos na obtenção de melhores respostas para as comunidades locais quer através de um maior acompanhamento profissional como de melhores infraestruturas.

Na sequência da vida apressada das populações, os hábitos alimentares ou os estilos de vida inadequados são muitas vezes a causa para os problemas de saúde existentes, a concretização de projetos promotores de saúde tem sido uma aposta tanto a nível nacional como local.

Falar de saúde é falar em vida, é preciso cuidá-la!

S.N.S. - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

São quatro os valores fundamentais sobre os quais se fundamenta o Sistema de Saúde: universalidade, acesso a cuidados de qualidade, equidade e solidariedade.

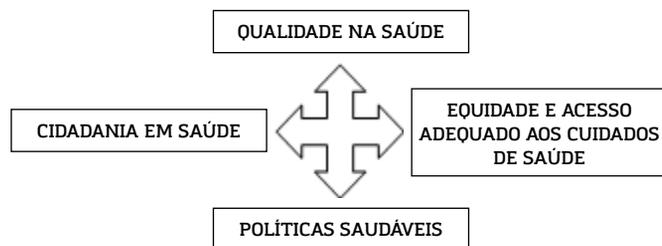
O Plano Nacional de Saúde rege-se sob os valores de excelência técnico-científica, transparência, participação e envolvimento dos atores do Sistema de Saúde Português, pretende maximizar os ganhos na saúde da população, o alinhamento e a integração dos esforços de todos os atores da sociedade, sempre com vista no acesso, qualidade e políticas saudáveis e cidadania.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 foi revisto e alargado a 2020, estando alinhado com os princípios e orientação da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão 2020, Anexo II).

O Plano aponta 3 grandes metas:

- redução em 20% da taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos);
- aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade;
- redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente, o consumo e exposição ao fumo do tabaco e a obesidade infantil;

Deste documento orientador das políticas de saúde foram atualizados os quatro eixos estratégicos que transitaram do PNS anterior:



O Plano Nacional de Saúde é um documento estratégico com uma presença cada vez maior em vários países, permite coerência global entre políticas de saúde obtendo ganhos em saúde para as populações desses países.

“Um Plano Nacional de Saúde deve:

- *Resulta de uma análise crítica do estado de saúde da população, com identificação das suas necessidades em saúde, dos recursos sociais existentes e do sistema de saúde aplicado como resposta às necessidades identificadas;*
- *Identificar os principais determinantes de saúde, fazendo corresponder intervenções de promoção de saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce,*

minimização e controlo da doença e reabilitação adequada;

- *Ser um instrumento para identificação de responsabilidades dos vários atores e responsáveis de saúde, de alinhamento de políticas, de rentabilização de recursos, de monitorização do impacto e de avaliação das suas atividades;*
- *Ser a base para uma linguagem e um referencial comum de planeamento, monitorização e avaliação em saúde;”*

A Região Oeste Norte, que integra os concelhos de Alcobça (54.124 habitantes), Bombarral (12.582 habitantes), Caldas da Rainha (51.605 habitantes), Nazaré (14.268 habitantes), Óbidos (11.709 habitantes) e Peniche (26.683 habitantes), apresenta uma densidade populacional na ordem dos 170.971 habitantes (números relativos a 2017, PORDATA) e, pese embora, apresente uma oferta de profissionais de saúde por habitante bastante inferior às médias regionais e nacionais, um problema como é óbvio não só desta região mas de todo o nosso país, os dados estatísticos da saúde indicam-nos um excesso no uso dos serviços de urgência hospitalares.

OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O Decreto - Lei 28/2008 de 22 de fevereiro criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) reestruturando a prestação de cuidados de saúde primários. Esta nova organização assenta em unidades de saúde funcionais: Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo integra 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

A portaria 276/2009 de 18 de março criou o ACeS Oeste Norte que integra o Concelho de Óbidos conjuntamente com os concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré e Peniche; este ACeS com uma população abrangida de cerca de 200.000 utentes e uma área territorial de 1.502 Kms² é um dos 15 que integra a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

A sua missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários visando a obtenção de ganhos em saúde para a população. Para tanto são desenvolvidas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para continuidade de cuidados. São igualmente desenvolvidas

atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, avaliação de resultados, perfil de saúde e desenho de intervenções prioritárias, bem como a formação de profissionais. Uma intervenção particular diz respeito ao exercício das funções de Autoridade de Saúde que deve ser entendido como a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a Saúde Pública e sediada na USP.

O ACeS ON procura assegurar as condições necessárias para uma atitude de permanente inovação assistencial, científica e tecnológica, com base no planeamento em saúde e promovendo uma estreita ligação entre as suas atividades e a comunidade em que se integra.

Q. 19 - Número de médicos, enfermeiros e outros profissionais, Óbidos 2018

Localidade	Ano	Médicos	Enfermeiros	Outros profissionais	Observações
UCSP Óbidos - sede	2018	3	3	2 AT*	1 médico com 20h, com consulta personalizada diariamente; 1 médico com horário completo; 1 médico à 2ª feira período da tarde, 4ª feira todo o dia e 6ª feira no período da manhã
UCSP A-dos-Negros	2018	1	1	1	Consultas 2ª feira no período da manhã e 3ª e 5ª feira todo o dia; Consultas de vigilância realizadas no pólo
USF Bordalo Pinheiro Pólo Gaeiras	2018	1	1	1 AT*	Consultas 2ª feira todo o dia, 3ª e 5ª feira período da manhã e 4ª feira período da tarde
UCSP Amoreira	2018	1*	1*	1 AT*	Consultas médicas 3ª e 5ª feira todo o dia; Consultas de vigilância realizadas na sede às 6ª feiras período da manhã
UCSP Olho Marinho	2018	1	1	1 AT*	Consultas médicas 2ª e 4ª feira todo o dia; Consultas de vigilância realizadas na sede às 6ª feiras período da manhã
UCSP Vau	2018	1	1	1 AT*	Consultas médicas diárias; Consultas de vigilância realizadas no pólo
URAP	2018			2 psicólogos	De um total de 3 afetos a todo o ACeS
				1 Higienista Oral	Responde também à Nazaré
				1 Médico Dentista e 1 Assistente	Para todo o ACeS
				1 TSS* ²	De um total de 4 para todo o ACeS
ULSP	2018			1 MSP/AS 1 TSA 1 Médico Interno	

*Assistente Técnico

*1 Profissionais partilhados entre o Pólo de Amoreira e Olho Marinho

Fonte de Dados: Centro de Saúde de Óbidos

A UCSP de Óbidos integra médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar (5) e enfermeiros (7, sendo 3 especialistas), que asseguram cuidados de saúde nas seguintes vertentes: cuidados assistenciais individuais (consultas) na doença aguda e crónica (acompanhamento da Diabetes Mellitus, Hipertensão, outras), muito importante também são os cuidados de vigilância em Saúde Materna, Planeamento Familiar e Saúde Infantil. Estas últimas áreas de vigilância estão balizadas por programas nacionais da DGS e Ministério da Saúde, com objetivos, atividades e cronogramas definidos.

Podemos ainda referir os rastreios realizados no âmbito dos cuidados de saúde primários, dos quais se destacam:

- “Teste do Pézinho” - através da recolha de uma gota de sangue do pé do recém-nascido, entre o 3º e o 6º dia de vida, posteriormente analisado na Unidade de Rastreio Neonatal, permite identificar algumas doenças metabólicas e genéticas e prevenir precocemente o desenvolvimento dessas patologias, evitando por exemplo a deficiência mental, alterações neurológicas e hepáticas.
- Rastreio do cancro do colo do útero;
- Rastreio do cancro do intestino (cólon e reto);
- Rastreio das lesões da pele;
- Rastreio do cancro da mama;
- Rastreio do cancro da próstata;
- Rastreio da visão - realizado a crianças de 2 e 4 anos de idade inscritos nas unidades de saúde do ACeS. Iniciado em 2018 é de base populacional, sendo convocadas as crianças que completem, no semestre considerado os 2 anos. Aos 4 anos são convocadas as crianças que no exame anterior faltaram, que tiveram resultado negativo ou que, com resultado positivo não desenvolveram deficiência visual (ambliopia). Os exames são avaliados por um médico especialista de um serviço de oftalmologia hospitalar.

A UCSP de Óbidos trabalha e apoia os cidadãos em áreas tão diversas como: saúde ambiental, higiene e segurança dos estabelecimentos de ensino, saúde escolar, vigilância sanitária da água de piscinas, entre outros; Por outro lado é promotora e desenvolve projetos como: sopa.come, pão.come; Leva ainda a cabo consultas em diferentes áreas como: alcoolismo, tabagismo, consulta do viajante, entre outras; No Anexo IX podemos conhecer melhor todo o trabalho da UCSP Óbidos.

BI - CSP

Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI - CSP) é a nova ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde que espelha a realidade nacional dos CSP. Relativamente ao CSP de Óbidos podemos verificar no Anexo III os dados constantes deste BI.

PLS - PLANO LOCAL DE SAÚDE (Anexo IV)

O Plano Local de Saúde 2014/2016 (PLS) é um documento estratégico que teve na sua génese o objetivo de estabelecer metas, metodologias e parcerias entre diferentes atores que em conjunto podem trabalhar no sentido de melhorar a saúde da população da Região Oeste Norte neste caso para o triénio 2014/2016 (este PLS encontra-se em vigor atualmente, 2018).

Este PLS foi dividido por áreas nas quais se pretendia intervir, definindo prioridades e ações que se queriam ver desenvolvidas, os quadros humanos afetos a cada uma delas com as funções, sempre de olhos postos na meta final a atingir.

Chegar a consensos nem sempre é tarefa fácil, contudo, o PLS 2014-2016 assim o exigia. Por forma a tornar esta tarefa de consensualização mais fácil, utilizou-se a metodologia “Multi - Criteria Decision Analysis” - Análise de Decisão com Múltiplos Critérios (ADMC).

A ADMC é construída com base em métodos e critérios definidos que apoiam a discussão e a deliberação. Na sua essência está o apoio à tomada de decisões tendo em conta dois ou mais critérios que são considerados em simultâneo e de forma explícita, normalmente, esta metodologia é usada quando estamos perante grupos, grandes e multidisciplinares que por força das diferentes áreas em que trabalham poderão ter opiniões diferenciadas.

Do trabalho efetuado por todos os profissionais envolvidos resultou uma lista de problemas, fundamentações e causas dos mesmos, a partir dos quais se trabalhou com a meta de os minimizar ou extinguir.

No Anexo I do PLS 2014-2016 enumeram-se todas as intervenções propostas. Este Plano da Região Oeste Norte foi gizado para o triénio 2014/2016 mas o mesmo continua em vigor em 2018, como já referimos anteriormente e, nele participaram os profissionais de saúde de todas as Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACeS ON) e diferentes parceiros das comunidades envolvidas.

Segundo o Coordenador da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, no seu texto introdutório no PLS 2014-2016, a nível local foram indicadas intervenções em espaços e grupos populacionais considerados prioritários beneficiando a promoção da saúde e o diagnóstico precoce da doença, a inovação ao nível das intervenções, a capacitação dos recursos assim como, a valorização das sinergias entre instituições. O Coordenador da USP Zé Povinho refere ainda que todo o planeamento terá tido por base o Perfil de Saúde de ACeS ON que havia sido elaborado muito recentemente e ao qual fazemos referência e que pode ser consultado no Anexo V.

O programa “Familiarmente” desenvolve-se por iniciativa e a partir da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho (Oeste Norte), suportado na intervenção familiar e sistémica, dá

resposta aos concelhos do Bombarral, Alcobaça, Nazaré, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche. O serviço encontra-se sediado na ULSP Óbidos sob a coordenação da médica de Saúde Pública e Terapeuta Familiar.

A família é o pilar fundamental na vida de um ser humano, é o suporte da formação e desenvolvimento, constituída por pessoas que estabelecem entre si ligações emotivas, redes de suporte complexas, diferentes das que são estabelecidas com os pares fora desta dinâmica.

Este programa disponibiliza o recurso a uma intervenção que visa contribuir para a resolução de eventuais problemas no seio familiar e/ou dificuldades no âmbito da dinâmica relacional funcional, familiar ou comunitária.

A referenciação pode ser feita pelo médico de família ou pelos profissionais de enfermagem das Unidades de Cuidados na Comunidade (a identificação do caso deve ser feita sempre desde que haja acordo expresse da família/indivíduo). Pode também ser o próprio utente/família a solicitar este acompanhamento. Outros profissionais (escolas, CPCJ, por exemplo) podem igualmente propor o acompanhamento em terapia familiar, desde que seja do acordo dos próprios.

Em Óbidos este programa “Familiarmente” propõe para o concelho ainda outra forma de intervenção através do sub-projeto “Um amigo especial”. Uma articulação direta entre o Município, através do veterinário municipal, com o envolvimento de um elemento animal, normalmente um cão, utilizado como recurso terapêutico. À terapeuta familiar cabe a seleção e avaliação das situações, dando a indicação dos pacientes que se enquadram no perfil para usufruir deste tipo de intervenção, acompanhando o desenvolvimento do processo terapêutico, tendo esta sessão lugar no Centro de Saúde de Óbidos. Ao veterinário municipal cabe a seleção/avaliação/preparação do animal, adequando o mesmo a cada caso.

Estes animais terapêuticos estão integrados no canil municipal, local onde se podem desenvolver algumas das atividades previstas na terapêutica, pode acontecer ainda a integração do próprio animal na vida familiar do agregado familiar, esta situação carece de uma avaliação cuidada tanto ao nível do espaço (casa da família) como das eventuais alterações que precisem ser feitas e, nesse caso poderá ir a terreno a Técnica de Saúde Ambiental.

Estas intervenções têm lugar em setting de grupo/turma/instituição. Os processos terapêuticos nestes contextos têm os seguintes pressupostos: diluição do caso(s), problema(s) identificado(s) e sua progressiva normalização; ativação dos recursos do próprio e do grupo (capacidade coletiva); o cão é o potenciador da missão/ação, pela empoção também de sentimentos e afetos positivos e gratificantes, o cão é o protagonista e alvo de uma ação coletiva que o prepara para um outros contexto em que vai ajudar “alguém” (ERPI por exemplo), estabelecendo um foco bom e positivo.

Desenvolveram-se assim intervenções em 2017 e 2018 no Complexo Escolar dos Arcos (1 turma do 3º ano e outra de 4º ano) e em 2017 no Complexo do Furadouro (sala de leitura/terapia da fala), intervenção com integração de um animal numa Instituição com ERPI em Ferrel, Concelho de Peniche, com resultados bastante positivos e uma tentativa não concretizada de intervenção noutra instituição no Concelho de Óbidos.

Em julho de 2018 deu-se início a uma atividade de tipo comunitário com frequência mensal que são as “Caminhadas com um Amigo Especial”, constitui-se um grupo de forma espontânea, com o objetivo anunciado de participar em caminhadas com alguns cães selecionados do Canil Municipal de Óbidos, os participantes podem também trazer o seu próprio cão. Pessoas e animais partilham um percurso de 4 a 5 km, sempre diferente. A interação social potencia o equilíbrio e bem estar de todos os partici-

pantes (humanos e animais), promovendo a saúde física, mental e social de todos. Foram já realizadas 6 edições, com grande adesão.

É importante salientar que o projeto “Amigo Especial” foi candidato à Missão Continente 2015, tendo sido um dos premiados.

Também no âmbito do Familiarmente encontra-se em fase de conclusão o sub-projeto “Os Silva - Vivendo Familiarmente” que, a partir de uma peça de teatro criada originalmente pelo grupo de teatro da Escola Secundária de Peniche, deram lugar a formações de abordagem às questões colocadas às famílias, no âmbito do seu ciclo de vida, bem como do desenvolvimento social, ético e dos direitos humanos que, de uma forma globalizada se têm verificado e às quais se impõe a adaptação possível.

Tiveram lugar os seguintes seminários:

- “ O teatro muda-nos” - apresentação do projeto na Escola Secundária de Peniche, comunicação feita por José Ramalho, diretor artístico do Teatri Figura e criador do espetáculo “Contos do Mundo”. Participação também de Mário Durval, Delegado Regional de Saúde e homem do teatro que comentou e enquadrou o tema na saúde (30 de junho de 2017);
- “A propósito d Josefa de Óbidos...” - tertúlia. Participação do professor Nicolau Borges, coordenador do Centro de Formação de Professores do Oeste e historiador que refletiu sobre a figura de Josefa de Óbidos, como artista dista e como mulher, intervenção também de Fátima Pais como responsável do projeto que abordou alguns aspetos pertinentes nomeadamente o efeito ainda presente da Carta Guia de casados de Francisco Manuel de Melo, ainda Katy Gisela, médica de Saúde Pública que explicou alguns aspetos da situação da mulher em contextos culturais diversos (28 de julho de 2017);

- “Os Silva - Vivendo Familiarmente” - Campo Aventura - “Família no séc. XXI como e para quê?” - agir, pensar, aprender - abordagem ao conceito família, funções e ciclo vital utilizando metodologias ativas, este workshop foi precedido por atividades de desafio individual e de grupo (29 de setembro de 2017);
- “Quem conta um conto...” - colóquio desenvolvido por Mafalda Milhões (Editora Bichinho de Conto), sobre o papel dos contos na transmissão de valores e ideias no contexto das sociedades e das famílias em particular (24 de janeiro de 2018);
- Participação nas Jornadas Pedagógicas do Centro de Formação de Professores do Oeste com workshop relativo aos Silva e as abordagens possíveis à família.

Neste momento encontra-se em construção um DVD que pretende constituir-se como suporte a ações de formação e reflexão sobre a temática da família.

PERFIL DE SAÚDE 2017 (Anexo V)

No ano letivo 2015/2016 foi desenvolvido, pela USP Zé Povinho, um estudo que abarcou os alunos do Ensino Secundário (10º, 11º, 12º ano) de todas as escolas que possuem Cursos Científico - Humanísticos dos concelhos do ACeSON, neste estudo avaliaram-se os hábitos de saúde e comportamentos de risco dos adolescentes, este estudo foi feito a partir da aplicação de questionários.

Deste estudo e relativamente ao consumo de substâncias conclui-se que 90,8% já experimentou álcool, 53,2% já tiveram contato com tabaco, 23% já consumiram marijuana ou seus derivados e 3,8% já experimentaram outras substâncias psicoativas.

Quanto aos comportamentos de risco relacionados com a vida sexual, segundo o documento do Perfil de Saúde 2017, 49,5% dos alunos matriculados no 12º ano já tiveram relações sexuais tal como 25,5% dos alunos que frequentam o 10º ano, no que concerne ao uso de preservativo na primeira relação sexual 10,2% afirmou não ter feito uso do mesmo contra 89,8% que usou preservativo.

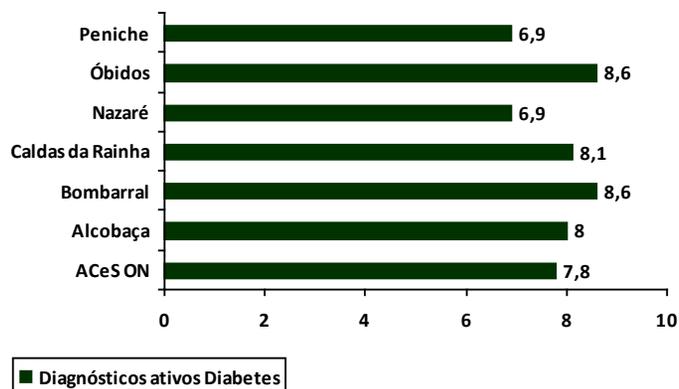
No Concelho de Óbidos, em concreto, foi realizado um estudo sobre os estilos de vida dos alunos do Ensino Secundário no ano 2016, a investigação foi aplicada a uma amostra de 51 alunos, os resultados são em alguns casos preocupantes e importantes de analisar pelos profissionais de cada área.

No que concerne à alimentação, em 2011, a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN) lançou um documento sob o título “Alimentação adequada! Faça mais pela sua saúde”, onde definem na introdução o que se entende por alimentação saudável e adequada. Para além de ser claro para todos que este tipo de alimentação é um meio inegável para um crescimento e desenvolvimento adequados, este e-book faz a relação entre a qualidade e a quantidade de consumos, algo que segundo os autores

ajuda a evitar a carência ou excesso de alguns alimentos ajudando num melhor estado de saúde.

No Relatório do Perfil de Saúde 2017 (Anexo V) são ainda abordados outros temas como o Diagnóstico de Diabetes, em que o Concelho de Óbidos e do Bombarral se apresentam com o maior número de diagnósticos ativos da doença (8,6%).

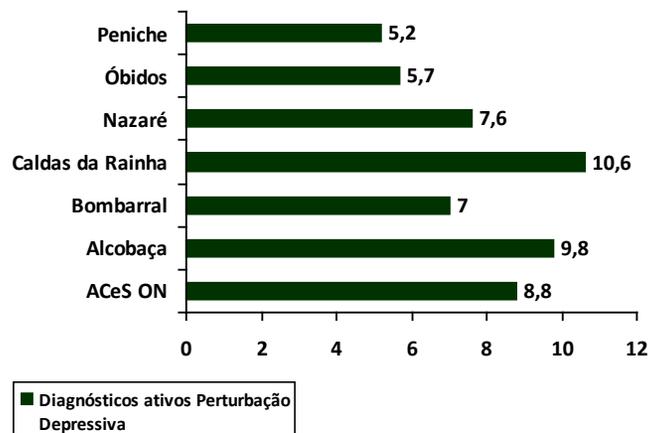
Gráfico 17 - Proporção (%) de diagnósticos ativos de “Diabetes” nos inscritos nas unidades CSP, valor médio do triénio 2013/2015



Fonte: Região Oeste Norte, Perfil de Saúde 2017
Dados: SIARS
Fonte: DE

Quanto às perturbações depressivas, o relatório aponta para um aumento da taxa de mortalidade por suicídio e lesões auto provocadas em todo o ACeS ON.

Gráfico 18 - Proporção (%) de diagnósticos ativos de “Perturbação Depressiva” nos inscritos nas unidades de CSP de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche: média do triénio 2013 - 2015



Fonte: Região Oeste Norte, Perfil de Saúde 2017
Dados: SIARS
Fonte: DE

Centremo-nos no estudo realizado no Concelho de Óbidos atentos em alguns resultados:

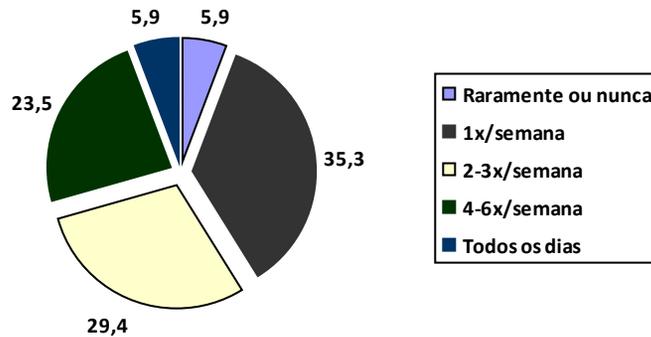
- Média de doses de fruta consumidas: 1,3 doses/dia por alunos;

Ora o documento elaborado pela APN refere que a dose diária de fruta consumida deveria situar-se entre 3 e 5 peças diárias.

- Média de doses de vegetais consumidas: 2,0 doses/dia por aluno (meia chávena de vegetais cozinhados ou 1 chávena de vegetais crus);

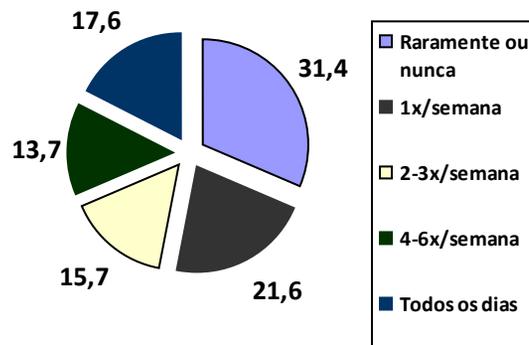
O estudo indica-nos que o ideal seria o consumo de 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas cruas (180g).

- Frequência do consumo de doces:



A OMS recomenda o consumo de apenas 50g/dia.

- Frequência do consumo de refrigerantes:



Segundo as orientações da UE no que à atividade física diz respeito relativamente aos jovens em idade escolar, estas apontam para que seja levada a cabo, diariamente, uma atividade moderada a vigorosa durante 60 minutos. Estas atividades devem ser adequadas tendo em conta a faixa etária, apelativas em termos de dinâmicas e variedade.

Quanto ao estudo efetuado em Óbidos os dados apontam para apenas uma média de 2,4 dias/semana de exercício físico muito abaixo das orientações políticas para a promoção da saúde e do bem-estar.

Foram estudados também os comportamentos de risco, designadamente na área dos consumos e experiências sexuais. Da amostra em estudo, 51 alunos, relativamente à experimentação de tabaco 23,5% dos rapazes afirmava já o ter feito sendo o valor mais elevado no sexo feminino em que temos um valor de 35,3%, a junção dos dois valores indica-nos que mais de metade dos constituintes da amostra já experimentaram fumar tabaco.

No que diz respeito à experimentação de álcool o caso torna-se ainda mais alarmante pois 88,2% de rapazes e 85,3% de raparigas afirmaram já ter tido contato com esta substância, é importante lembrar que este estudo foi aplicado a alunos do Ensino Secundário o que nos remete para alunos com uma média de idades entre os 14/15 anos - 17/18 anos.

Na experimentação dos derivados da cannabis como de outras substâncias psicoativas ilegais os números apontam-nos para 0,0% de rapazes e de 11,8% e 5,9% respetivamente de raparigas.

Nas experiências sexuais o uso de preservativo (pelo próprio ou parceiro) parece começar a deixar de ser um tabu, 100% dos rapazes afirma tê-lo usado na primeira relação sexual enquanto que apenas 62,5% das raparigas o afirma ter feito, no entanto, estes números não nos indicam se, pese embora o tenham feito na primeira relação sexual mantida, se perpetuam este comportamento daí para a frente.

Ainda no que diz respeito à saúde na infância e adolescência foi elaborado para o triénio 2014-2016 um Plano de Atividades que de acordo com a Orientação nº8/2010 da DGS (e Orientação nº 014/2013 de 28 de outubro da DGS) refere que a gestão do PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar - seria atribuída à Unidade de Saúde Pública a quem competia, nomeadamente:

1. Propor superiormente a equipa de Saúde Escolar, definida em articulação com os coordenadores das restantes unidades funcionais;
2. Propor superiormente o Plano de Ação da Saúde Escolar do ACeS elaborado pela equipa, sob a coordenação do seu responsável;
3. Orientar e mobilizar os profissionais de saúde das diversas unidades funcionais, em torno de respostas céleres e colaborativas com os Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas no desenho do projeto de promoção e educação para a saúde em meio escolar;
4. Facilitar parcerias com a comunidade que promovam sinergias numa dinâmica de ganhos mútuos;
5. Monitorizar e avaliar o PNSE;

Para levar a cabo o PNSE o trabalho foi feito por equipas multidisciplinares que incluíam, entre outros, profissionais da USP e de outras unidades funcionais como as UCC. Foi proposto para o triénio 2014 - 2016 a continuidade da execução de atividades nas áreas da saúde individual e coletiva, da inclusão escolar, do ambiente e saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis, assim como outras ações mais orientadas para a própria comunidade escolar (Anexo VI).

CUIDADOS HOSPITALARES

De acordo com a R.C.M. n.º 39/2006. de 21 de abril, bem como da Lei Orgânica das ARS, IP (D.L.n.º 222/2007, de 29 de maio), o âmbito de jurisdição da ARSLVT, IP abrange os Distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria.

Encontram-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo 22 unidades hospitalares, das quais 8 são centros hospitalares.

O Centro Hospitalar do Oeste (CHO) foi constituído em novembro de 2012, a área de influência é nos concelhos de Alcobaca (freguesias de Alfeizerão, Benedita e S. Martinho do Porto), Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Mafra (com exceção das freguesias da Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés e Venda do Pinheiro) e é composto pelas unidades hospitalares de Caldas da Rainha, Peniche, Torres Vedras e Barro. Este centro abrange 292.546 habitantes diretamente, por ser a unidade hospitalar de referência na prestação de cuidados de toda a Região Oeste oferece diversas especialidades médicas e cirúrgicas assegurando ainda duas urgências médico - cirúrgicas, uma urgência básica, duas urgências pediátricas e uma urgência obstétrica/ginecológica.

O CHO aposta no ensino e formação dos profissionais que o compõem, o que se reflete no trabalho de equipa e na qualidade dos serviços prestados, esforço recompensado pela certificação dos serviços de Medicina Transfusional e Cirurgia de Ambulatório.

Unidades Hospitalares

- Hospital das Caldas da Rainha
- Hospital de Peniche
- Hospital de Torres Vedras
- Hospital do Barro

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua residência, como em unidades de internamento da RNCCI:

- Unidades de Convalescença;
- Unidades de Média Duração e Reabilitação;
- Unidades de Longa Duração e Manutenção;
- Unidades de Cuidados Paliativos;
- Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);

Apesar de fisicamente o Concelho de Óbidos não possuir nenhuma das unidades referidas anteriormente, as mesmas não se encontram longe geograficamente, estando assim a população protegida e abrangida.

COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

A DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências é um serviço central da ARSLVT, I.P. [alínea g) do n.º2 do Artigo 1º, da Portaria n.º161/2012 de 22 de maio, alterados pela Portaria n.º211/2013 de 27 de junho], cuja missão é promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, na área de abrangência da ARSLVT, I.P..

A sua atividade desenvolve-se no território através de 8 Unidades de Intervenção Local. dispondo de 350 técnicos que desenvolvem atividades nas diferentes áreas de intervenção do domínio dos Comportamentos Aditivos e

Dependências (Prevenção, Redução de Risco e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção). No âmbito do tratamento existem 3 respostas em Internamento, Unidade de Desabilitação, Unidade de Alcoologia e Comunidade Terapêutica e, 15 respostas em ambulatório, contando ainda com várias consultas descentralizadas.

Para a nossa região temos o Centro de Respostas Integradas (CRI) do Oeste, constituído pela:

- Equipa de Tratamento de Caldas da Rainha;
- Equipa de Tratamento de Peniche;
- Equipa de Tratamento de Torres Vedras;

A articulação da intervenção/pedidos ao nível regional no âmbito da Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências, deve ser efetuada na sede do CRI do Oeste em Torres Vedras. No oeste, existem dois espaços de atendimento/consultas para jovens.

CALDAS DA RAINHA

O atendimento a adolescentes/jovens é efetuado no mesmo espaço físico da Equipa de Tratamento das Caldas da Rainha mas prevê-se que passe para o Centro de Juventude das Caldas da Rainha.

O âmbito geográfico de resposta é Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche.

TORRES VEDRAS

O atendimento a adolescentes ocorre no mesmo edifício da Equipa de Tratamento de Torres Vedras, mas no piso inferior com entrada direta. A consulta é denominada de GAJA (Gabinete de Atendimento a Jovens e Adolescentes).

O âmbito geográfico de resposta é Cadaval, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Mafra e Torres Vedras.

REDE DE PRESTADORES CONVENCIONADOS

A rede de prestadores convencionados da ARSLVT é extensa, com diferentes entidades com acordo para prestação de cuidados de saúde na zona oeste norte. Entidades de natureza privada e social, nas áreas de :

- Análises clínicas;
- Cardiologia;
- Endoscopia;
- Gastroenterologia;
- Hemodiálise;
- Internamentos e intervenções cirúrgicas;
- Medicina física e de reabilitação;
- Radiologia.

No que diz respeito à aquisição de medicamentos e outros produtos de higiene e saúde o Concelho de Óbidos tem ao dispor dos seus habitantes 4 farmácias:

- Farmácia Oliveira (Óbidos);
- Farmácia Senhora da Ajuda (Gaeiras);
- Farmácia Vital (Amoreira);
- Farmácia Higiénica (Olho Marinho);

E ainda três Postos de Medicamentos em A-dos-Negros, Olho Marinho e Vau.

2.4. EDUCAÇÃO

O reordenamento da rede escolar pública tem sido uma aposta dos últimos anos, com o objetivo de oferecer mais e melhores condições com vista ao sucesso escolar, à diminuição do abandono escolar precoce, à otimização de estruturas e recursos humanos face à quebra de natalidade, por forma a promover projetos e uniformizar ofertas formativas. A grande redução do número de escolas, nomeadamente do 1º CEB que se encontravam subaproveitadas em zonas rurais praticamente desertas, onde por vezes existiam turmas diminutas e numa única sala de aula se encontravam alunos do 1º ao 4º ano.

A educação tem, também, sido uma grande aposta no Concelho, o Município implementou um novo modelo de escola que se centra em três Complexos Escolares, abrangendo assim toda a área do Concelho: Complexo Escolar dos Arcos, Complexo do Alvito e Complexo do Fura-douro. O objetivo é permitir às crianças do Concelho um maior contato, desde cedo, com as novas tecnologias, ofertas educativas inovadoras e equipas especializadas.

Segundo a Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) relativamente aos indicadores:

- Percentagem de alunos em abandono ou risco de abandono manteve-se de 2014/2015 para 2015/2016, sendo que o balanço apresentado foi de 0% para os dois anos letivos;
- Resultados Ensino Básico pioraram de 2014/2015 para 2015/2016 sendo o balanço de -0,7;
- Resultados do Ensino Secundário melhoraram de 2014/2015 para 2015/2016 sendo o balanço de 2,24;



Fig. 3 Complexo Escolar dos Arcos



Fig. 4 Complexo Escolar do Alvito

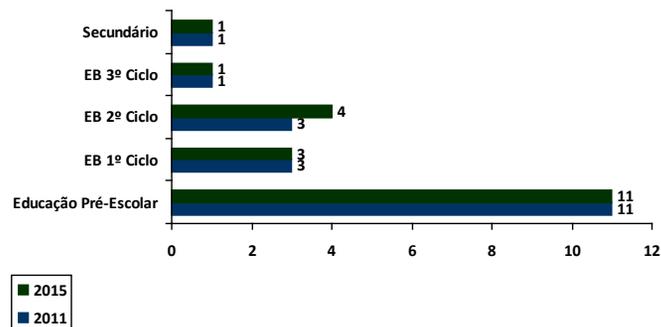


Fig. 5 Complexo Escolar do Furadouro



Fig. 6 EB Secundária Josefa de Óbidos

Gráfico 19 - Estabelecimentos ensinos pré-escolar, básico e secundário: por nível de ensino



Fontes de Dados: DGEEC/MED - MCTES Recenseamento Escolar
 Fonte: FORDATA
 Última atualização: 30/11/2016

Até há uns anos atrás a frequência no pré-escolar não era considerada importante, mas este cenário tem sofrido alterações, pois compreende-se agora que esta constitui a primeira etapa da instrução de qualquer criança traduzindo-se num valor incalculável no seu restante percurso escolar, assim, encontra-se agora estabelecida a universalidade de frequência do ensino pré-escolar para as crianças a partir dos 4 anos de idade.

Através dos dados de 2016 percebemos que a nível do ensino Pré-escolar existem neste momento no concelho apenas 10 estabelecimentos, todos da rede pública, no quadro abaixo podemos ver a sua localização e capacidade.

Q. 20- Estabelecimentos Pré-Escolar e capacidade

Nome do Estabelecimento	Localização	Capacidade
Jardim de Infância A - da - Gorda	A - da - Gorda	50 crianças
Jardim de Infância A - dos - Negros	A - dos - Negros	25 crianças
Jardim de Infância Amoreira	Amoreira	25 crianças
Jardim de Infância Arelho	Arelho	50 crianças
Jardim de Infância Gaeiras	Gaeiras	100 crianças
Jardim de Infância Gracieira	Gracieira	25 crianças
Jardim de Infância Óbidos	Óbidos	25 crianças
Jardim de Infância Olho Marinho	Olho Marinho	50 crianças
Jardim de Infância Usseira	Usseira	50 crianças
Jardim de Infância Vau	Vau	50 crianças

Fonte de Dados: Site www.escolasdobidos.com

No Q. 21 verificamos que é na Gracieira e na Amoreira que existem menos crianças a frequentar o Jardim de Infância estando este número, por exemplo na Freguesia de Amoreira intimamente ligado com a baixa natalidade existente nesta freguesia.

Q. 21 - Número de crianças em Jardim de Infância, ano letivo 2017/2018

Currículo	Jardim de Infância	Número de alunos
Pré - Escolar	A - da - Gorda	15
Pré - Escolar	A - dos - Negros	21
Pré - Escolar	Amoreira	11
Pré - Escolar	Arelho	24
Pré - Escolar	Gaeiras	25
		25
Pré - Escolar	Gracieira	8
Pré - Escolar	Óbidos	25
Pré - Escolar	Olho Marinho	17
		20
Pré - Escolar	Vau	14
Pré - Escolar	Usseira	12

Fonte: Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos

No Q. 22 temos acesso a dados de diferentes anos (2004, 2005, 2010 e 2015), é interessante perceber a oscilação destes números comparando-os com os apresentados no Q. 25, esta comparação apresentamo-la no Gráfico 20 onde podemos perceber que o número de crianças/jovens matriculados desceu em praticamente todos os níveis de ensino à exceção do 1º CEB em

que houve um pequeno aumento e no 2º CEB em que se manteve exatamente o mesmo número de matriculados. Contudo, esta análise não espelha a realidade do aumento de residentes entre os 5 e os 14 anos de idade, o que nos levará a crer que os pais muitas vezes optam por equipamentos de ensino não localizados nas suas áreas de residência.

Q. 22 - Número de crianças/jovens por nível educativo

Nível Educativo	2004	Número de crianças/jovens		
		2005	2010	2015
Educação Pré - Escolar	233	223	266	244
1º Ciclo Ensino Básico	393	389	502	438
2º Ciclo Ensino Básico	222	232	251	225
3º Ciclo Ensino Básico	264	310	379	306
Ensino Secundário	-	0	137	141
Educação e Formação de Adultos	26	110	507	41
Ensino Doméstico	-	0	0	2
Total	1138	1264	2042	1397

Fonte de Dados: Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos

Fonte: Plano Estratégico Educativo Municipal (PEEM) - versão final janeiro/2016

Q. 23 - Alunos matriculados por estabelecimento escolar e nível de ensino, ano letivo 2017/2018

Estabelecimento de Ensino	Nível de Ensino	Número de alunos matriculados
Complexo Escolar dos Arcos (Total = 276 alunos)	1 (1º e 2º ano)	26
	1 (1º e 2º ano)	26
	2 (1º e 2º ano)	26
	2 (1º e 2º ano)	25
	3 (3º e 4º ano)	21
	3 (2º e 4º ano)	21
	4 (3º e 4º ano)	22
	4 (3º e 4º ano)	22
	5	24
	5	27
Complexo Escolar do Alvito (Total = 238 alunos)	6	17
	1 (1º e 2º ano)	19
	1 (1º e 2º ano)	17
	2 (1º e 2º ano)	17
	2 (1º e 2º ano)	17
	3 (3º e 4º ano)	24
	3 (3º e 4º ano)	19
	4 (3º e 4º ano)	24
	4 (3º e 4º ano)	24
	5	22
Complexo Escolar do Furadouro (Total = 153 alunos)	5	20
	6	20
	6	25
	1 (1º e 2º ano)	26
	2 (1º e 2º ano)	20
	3 (3º e 4º ano)	15
	3 (3º e 4º ano)	17
	4 (3º e 4º ano)	24
Escola Básica e Secundária Josefa de Óbidos (Total = 439 alunos)	5	18
	6	16
	6	17
	7	22
	7	23
	7	20
	7	17
	7	23
	8	21
	8	17
	8	19
	8	25
	9	24
	9	25
	9	21
	9	23
	10	14
	10	13
	10	18
	10	14
	10	7
	11	24
11	6	
12	15	
12	20	
12	4	
	Cozinha	24

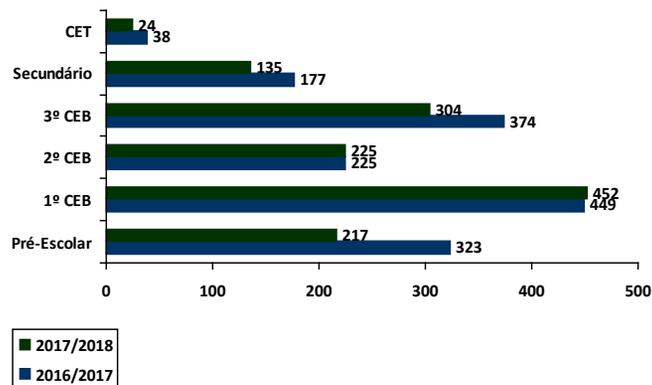
O decréscimo de alunos nas escolas segue a tendência nacional. Nos últimos anos a diminuição do número de crianças e jovens nos nossos estabelecimentos de ensino (quer públicos quer privados) é notória, muito provavelmente devido à baixa natalidade e/ou emigração das famílias portuguesas. No Q. 23 podemos verificar que pese embora e, comparativamente com o último Diagnóstico Social (2004) o número de crianças e jovens por nível educativo tenha aumentado, de 2005 a 2015 a tendência tem sido uma diminuição dos números efetivos ao nível nacional.

Os índices educativos são por norma balizadores para todos os municípios, indicam o nível de desenvolvimento económico, social e político de cada região e por seu turno os seus baixos índices constituem claramente uma ameaça ao bem-estar e desenvolvimento das sociedades. Tendo em vista esta situação o Município de Óbidos tem pautado por desenvolver iniciativas empreendedoras e únicas.

Quer nacional ou até mesmo regionalmente, também o Oeste apresenta taxas de escolarização superiores a 100%, ou seja, concelhos em que o número de alunos matriculados nos estabelecimentos de ensino é superior ao número de indivíduos residentes (inseridos nessa faixa etária). Estes números indicam-nos que a evolução positiva tanto a nível das redes viárias, dos serviços de transporte e até a mobilidade laboral fazem com que os alunos nem sempre se matriculem nas escolas do seu concelho de residência.

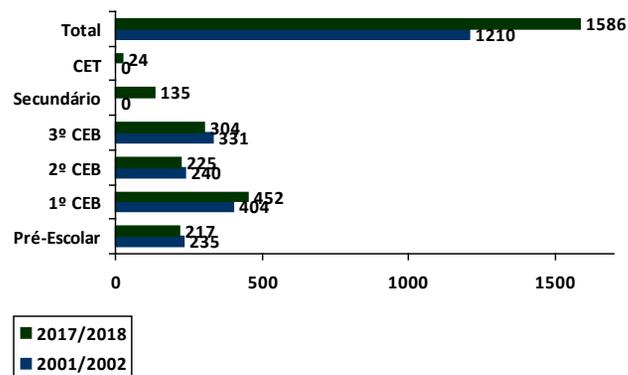
No Gráfico 20 verificamos os dados relativos ao número de alunos existentes nos vários níveis de ensino nos anos letivos 2016/2017 e 2017/2018. Nos Gráficos 22 e 23 temos os dados de acordo com a distribuição por sexo e nível de ensino.

Gráfico 20 - Comparação de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino, 2016/2017 e 2017/2018



Fonte: Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos
 Fonte de Dados: DGEEC/MEd. MCTES, PORDATA
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 03/08/2017

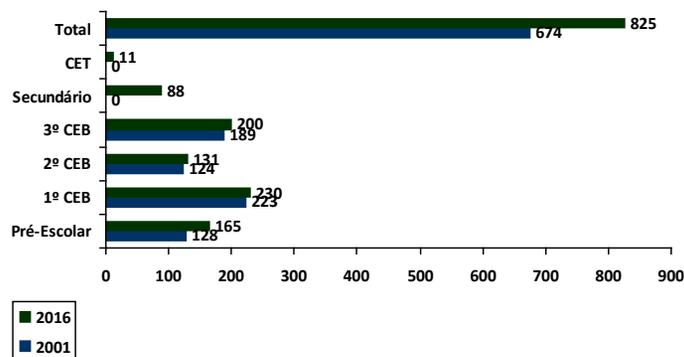
Gráfico 21 - Comparação de alunos matriculados nos diferentes níveis de ensino, 2001/2002 e 2017/2018



Fonte: Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos
 Fonte de Dados: DGEEC/MEd. MCTES, PORDATA
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 03/08/2017

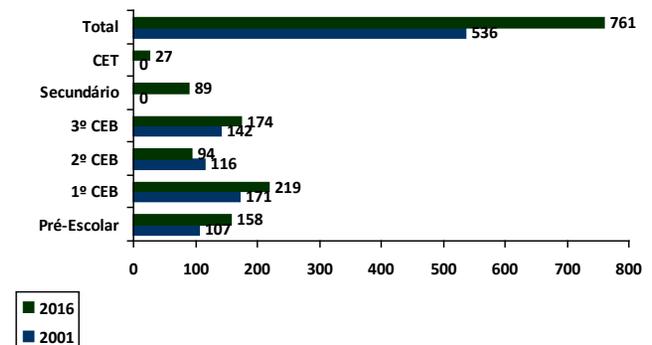
Comparando os dados de 2001, data dos último Censos, com os de 2017, verificamos que existe uma evolução no número de alunos matriculados (isto é fazendo a correlação dos dados estatísticos em 2001 > taxa de natalidade < adesão à escola e 2017 < taxa de natalidade > importância dada à frequência escolar) o que se considera um aspeto positivo pois demonstra a valorização do ensino dada hoje em dia, contudo, este aumento não é considerado significativo, porque revela a queda de natalidade existente no concelho, seria de esperar que passados 15 anos o número de alunos que faz transparecer a existência de crianças e jovens nos concelhos fosse muito maior, na realidade os dados do Gráfico 8 mostraram-nos a diminuição de nascimentos total entre 2001 e 2016 (2001: 119 nascimentos; 2017: 81 nascimentos).

Gráfico 22 - Alunos sexo masculino matriculados nos ensinos pré - escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino



Fonte: Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos
 Fonte de Dados: DGEEC/MEd. MCTES, PORDATA
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 03/08/2017

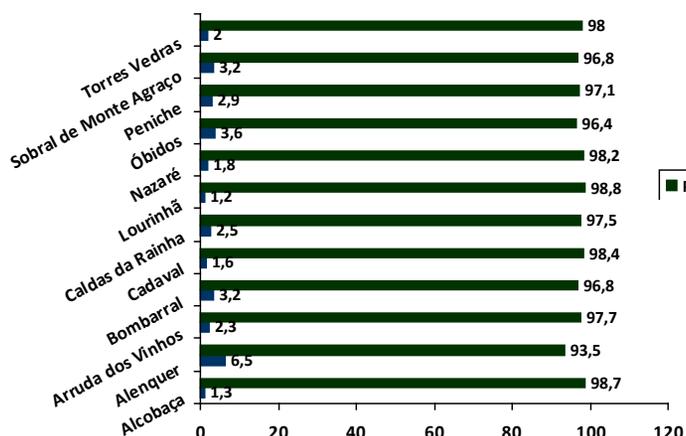
Gráfico 23 - Alunos sexo feminino matriculados nos ensinos pré - escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino



Fonte: Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos
 Fonte de Dados: DGEEC/MEd. MCTES, PORDATA
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 03/08/2017

No que diz respeito ao número de alunos de nacionalidade estrangeira a frequentar os estabelecimentos de ensino, nos diferentes níveis de escolaridade, sabemos que na Região Oeste é o Concelho de Alenquer que detém a maior taxa de alunos estrangeiros (6,5%), seguem-se os concelhos de Óbidos, Bombarral e Sobral de Monte Agraço com 3,6%, 3,2% e 3,2% respetivamente, nos restantes concelhos a incidência é ainda menor.

Gráfico 24 - Alunos de nacionalidade estrangeira inscritos no 2º e 3º CEB e Ensino Secundário, por concelho, NUTS III Oeste, no ano letivo 2013/2014 (%)



Fonte: DGEEC, 2014

A ação social escolar surge como meio de combate às desigualdades sociais e de promoção do máximo rendimento escolar de todos os alunos. Relativamente ao ano letivo 2017/2018, como podemos verificar no Q. 24, num total de 1369 alunos matriculados entre o 1º CEB e Secundário, incluindo os CET's, praticamente metade dos alunos eram apoiados através da ação social escolar.

Q. 24 - Alunos com subsídio, por ano escolar: ano letivo 2017/2018

Ano Escolar	Escalaõ		
	A	B	C
1º ano	32	24	0
2º ano	22	23	0
3º ano	33	12	0
4º ano	28	23	0
5º ano	29	29	10
6º ano	32	22	9
7º ano	31	29	10
8º ano a)	39	26	9
9º ano	33	21	8
10º ano b)	22	17	8
11º ano b)	17	9	2
12º ano	6	6	2
Total	324	241	58

a) inclui os alunos do CEF

b) inclui os alunos dos cursos profissionais

Fonte de Dados: Serviços de Administração Escolar

No que diz respeito à taxa bruta de escolarização houve uma evolução positiva, sendo esta taxa a relação percentual entre o número de alunos matriculados num determinado ciclo de estudos, em idade normal de frequência desse ciclo e, a população residente dos mesmos níveis etários.

Q. 25 - Taxa bruta de escolarização em 2014

Unidade Territorial	Taxa bruta de pré-escolarização	Taxa bruta de escolarização	
		Ensino Básico	Ensino Secundário
Oeste	91,3	106,7	99,1
Óbidos	108,9	4,6	43,3

Fonte de Dados: INE - Anuário Estatístico da Região Centro 2014

Fonte: "Rede para a Inovação Social no Oeste" - Oeste CIM

Q. 26 - População residente segundo nível de escolaridade

	Nenhum	Ensino Pré-Escolar	1º CEB	2º CEB	3º CEB	Ensino Secundário	Ensino Pós Secundário	Ensino Superior
Óbidos	1160	294	3993	1304	1777	1878	101	1265
A-dos-Negros	160	23	560	157	217	237	11	124
Amoreira	86	17	374	117	138	148	9	100
Olho Marinho	127	30	475	166	185	197	7	92
Stª Maria	234	61	635	203	341	314	14	230
S. Pedro	115	39	419	129	205	211	6	184
Sobral da Lagoa	44	11	192	54	59	49	6	24
Vau	105	22	357	123	128	139	7	71
Gaeiras	182	73	643	212	374	443	35	369
Usseira	107	18	338	143	130	140	6	71

Fonte de Dados: INE Censos 2011

Fonte: FORDATA

Nos últimos 20 anos assistiu-se a uma redução extremada taxa de analfabetismo. Em 2011 na região oeste a taxa situava-se nos 6,1% (acima da média nacional), esta taxa reflete o empenho e investimentos existentes na área da educação ao longo dos anos, o que explica a redução de 14,4% em 1991 para os 6,1% em 2011.

Q. 27 - Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo

	2001			2011		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Óbidos	14,0	12,2	15,8	7,2	5,3	9,0

Fonte de Dados: INE

Fonte: FORDATA

Q. 28 - Taxa de analfabetismo por freguesia do Concelho de Óbidos 2001 (%)

Freguesias	Total da população	% relativa ao total da população
A - dos- Negros	1493	21,6%
Amoreira	985	20,2%
Olho Marinho	1258	22,7%
Stª Maria	1788	17,4%
S. Pedro	1277	16,6%
Sobral da Lagoa	420	2,4%
Vau	875	21,9%
Gaeiras	1873	11,2%
Usseira	903	21,4%

Fonte de Dados: INE (2002) Censos 2011

Fonte: Diagnóstico Social de Óbidos 2004

Q. 29 - População residente no Concelho de Óbidos segundo a taxa de analfabetismo - Censos 2011

	População		Taxa de analfabetismo
	H/M	H	
Óbidos	11772	5724	7,22
A - dos - Negros	1489	732	8,70
Amoreira	989	478	7,81
Olho Marinho	1279	642	7,73
Stª Maria	2032	977	8,74
S. Pedro	1308	618	4,75
Sobral da Lagoa	439	206	11,39
Vau	952	481	9,07
Gaeiras	2331	1127	3,41
Usseira	953	463	9,04

Fonte de Dados: INE, Censos 2011
Fonte: PORDATA

ABANDONO ESCOLAR PRECOCE (%)

A taxa de abandono escolar precoce diz respeito à percentagem de indivíduos que abandonaram a escola sem ter concluído o nível secundário, em 2001 esta taxa em Portugal era de 44%. Em 2015 assistimos a um grande decréscimo (13,7%), apesar de podermos considerar uma melhoria significativa, muito devido a políticas nacionais e municipais contra este flagelo como, a melhoria das condições físicas dos estabelecimentos de ensino ou programas nacionais e municipais (por ex. os Programas Integrados de Educação e Formação- PIEF, Crescer Melhor-Óbidos), Portugal continua a ocupar o 5º lugar no ranking dos países da Europa com maior taxa de abandono escolar precoce.

Podemos verificar no Q. 30 que de 2011 a 2015 houve uma queda de cerca 50% na taxa de abandono precoce de educação e formação, se em 2011 havia cerca de 23,1 em 2015 em Portugal esse número reduzia para 13,7, no entanto, em 2016 esta tendência inverte-se e assistimos a um ligeiro aumento, de 0,3 pontos percentuais, passando assim para 14,0, segundo a tutela este número reflete o aumento das reprovações.

Ao longo dos anos continuamos a assistir a uma maior taxa de abandono por parte dos homens (17,4 para eles e 10,5 para elas- dados INE 2016).

Com a adesão ao Horizonte 2020- Programa - Quadro Comunitário de Investigação & Inovação, Portugal comprometeu-se a atingir a meta europeia que se situa nos 10% em 2020 para a taxa de abandono precoce de educação e formação. Para atingir estas metas foram pensadas novas medidas a implementar como o Programa Qualifica, para a educação e formação de adultos, o Programa Nacional de Promoção do Sucesso Escolar, reforço do ensino profissional e da ação social escolar e políticas territoriais do abandono escolar, contudo, estes números de 2016 em nada auguram algo de bom, colocando Portugal mais longe da meta estabelecida a nível europeu (in o Observador, 8/2/2017).

É de salientar que Óbidos sofreu a descida mais acentuada nos níveis de abandono escolar precoce nos últimos 20 anos.

Q. 30 - Taxa de abandono precoce de educação e formação: total e por sexo em Portugal (%)*

	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
2011	23,1	28,1	17,7
2012	20,5	26,9	14,0
2013	18,9	23,4	14,3
2014	17,4	20,7	14,1
2015	13,7	16,4	11,0
2016	14,0	17,4	10,5

* Percentagem de homens e mulheres, entre os 18e os 24 anos, que deixou de estudar sem completar o secundário

Fonte de Dados: INE

Q. 31 - Taxa de retenção e desistência no ensino básico nos anos letivos 2007/2008 e 2013/2014

Unidade Territorial	2007/2008	2013/2014			
	Total	Total	1º CEB	2º CEB	3º CEB
Oeste	8,2	10,5	5,2	12,6	15,5
Óbidos	10,8	12,4	7,6	17,0	15,7

Fonte de Dados: INE - Anuário Estatístico da Região Centro 2008 e 2014
Fonte: "Rede para a Inovação Social do Oeste" - Oeste CIM

A taxa de retenção teve um ligeiro aumento entre os anos letivos de 2007/2008 e 2013/2014, existe variação de valores entre os ciclos sendo que é no 2º ciclo que se verifica a maior taxa (17,0%).

Nos últimos anos a área da Ação Social Escolar foi um ponto que mereceu especial atenção por parte do Município e das Escolas, na realidade a falta de sucesso escolar, absentismo ou até mesmo o abandono era atribuído na sua maioria a classes sociais menos favorecidas, não que houvesse um fundamento fidedigno para tal mas a falta de suporte financeiro para fazer face às despesas escolares fazia com que quem tinha menos posses fosse um alvo mais fácil para estas situações, à frequência escolar estes agregados familiares atribuíam uma importância menor, a falta de escolaridade dos pais também contribuía para que os filhos não fossem suficientemente incentivados à verdadeira importância da escolarização.

Para combater este flagelo foram criados diversos meca-

nismos e hoje podem apontar-se, pelo menos 3 razões, para a diminuição das retenções e/ou absentismo e abandono escolar no Concelho de Óbidos:

1ª Oferta formativa (existe uma tentativa constante de adequação da oferta formativa aos reais interesses dos alunos);

2ª Criação de projetos/estruturas (ativação nos Complexos Escolares de novos Projetos e Programas Estruturantes como por exemplo: NIMO, Programa Aproximar Educação que consiste na descentralização de competências na área da Educação e Formação dos serviços centrais do Estado para os municípios, etc);

3ª Aumento do número de protocolos a nível de Formação Profissional com entidades externas à escola);

No Q. 32 podemos constatar as taxas de sucesso escolar entre 2009/2010 e 2015/2016, o número total de alunos a frequentar os diferentes Ciclos escolares diminuiu. Quanto

às taxas de retenção comparando, ainda os anos letivos 2009/2010 com 2015/2016, podemos verificar que no 1º CEB aumentou assim como no Ensino Secundário, já nos 2º e 3º Ciclos diminuiu sendo que a maior redução foi no 3º Ciclo apresentando uma redução na ordem dos 14%.

Por forma a ser mais perceptível as oscilações existentes nos diferentes parâmetros apresentados no Q. 32 apresentamos os Gráficos 25, 26 e 27.

Q. 32 - Quadro comparativo das taxas de sucesso escolar dos anos letivos 2009/2010 a 2015/2016

		2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016
Situação Atual		Nº de alunos						
1º Ciclo	Nº total de alunos	500	495 ↓	467 ↓	463 ↓	456 ↓	440 ↓	440 =
	T/C ⁴	484	475 ↓	438 ↓	435 ↓	422 ↓	428 ↑	402 ↓
	NT/NC ⁵	15	20 ↑	29 ↑	28 ↓	34 ↑	12 ↓	37 ↑
	OS ⁶	1	0	0	0	0	0	1
2º Ciclo	Nº total de alunos	246	242 ↓	250 ↑	266 ↑	262 ↓	239 ↓	217 ↓
	T/C	235	224 ↓	224 =	228 ↑	216 ↓	214 ↓	210 ↓
	NT/NC	10	17 ↑	26 ↑	38 ↑	46 ↑	25 ↓	7 ↓
	OS	1	1	0	0	0	0	0
3º Ciclo	Nº total de alunos	352	373 ↑	334 ↓	325 ↓	300 ↓	305 ↑	328 ↑
	T/C	210	292 ↑	255 ↓	236 ↓	252 ↑	230 ↓	288 ↑
	NT/NC	70	72 ↑	48 ↓	87 ↑	48 ↓	51 ↑	17 ↓
	E/RF ⁷	1	0	0	0	0	0	1
	OS	71	9	31	2	0	24	22
Secundário	Nº total de alunos	143	135 ↑	145 ↑	117 ↓	140 ↑	166 ↑	156 ↓
	T/C	55	64 ↑	85 ↑	67 ↓	68 ↑	83 ↑	94 ↑
	NT/NC	7	15 ↑	20 ↑	22 ↑	47 ↑	33 ↓	36 ↑
	OS	81	56	40	28	25	50	26

Fonte de Dados: Plataforma BLMEC.pt

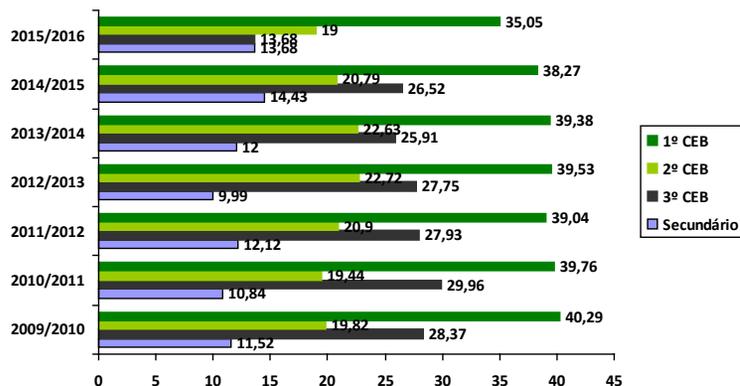
4 Transitou/Concluiu

5 Não Transitou/Não Concluiu

6 Outras situações (por ex: transferências a meio do ano letivo; integração em escola por parte de estrangeiros)

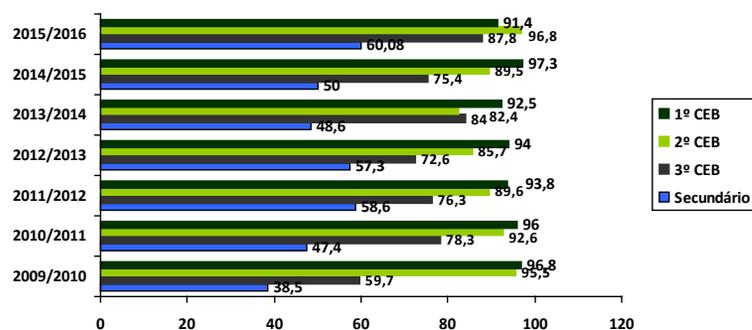
7 Excluído/Retido por Faltas

Gráfico 25 - Comparação frequência : por nível de ensino e anos letivos (%)



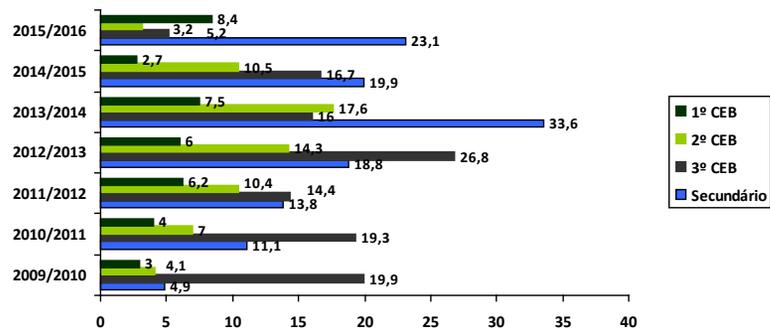
Fonte de Dados: Plataforma BLMEC.pt

Gráfico 26 - Comparação Transitou/Concluiu: por nível de ensino e anos letivos (%)



Fonte de Dados: Plataforma BLMEC.pt

Gráfico 27 - Comparação Não Transitou/Não Concluiu: por nível de ensino e anos letivos (%)



Fonte de Dados: Plataforma BLMEC.pt

Em 2016 foi aplicado um questionário aos alunos no qual eram inquiridos sobre as suas expectativas escolares, poderemos ver as respostas no quadro apresentado a seguir. Nesta análise verificamos a homogeneidade de expectativas nos jovens da Região Oeste, pese embora as realidades de cada concelho sejam diferentes.

Q. 33 - Expectativas escolares dos alunos por concelho (%)

Expectativas	Alcobaça	Alenquer	Arruda dos Vinhos	Bombarral	Cadaval	Caldas da Rainha	Lourinhã	Nazaré	Óbidos	Peniche	Sobral de Monte Agraço	Torres Vedras
Penso sair da escola antes de acabar o 12º ano ou equivalente	11,7	6,7	6,9	4,7	11,9	8,3	20,0	12,0	6,3	7,9	13,4	7,5
Penso fazer o 12º ano ou equivalente e deixar de estudar	27,3	23,8	25,2	29,2	29,8	55,0	20,0	14,5	23,8	31,4	23,5	25,6
Penso fazer o 12º ano ou equivalente e continuar a estudar ser ir para a faculdade	31,7	38,9	33,7	27,3	32,1	21,7	20,0	38,6	30,2	25,0	26,1	30,8
Não sei	21,7	16,4	17,5	22,9	17,9	8,3	30,0	24,1	22,2	22,9	27,7	21,0
Outros	0,7	3,6	2,0	2,8	1,2	0,0	0,0	1,2	6,3	2,1	2,5	3,8
NR	0,0	0,9	3,3	2,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,7	1,4

Fonte: Inquérito aos alunos, CEDRU, 2016

PEEM- PLANO ESTRATÉGICO EDUCATIVO MUNICIPAL (Anexo VII)

“A conceção do espaço educativo, na contemporaneidade, merece ser alargada e tornar-se num conceito de expansão, inclusão e reflexão intencional de participação e ativação de comunidade(s). É na construção de uma escola de qualidade, assente numa educação inclusiva, criativa e promotora das potencialidades do aluno e do território que o Município de Óbidos tem um papel essencial. Torna-se fundamental estabelecer um padrão de proximidade e complementaridade entre os processos educativos, definidos pelo Ministério da Educação e Ciência, e as características territoriais, demográficas e sociais específicas (PEEM, 2016)”.

O PEEM contou com a participação ativa de toda a comunidade, sendo que o Município assume-se como elo de ligação entre todos os intervenientes, tendo uma grande quota parte de responsabilidade na construção do mesmo. Os objetivos são a melhoria dos resultados, a facilitação no acesso a melhores ferramentas para um futuro empreendedor, económica e socialmente mais estimulante. Assim, Óbidos tem apostado fortemente nos processos educativos por forma a diminuir a distância entre a realidade e a padronização do conhecimento.

O PEEM é então o plano de ação alargado (4 anos 2016-2020) com 5 Eixos prioritários de intervenção:

Eixo 1 - Investimento na criatividade e inovação;

Eixo 2 - Promoção do sucesso educativo e prevenção do abandono escolar precoce;

Eixo 3 - Valorização dos serviços e recursos educativos;

Eixo 4 - Investimento na qualificação das pessoas e na aprendizagem ao longo da vida;

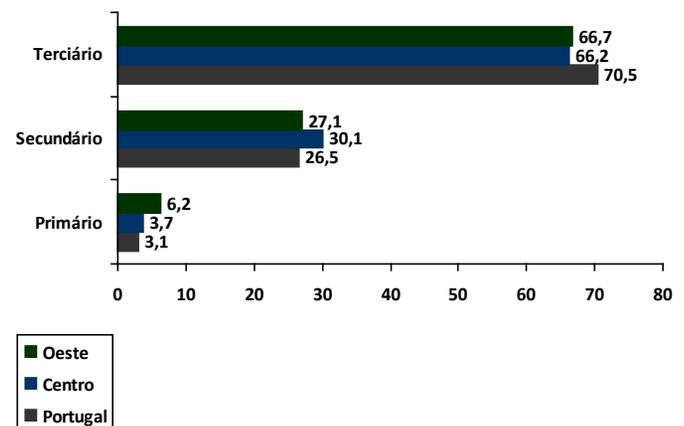
Eixo 5 - Cooperação institucional e articulação entre as áreas culturais, sociais e económicas;

Este plano é firmado no desejo de “(...) desenvolver um conceito/modelo de educação próprio assente num projeto que emane da comunidade e se dissemine em conjunto com algumas das melhores práticas nacionais e internacionais, procurando coletivamente um modelo de excelência para o concelho (PEEM, 2016)”.

2.5. EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Estudo feitos sobre os grandes setores económicos predominantes na Região Oeste evidenciam a prevalência do setor terciário, mais de 50% em todos os concelhos do oeste.

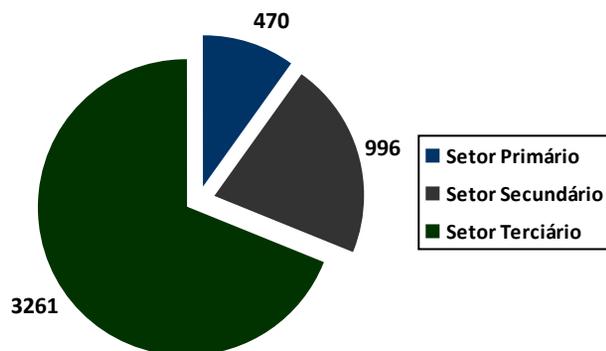
Gráfico 28 - População residente economicamente ativa (sentido restrito) e empregada, segundo o ramo de atividade, NUTS III Oeste, em 2011(%)



Fonte: Recenseamentos Gerais da População e da Habitação, INE, 2011

Especificamente no Concelho de Óbidos no gráfico abaixo verificamos que num total de 4727 indivíduos é no Setor Terciário que se encontra o maior número de população empregada (3261).

Gráfico 29 - População empregada segundo os Censos 2011: total e por setor de atividade



Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA

Conquanto com valores mais baixos comparativamente com os concelhos da Lourinhã e do Bombarral, também em Óbidos cerca de 9,9% da população ativa encontra-se ligada à agricultura.

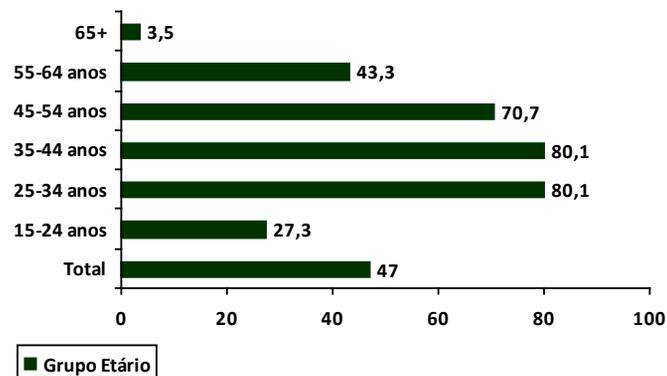
De acordo com os dados do IIEFP o número de desempregados no Concelho de Óbidos tem vindo a descer desde o início do ano de 2015, altura em que se encontravam desempregadas (com inscrição ativa no IIEFP) 522 pessoas.

Relativamente a níveis de escolaridade verifica-se que as pessoas que detêm o ensino secundário são comumente associadas às taxas mais elevadas de desemprego.

Quanto às questões relativas a género, em 2011, segundo os Censos, a taxa de empregabilidade era maior no sexo masculino (53,8%) para 40,8% no sexo feminino numa taxa total de emprego de 47%.

Verifica-se no gráfico acima que em termos de percentagem de emprego, à data dos Censos, é entre a faixa etária dos 25-44 anos que se encontra a maior franja de indivíduos.

Gráfico 30 - Taxa de emprego segundo os Censos 2011: total e por grupos etários(%)



Fonte de Dados: INE
Fonte: PORDATA

Os dados estatísticos indicam-nos que a maior parte da população empregada é do sexo masculino, nos Censos 2011 eram as mulheres que tinham a maior percentagem de desemprego em Portugal, nomeadamente, no Concelho de Óbidos e, nos tempos que correm continuam a ser. Estes números poderão ser atribuídos a inúmeros fatores, entre eles: preconceito, uma vez que a mulher se ausenta por um período médio quando decide ser mãe causando um rombo na dinâmica de uma empresa/entidade/instituição, preferindo assim as entidades empregadoras admitir homens; a ineficácia das leis de proteção às mulheres pode também ser outro fator, é muitas vezes difícil a uma mulher conseguir conciliar de forma equilibrada os vários papéis da sua vida, nomeadamente os de trabalhadora e mãe, dificuldades na flexibilização de horário ou possibilidade de acompanhamento mais próximo e eficaz aos filhos que por vezes levam as mulheres a abdicar da sua vida profissional.

No quadro abaixo podemos verificar uma diminuição no número de desempregados existentes em vários perío-

dos de 2016 a 2018, no entanto, as ilações a tirar deverão ser cuidadosas pois esta diminuição não significa efetivamente uma inserção no mercado de trabalho, poderão ser fatores: uma desistência de inscrição no IEFP, um óbito ou até mesmo uma emigração.

Assim, verificamos que transversalmente existe predominantemente um maior número de desempregados do sexo feminino, em termos de tempo de inscrição existem menos empregados de longa duração comparativamente com os inscritos à menos de 1 ano. Já na estatística que data de setembro de 2018 continuam a ser as mulheres a liderar o

ranking do desemprego (103 contra os 92 do sexo masculino). Verifica-se também uma descida no que concerne ao número de desempregados registados no concelho entre janeiro de 2018 e setembro de 2018 (270 para 195).

Em termos sócio económicos, a tendência de crescimento da população mais envelhecida será igualmente portadora de transformações relevantes no domínio dos recursos humanos em idade ativa, uma vez que se assiste ao seu progressivo envelhecimento e, tendencialmente, a uma evolução menos dinâmica do seu perfil de qualificações e competências socioprofissionais.

Q. 34 - Desemprego registado no Concelho de Óbidos segundo o género, tempo de inscrição e situação face à procura de emprego (períodos compreendidos entre 2016 e 2018)

	Género		Tempo de Inscrição		Situação face a		Total
	H	M	< 1 ano	1 ano e +	1º emprego	Novo emprego	
Óbidos/set'18	92	103	135	60	12	183	195
Óbidos/jan'18	121	149	188	82	29	241	270
Óbidos/dez'17	106	132	151	87	26	212	238
Óbidos/jan'17	182	210	244	148	23	369	392
Óbidos/dez'16	177	204	234	147	24	357	381
Óbidos/jan'16	208	237	276	169	17	428	445

Fonte de Dados: site IEFP, I.P.

Q. 35 - População residente economicamente ativa e empregada, segundo o sexo e o ramo de atividade, 2011

População economicamente ativa								
	Total	Empregada						
	HM	Total		Primário	Secundário	Terciário		
		H	HM			Total	Natureza social	Relacionado com atividade económica
Óbidos (Total)	5299	2862	4727	2589	470	3261	1234	2027
A-dos-Negros	667	369	596	331	56	386	164	222
Amoreira	407	206	354	181	25	248	66	182
Olho Marinho	550	306	482	271	107	292	116	176
Vau	404	235	356	209	47	232	69	163
Gaeiras	1135	588	1017	529	22	766	307	459
Usseira	411	233	387	226	83	249	74	175
StªMaria, S. Pedro e S. da Lagoa	1725	925	1535	842	130	1088	438	650

Fonte: INE / Censos 2011

A análise da estrutura etária da população permite perspetivar o grau de sustentabilidade a médio prazo, nomeadamente, no que concerne à sua capacidade endógena de renovação de gerações e ao potencial de recursos humanos (população em idade ativa).

2.6. EMPREENDEDORISMO, EMPRESAS E ATIVIDADES ECONÓMICAS

Mais do que um local de investimento, Óbidos é um Concelho que se afirma, cada vez mais, como uma marca onde a cultura e o empreendedorismo abrem caminho para novos desafios.

As especificidades inerentes ao território de Óbidos, nomeadamente, a “significativa” dispersão populacional e a ausência de aglomerados populacionais urbanos de grande envergadura, aliada à diversidade territorial que encerra nas suas fronteiras, constituem fatores que lhe atribuem características próprias e distintivas e lhe conferem desafios estratégicos de relevância estrutural. Enquanto território de ruralidade moderna, Óbidos evidencia índices de urbanização pouco expressivos.

Óbidos detêm aproximadamente 3% da população da Região Oeste e ocupa cerca de 6% da área da mesma, apresentando uma estrutura produtiva diversificada onde se verificam, para além de setores mais tradicionais da economia, a existência de nichos de especialização em setores de forte inovação e criatividade, apesar dos mesmos não terem, ainda, um peso significativo no PIB da região.

A localização geográfica da Região Oeste, e de Óbidos em particular, é estratégica nas ligações entre o Norte e o Sul.

O Oeste é um território diversificado, tanto a nível de paisagem, possuindo desde as paisagens típicas de litoral, a paisagens montanhosas e de serra, como a nível eco-

nómico e de população, coexistindo municípios com diferentes níveis de especialização setorial e económica.

Parte da diversidade da Região Oeste é induzida por um misto de caráter litoral e interior da região: (i) O litoral, caracterizado por um maior desenvolvimento económico, urbano e industrial; (ii) O interior, menos desenvolvido a nível económico e com tendência, nas zonas rurais, para um progressivo despovoamento em detrimento do litoral e dos centros urbanos.

É, também, reconhecida em Óbidos uma dinâmica de trabalho sazonal, em particular na época de verão, que traz para o território, força de trabalho temporário (na agricultura e no turismo) e que, apesar de não se refletir nas estatísticas oficiais do IEFP, I.P., apresentam efetivos contributos para a economia do concelho.

Atualmente, a especialização produtiva deste concelho apresenta um significativo vínculo à herança de um passado marcado por uma profunda ligação à terra e à cultura tradicional, predominando a produção de produtos hortícolas e frutícolas, embora com sucessivas e importantes alterações do perfil produtivo devido a alterações na política de apoios da Política Agrícola Comum (PAC), a novas perspetivas de fruição da “terra” e à modernização dos pressupostos de desenvolvimento da atividade agrícola.

No cômputo geral, Óbidos apresenta um padrão de especialização definido e vincado em setores de atividade de cariz tradicional, inserindo-se num território em que coexistem concelhos com perfil idêntico. O perfil produtivo de Óbidos é caracterizado pela prevalência de atividades ligadas à agricultura e silvicultura, à indústria, ao comércio, aos serviços e à hotelaria, mas também pequenas unidades de carpintaria, a construção, a panificação e a pastelaria.

A estrutura dimensional do tecido empresarial do con-

celho (sob o ponto de vista da distribuição do emprego por escalões de dimensão dos estabelecimentos) apresenta-se muito atomizada, demonstrando a prevalência de pequenas e muito pequenas unidades empresariais. Esta é uma característica tipicamente associada a perfis produtivos ligados à exploração agrícola, que tendem a verificar uma maior concentração de emprego em micro empresas, e que funciona como um fator de estabilização do mercado laboral em caso de deslocalização de empresas para outros territórios.

PARQUE TECNOLÓGICO

O **Óbidos Parque - Parque Tecnológico de Óbidos** nasceu enquanto parte integrante de uma estratégia local de desenvolvimento da economia criativa, num território até aí assente na Agricultura, Serviços e Turismo. A aposta numa economia de massa cinzenta foi uma das metas traçadas há mais de 10 anos, e o parque tecnológico uma das peças fundamentais dessa abordagem.

O arranque do parque tecnológico aconteceu em 2008, e logo em 2009 instala-se a primeira empresa: a Janela Digital. A maior empresa tecnológica da região foi mais tarde acompanhada pela Creativeland que, na altura, também construiu o seu espaço.

Em paralelo, em 2009, foi criado o ABC - Apoio de Base à Criatividade no antigo convento de São Miguel das Gaeiras, e entre um bosque e paredes centenárias foi dado início à incubação de projetos criativos e tecnológicos. Começou assim a fortalecer-se uma comunidade que, em 2015, veio a ocupar os edifícios centrais. O novo edifício viu chegar muito mais empresas e cada vez mais colaboradores.

Mas o Óbidos Parque - Parque Tecnológico de Óbidos, centro de negócios para empresas de base criativa, tecnológica e digital, tem também, entre as suas principais

missões, a promoção de medidas de desenvolvimento do talento a nível regional - vital para a sua capacidade de criação e atração de empresas de base tecnológica.

Uma das áreas estratégicas é sem dúvida a Robótica e o seu ensino - em que Óbidos foi, de resto, pioneiro, com o lançamento do projeto deCode - Academia de Programação e Robótica.

A Academia deCode, a caminho da sua 4ª edição, destina-se a alunos dos 6 aos 18 anos que tenham interesse em construir jogos, animações interativas, ou outras aplicações multimédia. Aqui, os alunos acedem a ferramentas que as vão ajudar a compreender como funciona a Programação - linguagem de computador -, estimulando até o seu interesse por áreas como a criação de software.

A aposta na Robótica, em articulação com o ensino da Programação, pretende potenciar nos alunos o desenvolvimento de competências e a aquisição de conhecimentos transversais a diversas disciplinas como a Matemática, a Físico-Química, a Eletrónica ou a Mecânica.

O projeto é coordenado pelo Parque Tecnológico de Óbidos e pelo município de Óbidos, em parceria com o Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos e com o Instituto Politécnico de Leiria.

O deCode é hoje um programa cada vez mais consolidado e no qual o Óbidos Parque tem apostado bastante, com investimentos em equipamentos e formação de mediadores. Um pouco à imagem do projeto MyMachine, onde o trabalho do Município e do Parque foi reconhecido, tendo passado a gerir a licença My Machine Portugal.

Neste momento, o projeto MyMachine - que tem como objetivo trabalhar a criatividade e a inovação na educação - tem dois outros municípios que se querem associar ao programa.

Localmente, é o programa que mais bem alinhado está

com aquilo que o Parque tem procurado criar: formas de interação entre diferentes parceiros. Atualmente, para além do Parque e do Município, conta também com o total envolvimento da ESAD.CR - Escola Superior de Artes e Design de Caldas da Rainha, e do centro de formação CENFIM.

Um dos maiores desafios do Parque Tecnológico é sem dúvida o Talento. Volvidos vários anos sobre as primeiras iniciativas, a realidade regional sofreu algumas alterações positivas - designadamente no que se refere a um maior envolvimento de parceiros, de escolas e entidades de formação.

Hoje o Óbidos Parque faz parte da RIERC - Rede de Incubadoras de Empresas da Região Centro, da Rede InovC 2, liderada pela Universidade de Coimbra, e integra duas outras importantes redes para a prossecução do seu trabalho de aproximação e colaboração com o projeto educativo de Óbidos: Rede Systemic e RoboIP.

Apoios a atividades locais

O parque, através do seu Fab Lab, um espaço criativo para o desenvolvimento de atividades de carácter experimental, é cada vez mais uma entidade que apoia atividades de organizações locais, quer seja através de impressões de materiais de comunicação, ou de trabalhos realizados nos seus equipamentos (impressora 3D e máquina de corte e gravação a laser).

ESPAÇO Ó - DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO E TERRITORIAL: ESPAÇO DE ATIVAÇÃO COMUNITÁRIA

O Espaço Ó tem como principais missões a multiplicação de meios de conceitos, recuperação do espaço rural dando oportunidade às pessoas de passarem de situações de precariedade para condições mais estáveis quer a nível económico ou social, sempre em paralelo com o desenvolvimento sócio-cultural identitário.

Objetivos do Espaço Ó:

- Promoção do empreendedorismo social, ligando o território e os produtos a novas formas de sustentabilidade;
- Edificação sustentável de conceitos endógenos;
- Inclusão de indivíduos em situações de alarme social/económico num contexto de emancipação pelo empreendedorismo;
- Criação de ferramentas para o desenvolvimento inter-pessoal no território;
- Valorização dos produtos endógenos e do seu potencial para exportação e criação de emprego e/ou empresas;
- Valorização do trabalho colaborativo como forma de capacitação e implementação de métodos;
- Identificação do saber fazer: exploração e compreensão do território;
- Mapeamento;
- Ações de (re) - apropriação identitária;

As abordagens utilizadas no Espaço Ó são:

- Design Thinking (inovação em negócios)- o Design Thinking não é uma metodologia mas sim uma abordagem que procura a solução de problemas de uma forma coletiva e colaborativa numa perspetiva de empatia com os stakeholders (interessados), não parte de premissas matemáticas mas sim do levantamento das reais necessidades do consumidor;
- Abordagem individual;
- Valorização das nossas gentes;

Todos os projetos são conduzidos por várias etapas desde a pesquisa, o desenvolvimento concetual, plano de ação, estratégias de comunicação, plano de negócios, legalização e licenciamento e a autonomia. Já se encontram mais de 15 projetos no terreno que advêm deste trabalho de parceria entre o Espaço Ó e os empreendedores.

2.7. INTERVENÇÃO SOCIAL

CIS - CENTRO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

O Centro de Intervenção Social, localizado no edifício dos Paços do Concelho, resulta de um trabalho concertado de reorganização de todos os programas e projetos sociais que o Município tem vindo a desenvolver nos últimos 11 anos. O Município tem pautado a sua ação na atenção que dá às questões sociais.

Assim, pretendeu-se concentrar no mesmo espaço físico toda a atividade desenvolvida pela autarquia na área social com o principal intuito de fomentar a acessibilidade aos munícipes.

Qualquer cidadão do concelho poderá encontrar respostas adequadas às suas necessidades e/ou expectativas no domínio social.

Neste espaço poderão também os residentes no Concelho de Óbidos ter acesso a acompanhamento psicológico e apoio ao luto.

Relativamente à situação económico-social da população residente no concelho vemos que relativamente a:

Rendimento Social de Inserção- I.S.S., I.P.

O Rendimento Social de Inserção (RSI) é uma medida de proteção social criada para apoiar pessoas ou agregados familiares que estejam numa situação de carência económica e/ou risco de exclusão. Para terem acesso a esta medida os indivíduos que solicitem este apoio precisam de cumprir determinados critérios de atribuição. Esta prestação tem a duração máxima de 12 meses com a possibilidade de renovação e, é paga a partir do momento em que é assinado o Contrato de Inserção entre os beneficiários e a Segurança Social.

Relativamente aos beneficiários de RSI podemos ver que nos 4 anos de referência, descritos nos quadros abaixo, existiu uma grande diminuição no número de indivíduos a beneficiar deste subsídio, contudo, não podemos afirmar claramente que esta situação seja devido a uma melhoria nas condições de vida dos beneficiários (integração no mercado de trabalho, por exemplo). Para este facto podem contribuir outros tantos elementos, nomeadamente, o não cumprimento do Contrato de Inserção por parte dos indivíduos, ou por mudança de concelho de residência do agregado familiar. No primeiro semestre de 2018 existem 23 processos deferidos num total de 39 beneficiários, 9 processos foram suspensos.

Q. 36 - Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos por ano

Concelho de Residência	Beneficiários				
	2004	2011	2015	2016	2018
Óbidos	13	210	112	79	23

Fonte: Sistema de Estatística da Segurança Social (SESS/RSI)

Q. 37 - Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos, por escalão etário e ano

Escalão Etário	Beneficiários			
	2004	2011	2015	2016
<= 18 anos	*	93	41	21
19 a 24 anos		7	5	3
25 a 34 anos		20	13	8
35 a 44 anos	*	35	16	12
45 a 54 anos		28	20	16
>= 55 anos	8	27	17	19
Total	13	210	112	79

Fonte: Sistema de Estatística da Segurança Social (SESS/RSI)

* Estes valores violam o segredo estatístico e não podem ser divulgados

Q. 38 - Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos por freguesia e ano

Freguesia de Residência	Beneficiários			
	2004	2011	2015	2016
A - dos - Negros	3	17	*	*
Amoreira	*	43	9	7
Gaeiras	*	22	9	6
Olho Marinho	3	28	30	19
Stª Maria, S. Pedro e S. da Lagoa	4	82	52	30
Usseira		8	8	9
Vau		10	*	*
Total	13	210	112	79

Fonte: Sistema de Estatística da Segurança Social (SESS/RSI)

* Estes valores violam o segredo estatístico e não podem ser divulgados

Q. 39 - Beneficiários de RSI residentes no Concelho de Óbidos, por sexo e ano

Sexo	Beneficiários			
	2004	2011	2015	2016
Feminino	7	105	51	33
Masculino	6	105	61	46
Total	13	210	112	79

Fonte: Sistema de Estatística da Segurança Social (SESS/RSI)

2.8. CULTURA E TURISMO

A secular Vila de Óbidos, com os seus traços de origem medieval é um dos patrimónios históricos e culturais mais importantes do nosso país.

Para além de uma intensa atividade cultural que chama à vila milhares de visitantes todos os anos através de grandes eventos culturais levados a cabo pelo município e pela empresa municipal Óbidos Criativa, o concelho assume-se como um local privilegiado para diversos projetos turísticos.

Já em 2004, data do último Diagnóstico Social, a cultura e o turismo perspetivavam-se como apostas fortes para

o desenvolvimento de Óbidos, em 2018 podemos afirmar que o concelho é um dos destinos turísticos de Portugal mais visitados, não apenas em épocas específicas mas ao longo de todo o ano.

EVENTOS

Com a colaboração e empenho direto da Óbidos Criativa são realizados anualmente diversos eventos que colocam Óbidos não só no mapa nacional como internacional, por esses dias a vila recebe milhares de visitantes de todo o mundo que se deliciam com a cultura, história, doces e diversão que os mesmos proporcionam.



Fig. 7 - Festival Internacional do Chocolate (realizado desde 2003)

Fonte: Gabinete de Comunicação Município de Óbidos



Fig. 8 - Semana Santa de Óbidos

Fonte: Gabinete de Comunicação Município de Óbidos



Fig. 9 - Mercado Medieval de Óbidos (realizado desde 2002)

Fonte: Gabinete de Comunicação Município de Óbidos



Fig. 10 - Folio (realizado desde 2015)
 Fonte: Gabinete de Comunicação Município de Óbidos



Fig. 11 - Óbidos Vila Natal (realizado desde 2006)
 Fonte: Gabinete de Comunicação Município de Óbidos

A Associação de Cursos Internacionais de Música - Casa da Barbacam (ACIM), fundada em 1996 e sediada em Óbidos, apostou na criação de uma série de atividades de cariz artístico-culturais com renome internacional que primasse pela qualidade e na prossecução contínua das iniciativas que se criassem.

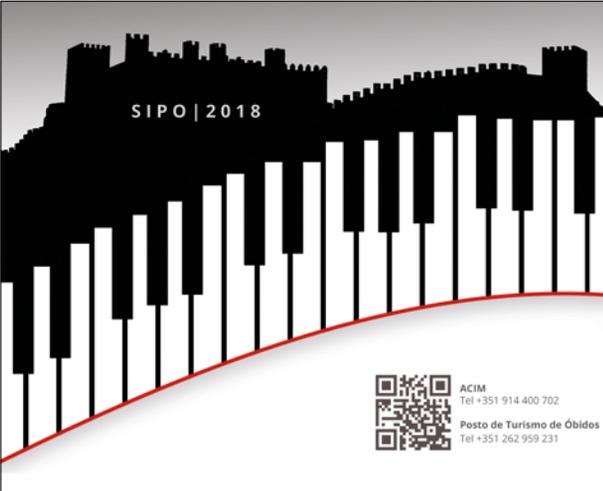
A ACIM trouxe à Região Oeste um cunho prestigiante, nomeadamente, a Óbidos, ajudando ao desenvolvimento local e regional e aliando um contínuo trabalho na “educação” da população para a cultura e arte. Assim, desde 1996, e sem interregno, a ACIM promove a Semana Internacional de Piano de Óbidos (SIPO), que durante 10 dias enche as muralhas de música de piano com concertos à noite e Masterclasses durante o dia. Este evento tem como objetivo trazer músicos de renome internacional num encontro com jovens estudantes de música oriundos também eles de todo o mundo, onde têm oportunidade de se aperfeiçoar na sua arte através do contato direto com grandes mestres.

Óbidos foi a partir de 11 de Dezembro de 2015 considerada pela Unesco Cidade Literária passando assim a fazer parte do programa da Rede de Cidades Criativas.

Esta Rede nasceu em 2004, tem como objetivo promover o desenvolvimento social, económico e cultural, assente nas indústrias criativas.

O projeto “Vila Literária” deu início em 2011, desenvolvido pela Câmara Municipal de Óbidos numa parceria com a Editora Ler Devagar, deste trabalho resultou a criação de livrarias em locais incomuns.

Era objetivo também a regeneração do Centro Histórico, apresentando-se urgente a reabilitação de alguns edifícios e espaços públicos, contudo, na altura o panorama nacional a nível de apoios financeiros não era favorável, era premente encontrar soluções que conseguissem abranger cultura e economia respeitando a história dos espaços.



pianobidos.org

XXIII SEMANA INTERNACIONAL

PIANO DE ÓBIDOS

25 DE JULHO A 11 DE AGOSTO

ACIM
Tel +351 914 400 702
Posto de Turismo de Óbidos
Tel +351 262 959 231

COM O APOIO PATROCÍNIO DA
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

O Presidente da República

acim
ASSOCIAÇÃO DE CURSOS INTERNACIONAIS DE MÚSICA - CASA DA BARBACAM

dgARTES
DIREÇÃO GERAL DAS ARTES

OBIDOS
MUNICÍPIO

ANTENA 2

Fig. 12 - SIPO (realizado desde 1995)

Fonte: Gabinete de Comunicação Município de Óbidos

**Livraria de Santiago****Livraria do Mercado Biológico****Livraria Bichinho de Conto**

A estratégia assentou na criação de um polo cultural e literário dentro de Óbidos, em 2012 foi lançada a maior livraria portuguesa dentro de uma igreja e, em 5 anos Óbidos passou de zero a onze novas livrarias inclusive um hotel literário.



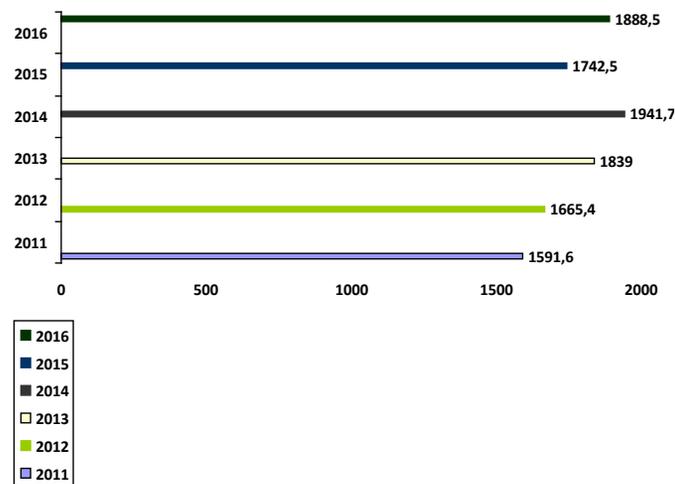
A relevância cultural que adveio destas mudanças marcou Óbidos definitivamente turisticamente.

Para além de livrarias, existem um conjunto de espaços municipais: museus, galerias e residências artísticas e literárias capazes de oferecer novos serviços e oportunidades e autores e artistas que procuram a vila para desenvolverem os seus novos projetos e apresentação dos mesmos.

Durante todo o ano a vila respira cultura tendo talvez o seu ponto mais alto no FOLIO e no Latitudes.

No Gráfico 31 verificamos que o número de dormidas nos estabelecimentos hoteleiros de Óbidos tem tido algumas oscilações em paralelo com os tempos de austeridade, tendo-se sentido em 2016 um aumento em cerca de 108% comparativamente com o ano de 2011.

Gráfico 31 - Dormidas nos estabelecimentos hoteleiros por 100 habitantes



Fonte: PORADATA

A crise financeira instalada em Portugal de 2010-2014 afetou seriamente as economias dos portugueses, durante este período a desigualdade cresceu, o governo decretou cortes básicos, como exemplo, no pico da crise cerca de 52 falências eram declaradas por dia, os salários do setor público tiveram uma redução acentuada e, por isso o poder económico das famílias diminuiu, tendo obrigado as mesmas a fazerem contenção de despesas. Poderemos apontar esta crise financeira como um fator importante para o aumento da procura de produtos turísticos nacionais e daí justificar o aumento que assistimos no número de dormidas no ano de 2014. Com a lenta recuperação económica os portugueses foram ganhando novamente mais poder de compra e voltaram a apostar em férias no estrangeiro pelo que em 2015 assistimos de novo a um decrescendo de dormidas, no entanto, verifica-se que o setor começa a recuperar lentamente desde essa altura.

2.9. SEGURANÇA PÚBLICA/BOMBEIROS

Óbidos é servido pelo Posto Territorial de Óbidos - GNR, cabendo a estes militares fazer o controlo de segurança de todo o Concelho. O Posto Territorial de Óbidos está situado no interior das muralhas, na Rua Direita, tem ao seu dispor 2 viaturas ligeiras e um motociclo, relativamente aos efetivos presentes podemos visualizar no quadro abaixo.

Em colaboração com o Núcleo de Operações Especiais Caldas da Rainha têm sido realizadas diversas ações de sensibilização junto de IPSS's, Centros de Convívio e população em geral, com o objetivo de os manter informados e sensibilizados para diversas questões de segurança.

Este modelo de policiamento de proximidade iniciou-se em Portugal através do Programa Escola Segura, foi percebida a pertinência de o alargar a outras vertentes como os idosos, o comércio, etc.

Estes chamados Programas Especiais pretendem uma verdadeira aproximação da polícia ao cidadão, promovem relações recíprocas de confiança e trabalho sempre com vista à mais fácil, rápida e eficaz resolução de problemas da comunidade, o sentimento passa a ser de pertença em ambos os atores: a Guarda torna-se elemento essencial na comunidade e o cidadão sente-se parte ativa, também, na ajuda aos efetivos.

Foi neste sentido, que a GNR percebeu a importância do desenvolvimento do Policiamento Comunitário, onde se atribui primordial valor às sinergias da comunidade, se estreitam ligações entre a Guarda e todos os parceiros sociais.

Atualmente, falamos em 338 militares diretamente relacionados com os Programas Especiais, divididos em 81 Secções de Programas Especiais que dependem orga-

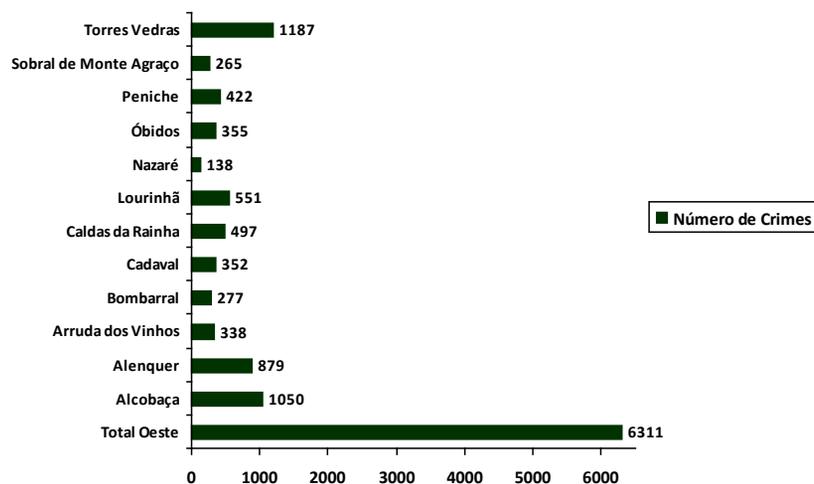
Q. 40 - Efetivo do Posto Territorial de Óbidos - número e categoria

	Número de efetivos		
	2004	2017	2018
2º Sargento	1	0	0
Cabo-Chefe	1	0	0
Cabos	5	10	8
Soldados	13	0	0
1º Sargento	0	1	1
Guardas Principais	0	4	2
Guardas	0	9	10

Fonte: Posto Territorial de Óbidos

nicamente dos Destacamentos Territoriais, recebendo orientação técnica da repartição de Programas Especiais. Existe ainda 1 Oficial responsável pelos Programas Especiais por Distrito (18) e 1 Chefe da SPE (81).

Gráfico 32 - Número de crimes registados na GNR por concelho - ano 2017



Fontes de Dados: DGPJ/MJ
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 26/11/2018

Relativamente a outros concelhos Óbidos encontra-se em 7º lugar no ranking do número de crimes cometidos no ano de 2017, como podemos verificar no gráfico em cima representado. Apesar de não ser dos números mais ex-

pressivos, comparativamente com outros concelhos com maior densidade populacional apresenta um índice de criminalidade medianamente expressivo.

Q. 41 - Crimes registados na GNR: total e por tipo

	Total			Contra as pessoas			Contra património			Contra vida em sociedade		
	2011	2016	2017	2011	2016	2017	2011	2016	2017	2011	2016	2017
Oeste	10128	6450	X	1926	1479	X	6388	3497	X	762	868	X
Óbidos	492	312	376	53	39	35	366	244	281	47	13	51
	Contra o Estado			Contra a identidade cultural, integridade pessoal			Contra animais de companhia					
	2011	2016	2017	2011	2016	2017	2011	2016	2017			
Oeste	102	99	X	-	-	-	II	18	X			
Óbidos	-	4	4	-	-	-	II	-	-			

Fontes de Dados: DGPJ/MJ
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 26/11/2018
 II- Não aplicável
 - Ausência de dados

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência doméstica é um comportamento agressivo que pode ser perpetrado de formas diferentes:

- a nível físico;
- a nível psicológico;
- a nível sexual;
- a nível económico;

estes comportamentos ocorrem em ambiente familiar. Podemos vê-la exercida sobre:

- mulheres;
- homens;
- crianças;
- idosos;
- pessoas mais vulneráveis (por exemplo pessoas portadoras de deficiência);

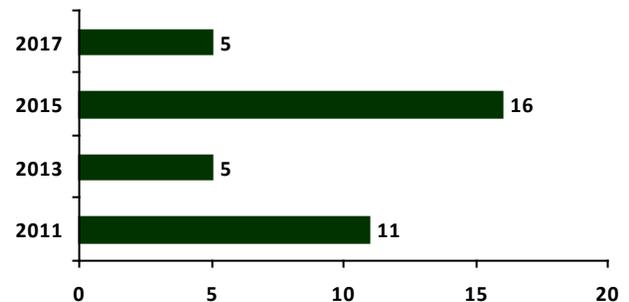
A violência doméstica é considerada um crime público e, isto significa que qualquer cidadão que assista ou tenha conhecimento de uma situação pode e deve denunciar às entidades competentes.

Em Óbidos a população pode recorrer ao Gabinete de Atendimento à Vítima de Violência Doméstica (GAVVD) que se situa no departamento de Ação Social da Câmara Municipal das Caldas da Rainha. Este constitui-se para efetuar o atendimento/acompanhamento às vítimas, tem carácter gratuito e confidencial e, disponibiliza as infor-

mações necessárias, dando resposta adequada às necessidades, tentando dessa forma proporcionar bem estar físico e psicológico às mesmas.

A sua equipa é multidisciplinar estando apta a dar apoio quer a nível psicológico, social e jurídico. No Gráfico 33 podemos visualizar os números relativos à violência doméstica registados pela polícia nos anos compreendidos entre 2011 e 2017.

Gráfico 33 - Crimes de violência doméstica registados pela polícia - violência doméstica contra cônjuge ou análogo - Óbidos



■ Crimes de violência doméstica

Fonte de Dados: DGPJ/MJ
Fonte: PORDATA

Em dezembro de 2014 é inaugurado então o GAVVD, no Q. 42 poderemos ver os dados estatísticos do gabinete de 2015 a abril de 2017, em todos os casos foi aberto um processo e o mesmo foi encaminhado para o Ministério Público, duas das situações foram encaminhadas para casa - abrigo.

Q. 42 - Violência doméstica no Concelho de Óbidos 2015 - 04/2017

Sexo	Nacionalidade	Idade	Est. Civil	Escolaridade	Ocupação	Tipo de Violência
F	Portuguesa	44	Casada	Secundário	Desemp.	Psicológica
F	Outra	39	Casada	Secundário	Doméstica	Física e psicológica
F	Portuguesa	46	Casada	6º ano	Doméstica	Física e psicológica
F	Outra	48	Casada	6º ano	Desemp.	Todos
F	Portuguesa	30	Solteira	6º ano	Desemp.	Física e psicológica
F	Portuguesa	60	Casada	4º ano	Doméstica	Todos
F	Portuguesa	50	Divorciada	4º ano	Desemp.	Física, psicológica e económica
F	Portuguesa	50	Casada	9º ano	Empregada	Física e psicológica
F	Portuguesa	79	Casada	Não sabe ler	Reformada	Física, psicológica e económica
F	Portuguesa	58	Casada	4º ano	Desemp.	Psicológica

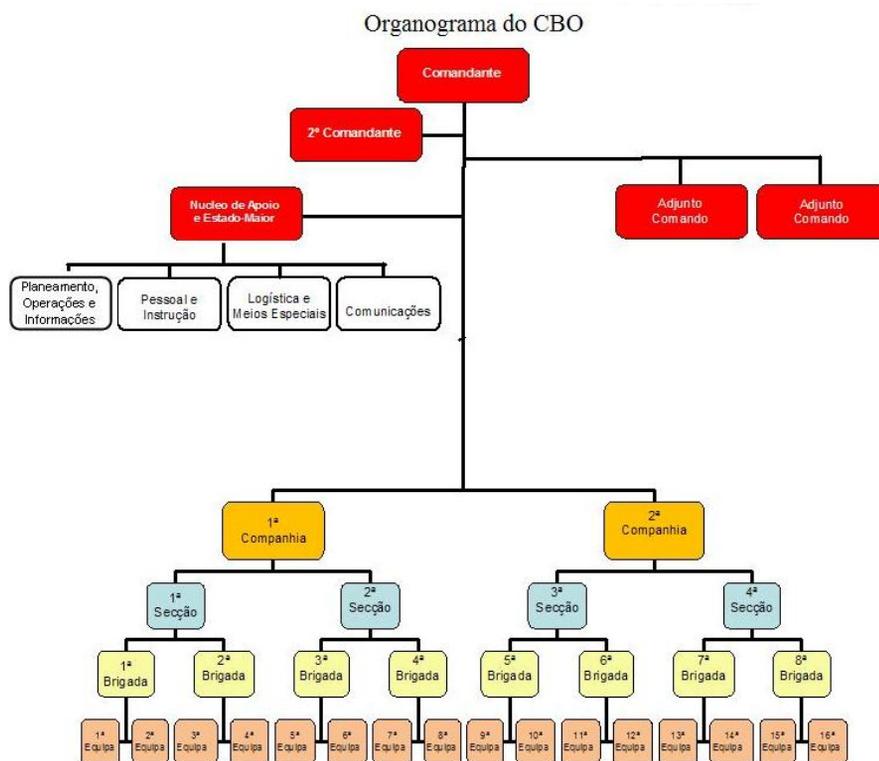
Fonte de Dados: Gabinete de Atendimento à Vítima de Violência Doméstica
Última atualização: junho 2017

BOMBEIROS DE ÓBIDOS

Relativamente aos Bombeiros data de 1927 a existência dos primeiros órgãos sociais desta corporação. A corporação de Óbidos conta em 2018 com 215 elementos:

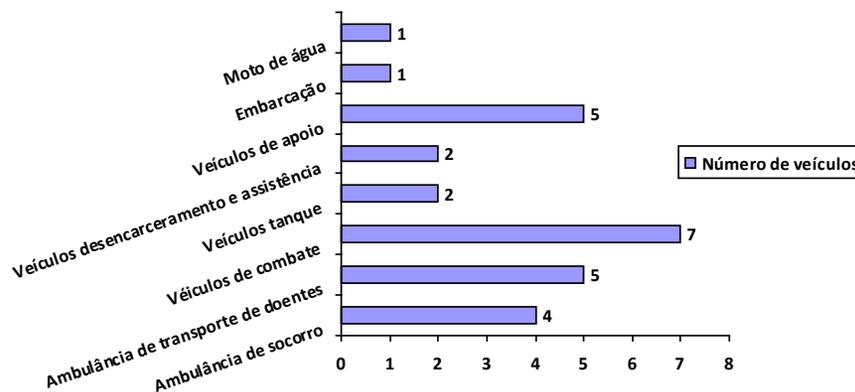
- Quadro Ativo 71 elementos;
- Quadro Reserva 39 elementos;
- Estagiários 9 elementos;
- Cadetes 10 elementos;
- Infantes 30 elementos;
- Quadro de Honra 26 elementos;
- Fanfarra 30 elementos;

No organograma poderemos ver a organização interna do Corpo de Bombeiros de Óbidos.



Relativamente aos veículos ao dispor desta corporação podemos verificar os dados no gráfico abaixo representado:

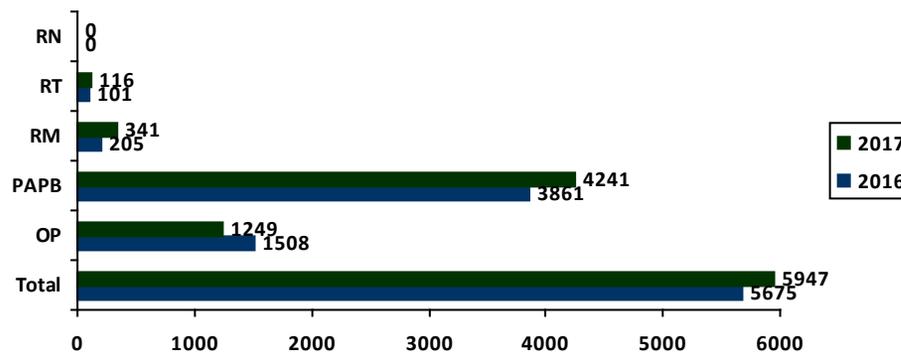
Gráfico 34 - Número de veículos disponíveis na Corporação de Bombeiros de Óbidos - 2018



Fonte de Dados: Corpo de Bombeiros Voluntários do Concelho de Óbidos
Última atualização: 5/12/2018

No que concerne aos serviços realizados em 2017 há registo de 5947 ocorrências, no gráfico abaixo podemos ver a comparação de registos entre 2016 e 2017 por diferenciação de serviços.

Gráfico 35 - Total de Ocorrências 2016 e 2017



Fonte de Dados: Corpo de Bombeiros Voluntários do Concelho de Óbidos

Riscos Naturais (RN) - Cheia; Ventos Fortes; Sismo; Nevões; Ondas de calor; Ondas de frio; Secas; Inundação por galgamento costeiro; Erosão costeira; Colapso de cavidades subterrâneas naturais; Atividade vulcânica; Queda de meteorito. **Riscos Tecnológicos (RT)** - Incêndios em Edifício; Incêndios em equipamento e produtos; Incêndios em Transportes; Acidentes; Acidentes industriais e tecnológicos; Comprometimento total ou parcial de segurança, serviços ou estruturas. **Riscos Mistos (RM)** - Incêndios rurais; Incêndios em detritos. **Proteção e Assistência a Pessoas e Bens (PAPB)** - Assistência em saúde; Colaboração em proteção à integridade física; Assistência e prevenção a atividades humanas. **Operações e Estados de Alerta (OP)** - Pré - posicionamento de meios; Exercício ou simulacro; Deslocações em formação; Deslocações oficiais; Deslocações em serviço geral; Operações Nacionais de socorro; Operações nacionais de assistência; Missões internacionais.

CAPÍTULO II

REDE SOCIAL DE ÓBIDOS

1. INTRODUÇÃO - A REDE SOCIAL E A ATUALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SOCIAL

1.1. Diagnóstico Social

1.2. Rede Social

1.2.1. RISO

1.3. Metodologia

1. INTRODUÇÃO

A REDE SOCIAL E A ATUALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SOCIAL

O Programa REDE SOCIAL, criado na sequência da Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro, constitui uma parceria alargada entre entidades públicas e privadas e visa a concertação das ações desenvolvidas pelos diferentes agentes locais, com o intuito de fomentar a otimização de recursos, em prol da erradicação da pobreza e exclusão social e da promoção do desenvolvimento social no território.

Para tal, a metodologia de funcionamento da Rede Social prevê a elaboração de alguns documentos fundamentais no domínio da intervenção social, e um deles é o Diagnóstico Social.

Nesta linha, o presente documento consiste na atualização do Diagnóstico Social do Concelho de Óbidos, pretendendo-se caracterizar a diversidade dos fenómenos da realidade social, bem como, tendo em conta as necessidades detetadas, produzir um conhecimento que induza à otimização dos recursos existentes e à criação de novos planos/intenções que atuem de forma eficaz e eficiente no território.

1.1. DIAGNÓSTICO SOCIAL

Diagnóstico deriva do grego *diagnostikós*, que significa apto para conhecer, este é uma das etapas fundamentais no processo de planeamento da intervenção social. O conhecimento é o princípio fundamental no Diagnóstico Social. A correta intervenção social só será eficaz se houver um conhecimento real e concreto das situações-problema. É necessário conhecer para atuar e só conhecendo podemos agir com eficácia e eficiência.

Realizar um diagnóstico social pressupõe:

- identificar necessidades, problemas e situações em que urge arranjar solução;
- criar um prognóstico da situação a resolver, a curto ou a médio prazo;
- compilar o quadro de recursos e meios disponíveis para a resolução da situação-problema;
- erigir um conjunto de prioridades dos problemas identificados, com a consciência de que nem todos poderão ser resolvidos;
- realizar uma análise de situações que poderão surgir e dessa forma influenciar positiva ou negativamente no processo de intervenção social;

Segundo Aguilar Idáñez e Ezequiel Ander-Egg (Diagnóstico Social: conceitos e metodologias, REAPN, 2008) o Diagnóstico Social é

“um processo de elaboração e sistematização de informação que implica conhecer e compreender os problemas e necessidades dentro de um determinado contexto, as suas causas e a evolução ao longo do tempo, assim como os fatores condicionantes e de risco e as suas tendências previsíveis, de forma que se possa determinar de antemão o seu grau de viabilidade e eficácia, considerando tanto os meios disponíveis como as forças e atores sociais envolvidos nas mesmas.”

Falar em Diagnóstico Social é descrever um momento integrante do processo de intervenção. Este possui um caráter dinâmico que traduz a inexistência de um fim, por isso pressupõe uma atualização periódica, assim como, para que as intervenções dele resultantes terem a possibilidade de ser alteradas/melhoradas consoante o período social em que se vive, constituindo-se assim como uma verdadeira “arma” para o desenvolvimento bio-psi-co-social da comunidade visada.

O Diagnóstico Social pode comportar três fases:

- 1ª Pré- Diagnóstico
- 2ª Diagnóstico
- 3ª Prioridades

Volvidos 12 anos da realização do último Diagnóstico Social do Concelho de Óbidos, entende-se ser a altura de o atualizar. Como referimos anteriormente este é um instrumento dinâmico que carece de atualizações, que se pretende que seja produzido com a participação ativa de todos os parceiros, por forma a permitir o conhecimento e compreensão da realidade social atual, através da identificação das necessidades, da deteção dos problemas prioritários e respetivas causalidades, bem como dos recursos, potencialidades e constrangimentos locais. Ao longo de 13 anos (o último Diagnóstico Social elaborado foi em 2004) o Concelho sofreu alterações visíveis, foram sendo feitos pequenos diagnósticos direcionados para áreas específicas que conduziram sempre a novas medidas adequadas à população. Contudo, sente o Município necessidade de possuir um diagnóstico mais pormenorizado e completo da realidade atual ao nível da sua dinâmica social, cultural, educacional e económica.

Assim, Óbidos passou a ser um Concelho com qualidade de vida, oferecendo a quem o procura condições únicas para viver, trabalhar e divertir. Tendo uma localização

estratégica reúne as melhores ofertas aos mais diversos níveis:

- um ensino inovador e de qualidade: as Escolas d’Óbidos;
- uma oferta habitacional diversificada e de qualidade, na região;
- a proximidade a praias: Óbidos, Foz do Arelho e Peniche;
- infraestruturas de desporto e lazer: piscinas municipais, campos de golfe, escolas de equitação, escola de vela, escolas de surf, porto de embarcações de recreio;
- intensa vida cultural, durante todo o ano, e acesso a atividades como música, dança, teatro, pintura, escultura e grandes eventos de entretenimento;
- um Parque Tecnológico reconhecido como o único parque empresarial estruturante orientado para as indústrias criativas ;
- o Programa Carbono Social - um projeto de grande dimensão, tendo em vista a redução das emissões de gases com efeitos de estufa na área do Município e uma maior retenção de carbono.

De salientar e agradecer a participação ativa das diversas instituições do Conselho Local de Ação Social de Óbidos (CLASO) no âmbito da construção do diagnóstico, bem como o envolvimento dos Presidentes de Junta, dos empresários locais e da população concelhia, cujos contributos nos permitiram consolidar um processo integrado, participado e multidisciplinar e conjugar, neste documento, uma diversidade de perspetivas que refletem a realidade local aos olhos dos diferentes atores.

1.2. REDE SOCIAL

Este programa incentiva os organismos do setor público (serviços desconcentrados e autarquias locais), instituições solidárias e outras entidades que trabalham no âmbito da ação social, a conjugarem os seus esforços para prevenir, atenuar ou mesmo erradicar situações de pobreza e exclusão e ao mesmo tempo promover o desenvolvimento social local através de um trabalho de parceria.

O designio das redes deve traduzir-se na criação de Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), enquanto formas organizativas concretas que materializam a rede social, constituindo plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social. Compete ao I.S.S., I.P., a gestão, dinamização, acompanhamento e avaliação do programa Rede Social. (I.S.S., I.P.)

Assim, de acordo com estas linhas orientadoras o Município de Óbidos promoveu a dinamização e consolidação de parcerias locais e a 11 de novembro de 2002 materializa-se o CLASO, na altura aderiram 33 entidades, tendo sido aprovado o respetivo Regulamento em reunião a 3 de abril de 2003.

A atualização do Diagnóstico Social que nos propusemos elaborar supõe:

- listar os problemas declarados pelos diversos atores sociais relevantes;
- avaliar os problemas segundo a perspetiva desses atores;
- situar os problemas no tempo e no espaço;
- verificar se existe complementaridade ou contradição entre os problemas declarados;
- identificar fatos que evidenciam a existência de problemas;

- levantar causas e consequências;
- selecionar as causas críticas que podem ser objeto de intervenção.

Após o diagnóstico pressupõe-se a construção de um Plano de Desenvolvimento Social (PDS), onde estejam inscritos os objetivos e estratégias de intervenção definidos para um quadro temporal alargado (+/-3 anos).

O PDS é um instrumento utilizado de forma conjunta, planificado por diferentes setores e parceiros, em que são definidos objetivos prioritários para a promoção do desenvolvimento social local. O objetivo é, mas não só, a produção de efeitos corretivos relativos à pobreza, desemprego e exclusão social, mas também efeitos de prevenção através de ações indutivas de mudança nas comunidades sempre com o objetivo último de melhorar as condições de vida das populações.

Apesar de o PDS ser um instrumento que traça um retrato social desejável, este não é estático, subentende a planificação de ações e estratégias a desenvolver com o propósito de alcançar esse panorama positivo, considera sempre, ou deve considerar, que poderão existir obstáculos à sua realização/concretização e assim tenha previstos “planos B”. Deve planear tendo em conta não apenas a realidade presente mas as ameaças ou as oportunidades futuras no processo de implementação do plano, só assim poderá tirar o maior partido superando-as ou contornando-as.

O PDS traz algumas vantagens, nomeadamente, este permite:

- “integrar no local as medidas e políticas definidas nos vários níveis da Administração Local, Regional, Nacional (...) e ainda ao nível da União Europeia favorecendo a adequação aos contextos locais (...);

- a racionalização e a adequação de recursos e das iniciativas em curso (...);
 - rentabilizar os saberes e o conhecimento de terreno dos técnicos e das organizações locais na identificação dos problemas e soluções e na definição de estratégias mais adequadas para a sua resolução; (...)"
- (in Plano de Desenvolvimento Social- Programa Rede Social, 2002)*

Para efetivar a atualização do Diagnóstico Social do Concelho foi necessário selecionar o método que melhor se adequava, assim, foi escolhido o método da investigação-ação.

1.2.1. METODOLOGIA

Um dos pioneiros da investigação-ação foi o psicólogo alemão Kurt Lewin (1890-1947). Na década de 1960, na área de Sociologia, depressa se percebeu que o profissional teria de ir para o terreno, só assim conseguiria assumir as consequências dos resultados das suas investigações, colocando-os em prática e assim interferir no curso dos acontecimentos.

A investigação-ação é um forte instrumento para mudar e melhorar ao nível local. O trabalho de Lewin era muito nesse sentido, mudar as oportunidades de vida dos indivíduos desfavorecidos com os quais ele trabalhava nomeadamente ao nível da habitação, emprego, socialização. É possível utilizar este método em diversas áreas onde existem problemas envolvendo pessoas, tarefas e procedimentos que exijam uma solução onde sejam necessárias mudanças para alterar resultados.

A Investigação-ação considera o “processo de investigação em espiral”, interativo e focado num problema, esta característica cíclica pressupõe que as fases finais servirão para sublimar os resultados das fases anteriores.

Como o nome indica, é uma metodologia que tem o duplo

objetivo de ação e investigação, no sentido de obter resultados em ambas as vertentes:

- Ação – para obter mudança numa comunidade ou organização ou programa;
- Investigação – no sentido de aumentar a compreensão por parte do investigador, do cliente e da comunidade.

De uma forma simplificada podemos afirmar que a investigação-ação é uma metodologia de investigação orientada para a melhoria da prática nos diversos campos da ação (Elliott, 1996). Por conseguinte, o duplo objetivo básico e essencial é, por um lado obter melhores resultados naquilo que se faz e, por outro, facilitar o aperfeiçoamento das pessoas e dos grupos com que se trabalha.

Esta metodologia orienta-se para a melhoria das práticas mediante a mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessas mudanças. Permite ainda a participação de todos os implicados.

Aliás, Ventosa Pérez (1996) acrescenta: “encontramo-nos perante um tipo de investigação qualitativo como um processo aberto e continuado de reflexão crítica sobre a ação.”

O método da investigação-ação constitui-se como um processo de natureza coletiva com três objetivos principais: a investigação, enquanto forma de produção de conhecimento sobre a realidade; a inovação, através da introdução de mudanças no objeto de estudo, com vista a resolução dos problemas identificados; e a formação de competências inerente a um processo de aprendizagem social de todos os participantes no projeto. Como tal, o problema inicial da pesquisa advém do terreno e a investigação que daí decorre, é levada a termo com o recurso à participação de todos os atores que interagem no contexto em foco.

Por seu turno, a metodologia participada de projeto enquadra-se no método de investigação-ação enquanto processo de planeamento dos projetos, cuja ênfase se coloca no desenvolvimento da capacidade dos grupos sociais definirem os seus objetivos, tal como os meios e os recursos para os concretizarem, face a uma situação futura desejável.

Nesta linha, o presente diagnóstico tem como objetivo primordial conceber um retrato atual e fidedigno da realidade, com o intuito de possibilitar o subsequente planeamento operacional de um Plano de Desenvolvimento Social a implementar num futuro próximo.

A prossecução deste trabalho decorreu ao longo de 2016/2017 e assentou em três técnicas de recolha de informação, a saber: a análise documental, a criação de grupos de trabalho inter institucionais e a organização de momentos de discussão com indivíduos ligados a coletividades.

A análise documental baseou-se, por excelência, na recolha de informações estatísticas junto de fontes oficiais (como sejam INE, Censos 2011, IEFP-IP, GIP, Carta Social, GEP -Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS, Pordata, Centro de Saúde, Segurança Social, a título de exemplo) e junto das instituições locais que atuam no terreno, tendo-se procurado, sempre que possível, contextualizar a realidade concelhia nos territórios em que se insere e proceder a uma análise temporal evolutiva que abarca, preferencialmente, os últimos 5 anos (2011 a 2016), o que nos permite esclarecer a dimensão dos fenómenos detetados no município.

Por outro lado, a análise das informações estatísticas recolhidas privilegiou o recurso a diversas fontes teóricas, o que nos permitiu desenhar um quadro concetual de referência, indispensável para uma compreensão alargada e aprofundada dos temas em foco.

A criação de grupos de trabalho- focus group- inter institucionais teve como principal objetivo a elaboração de análise SWOT (FOFA) [Strengths (Forças) Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades), Threats (Ameaças)] temáticas, que nos permitem obter uma dimensão qualitativa e aceder às perceções subjetivas dos profissionais que atuam no terreno. O focus group é uma ferramenta utilizada para apurar as opiniões de um grupo sobre um determinado tema, questão ou ideia, com este método consegue-se reunir os vários parceiros envolvidos na “vida social” do Concelho onde se está a realizar o diagnóstico e, desta forma “beber” de uma série de visões, recolher informações e opiniões, enriquecendo assim o mesmo através de perspetivas diferenciadas. O conhecimento produzido nestes grupos de trabalho complementa os resultados estatísticos e introduz uma perspetiva analítica mais qualitativa, fundamentada na experiência de trabalho dos técnicos que atuam diariamente no terreno. Em simultâneo, os contributos recolhidos nestes grupos possibilitaram a identificação de sugestões de intervenção a ter em conta, posteriormente, aquando da conceção do PDS.

A utilização desta ferramenta tem vantagens e desvantagens, a saber:

VANTAGENS:

- informação detalhada sobre os valores e opiniões dos participantes envolvidos;
- sendo uma reunião com o grupo existe menos tendência às opiniões poderem ser influenciadas pelo técnico que se encontra a realizar o diagnóstico, ao contrário do que poderá acontecer em entrevistas individuais;
- a participação dos vários intervenientes possibilita a existência de um certo equilíbrio nas respostas, facilitando assim a análise e discussão das mesmas;

- permite ainda num curto período de tempo recolher uma panóplia de opiniões e ao mesmo tempo perceber as posições de cada ator social;

DESVANTAGENS:

- exige alguma disponibilidade de tempo por parte dos intervenientes não só para estarem presentes em reuniões mas também para exporem as suas opiniões perante outros indivíduos;
- devido às origens laborais, políticas ou outras dos intervenientes, pode assistir-se por vezes a discussões um pouco tendenciosas;

A análise concretizada e a subsequente estruturação do documento, organizou-se em torno de áreas temáticas que se revelam significativas para a criação e/ou prosseguimento de dinâmicas integradas e sustentadas do desenvolvimento local, nomeadamente: Demografia e População; Habitação/ Habitação Social; Empresas e Atividades Económicas, Emprego e Formação Profissional, Educação; Intervenção Social; Saúde; Ambiente e Segurança Pública.

O Diagnóstico Social é então, o primeiro resultado da fase de execução do Programa de Implementação da Rede Social, ao qual se segue a elaboração do PDS. Com o Plano de Desenvolvimento Social passa-se de um nível de informação para um nível de decisão.

1.2.2. REDE PARA A INOVAÇÃO SOCIAL NO OESTE (RISO)

A RISO é um projeto inserido no PDCT (Pacto para o Desenvolvimento e Coesão Territorial do Oeste), que pressupõe ações integradas de promoção local da inclusão social e ativa. Este projeto é financiado através do Fundo Social Europeu, mais concretamente o Centro 2020.

Óbidos é um dos municípios integrantes deste projeto que promete ser uma mais valia para a Região Oeste, aproveitando fundos comunitários com o objetivo de incrementar novas ideias e projetos nos municípios envolvidos, com base numa relação de partilha e trabalho em equipa. Sendo Óbidos um Concelho aberto à inovação e sedento de novas oportunidades, sempre tendo em vista a melhoria das condições dos seus munícipes, é óbvio que aceitou de imediato este novo desafio.

A Inovação Social, é um conceito de desenvolvimento, implementação de novas ideias (sejam eles produtos, serviços ou modelos programáticos) que respondam diretamente às necessidades sociais e que incrementem e fixem novas relações sociais (entre municípios e outras entidades) baseadas num modelo de colaboração inter institucional.

A RISO baseou-se numa metodologia de trabalho dividida em 3 fases distintas, estando agora a culminar a 1ª fase.

Fase 1 - Estruturação e definição do plano de ação da “Rede para a Inovação Social no Oeste”

Fase 2 - Apoio na preparação da candidatura “Rede para a Inovação Social no Oeste”

Fase 3 - Apoio na implementação, acompanhamento e monitorização da “Rede para a Inovação Social do Oeste”

Assim, a estratégia da RISO terá como meta o ano 2020 e irá passar por 4 níveis estratégicos:



Com base na visão foram estabelecidos os eixos de intervenção (1 transversal e 4 específicos) a serem trabalhados em simultâneo pela OESTE CIM e os vários agentes, assenta em objetivos estratégicos e estes constituem o quadro de referência estratégico para a criação das ações de suporte do plano de ação.

Eixos de Intervenção	
Transversal	Específicos
Eixo 1 - Articulação e otimização de mecanismos regionais	Eixo 2 - Sensibilização, inclusão e participação ativa
	Eixo 3 - Incremento da qualidade de vida da comunidade
	Eixo 4 - Apoio na construção e valorização de projeto de vida
	Eixo 5 - Prevenção de comportamentos de risco

Fonte de Dados: RISO, Plano de Ação 2017 / Fonte: OESTE CIM

O Plano de Ação para a RISO é composto por 19 projetos alinhados com os eixos de intervenção e respetivos objetivos estratégicos.

CAPÍTULO III

RECURSOS DISPONÍVEIS

1. PROGRAMAS E PROJETOS DO MUNICÍPIO

1. PROJETOS E PROGRAMAS DO MUNICÍPIO

Muitas têm sido as iniciativas do Município na articulação com a comunidade, escolas, associações e empresas do concelho com o objetivo de estabelecer pontes que fortaleçam o território enquanto contexto de partilha e aprendizagem.

Neste Diagnóstico importa enumerar os projetos/programas/medidas promovidos pelo Município de Óbidos em articulação com outras entidades da comunidade em diferentes áreas temáticas.

ÁREAS:

Intervenção Social

Apoio aos munícipes e instituições:

- Serviço Social - atendimentos;
- Núcleo de Gestão de Candidaturas;
- Núcleo Local de Inserção;
- OBI - Mobilidade para Todos;
- Consultas de Psicologia Clínica;
- Enxoval do Recém- Nascido;
- Programa abem: Rede Solidária do Medicamento;

Planeamento e análise da Intervenção Social

- Rede Social
- Grupo Concelhio de Apoio ao Idoso;

Promoção da cidadania

- CLAIM - Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes;
- GAE - Gabinete de Apoio ao Emigrante;
- GIP - Gabinete de Inserção Profissional;

Idosos

- Programa Melhor Idade;

Habitação

- Programa Re-Habitar;

CPCJ de Óbidos - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

a) Intervenções de âmbito local

CRESCER MELHOR

O Município de Óbidos, em 2003, atendendo aos objetivos definidos na Lei-Quadro da Educação Pré-escolar e também à evolução do quadro social e familiar do concelho, criou um programa que integra a componente de apoio à família não só no pré-escolar, mas também nos 1.º CEB e 2.º CEB, com o serviço de refeições e de prolongamento de horário. Neste programa é dedicada especial atenção ao papel da escola/instituição educativa na prestação de serviços de apoio social às famílias apresentando-se como uma medida que reflete a co - responsabilização de toda a comunidade local na procura de diferentes soluções de acordo com as reais necessidades dos pais e promovendo o bem-estar das crianças. Assim, as entradas, os almoços, os tempos após as atividades letivas e os

períodos de interrupções e férias, são organizados para responder às necessidades das crianças/alunos e das famílias nos complexos e jardins de infância do concelho.

MÚSICA

Através do poder criador a música é vista como fonte importante de estímulos que é , de equilíbrio, felicidade e auto estima para as crianças. No contexto escolar a música tem a finalidade de ampliar e facilitar a aprendizagem das crianças, ensina-as a ouvir, escutar, melhorar o vocabulário, o desenvolvimento da fala, o autocontrolo, orientação espacial e temporal, lateralidade, formas geométricas, coordenação motora, gestos, expressão facial e corporal, a percepção de silêncio, auditiva e visuais de maneira ativa e refletida. Os objetivos são apresentar as fontes sonoras de tudo o que produz sons por meio da voz, do corpo, objetos, instrumentos musicais e sons da natureza; leva-os a identificar através de batimentos corporais a pulsação de diferentes exemplos musicais; ensina às crianças noções básicas da teoria musical como: ritmo, pulsação, melodia, timbre, altura dos sons e outros; estimula a capacidade de observação, atenção e concentração; dá a conhecer as diferentes famílias de instrumentos; ajuda a adquirir técnicas de tocar instrumentos e desenvolve competências de execução.

ENSINO ARTICULADO DA MÚSICA

É um regime de ensino financiado pelo Ministério da Educação, através do qual é permitido aos alunos frequentarem, em simultâneo, disciplinas de formação geral nas nossas escolas do 2º e 3º CEB e as disciplinas de formação vocacional, numa escola do ensino especializado da música. O Curso de Música integra na componente musical as seguintes disciplinas: Instrumento (45 minu-

tos); Formação Musical (90 minutos) e Classe de Conjunto que pode ser Orquestra e/ou Coro (135 minutos). O Curso Secundário de música é constituído por três anos letivos. Visa desenvolver a formação artística dos jovens, contribuindo para a inserção no mercado de trabalho artístico ou para a progressão de estudos no ensino superior. Para ter acesso ao curso, os alunos terão de fazer provas às disciplinas de formação musical e instrumento.

FÁBRICA DA CRIATIVIDADE

A Fábrica da Criatividade é um programa criado em 2011, que pretende gerar um conjunto de projetos, com vista à promoção da criatividade e inovação nas escolas e na comunidade. Este programa estrutura-se de uma forma dinâmica e flexível, através da criação de projetos-ação, como o atelier criativo, o Óbidos Anima, Working Progress e o Story Centre. Ao longo do ano letivo os projetos da Fábrica da Criatividade desenvolvem-se com crianças/alunos do Pré-escolar, Ensino Básico e Secundário.

NIMO - NÚCLEO DE INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE ÓBIDOS

A Escola contemporânea não se restringe ao núcleo básico do desenvolvimento cognitivo, mas acumula o desenvolvimento da personalidade, da afetividade e da sociabilidade, num processo relacional dinâmico. Emerge um novo paradigma educacional, dando cumprimento ao estabelecido na Lei nº 51/2012, de 05 de setembro onde aprova o Estatuto do Aluno e Ética Escolar e estabelece os direitos e os deveres do aluno dos ensinos básico e secundário e o compromisso dos pais ou encarregados de educação e dos restantes membros da comunidade educativa na sua educação e formação, revogando a Lei nº 30/2002, de 20 de dezembro. No seu Artigo 35.º é refe-

rido que todos os agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas podem, se necessário, constituir uma equipa multidisciplinar destinada a acompanhar em permanência os alunos, designadamente aqueles que revelem maiores dificuldades de aprendizagem, risco de abandono escolar, comportamentos de risco ou gravemente violadores dos deveres do aluno ou se encontrem na iminência de ultrapassar os limites de faltas previstos no presente Estatuto. As equipas multidisciplinares devem pautar as suas intervenções nos âmbitos da capacitação do aluno e da capacitação parental tendo como referência boas práticas nacional e internacionalmente reconhecidas. Estas equipas impõem uma visão mais ampla, de modo a integrar o sujeito da aprendizagem, a sua família e os seus sistemas significativos, funcionando a escola, muitas vezes, como mediadora do processo inter-relacional.

É nesta perspetiva que surge o projeto NIMO, em novembro de 2014, constituído por uma equipa de profissionais (especializados) de diversas áreas, atuam em toda a rede escolar do Concelho de Óbidos. Esta equipa multidisciplinar destina-se a acompanhar em permanência as crianças/alunos e encarregados de educação.

A intervenção desta equipa tendo como referências as boas práticas nacional e internacionalmente reconhecidas intervêm nas seguintes valências de apoio educativo para todos os ciclos de ensino:

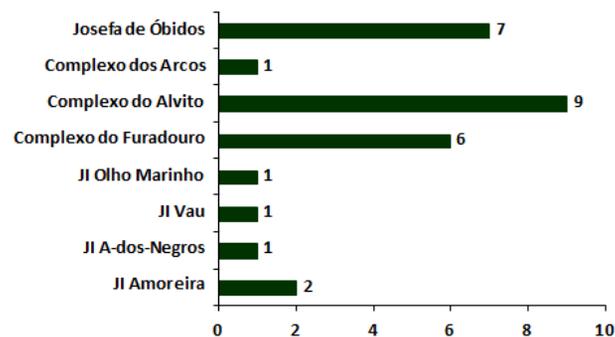
- Terapia Familiar
- Assistência social
- Assistente social com especialização em Bullying
- Psicologia Clínica
- Terapia Ocupacional*
- Neuropsicologia

- Psicomotricidade
- Terapia da Fala
- Nutrição
- Escola de Pais

** Terapia Ocupacional, relativamente ao ano letivo 2016/2017, onde a intervenção foi realizada nos estabelecimentos de ensino do Agrupamento de Escolas de Óbidos (jardins de infância; 1º, 2º e 3º ciclos e no âmbito do Programa Melhor Idade. É objetivo das sessões de Terapia Ocupacional promover e manter a saúde física e mental, estimular, restaurar e /ou reforçar capacidades funcionais, facilitar a aprendizagem de funções essenciais, promover e potenciar a participação, desenvolver competências de autonomia nas atividades de vida diária.*

De setembro de 2016 a julho de 2017 foram abrangidos 28 alunos (sendo 7 do sexo feminino e 21 do sexo masculino) do Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos e 10 utentes do Programa Melhor Idade.

Gráfico 36 – Número de alunos apoiados em Terapia Ocupacional por estabelecimento escolar



■ Estabelecimentos Escolares envolvidas - Terapia Ocupacional, jul'17

Gráfico 37 – Número de alunos apoiados em Terapia Ocupacional na Sala de Recursos Multifuncionais por estabelecimento escolar

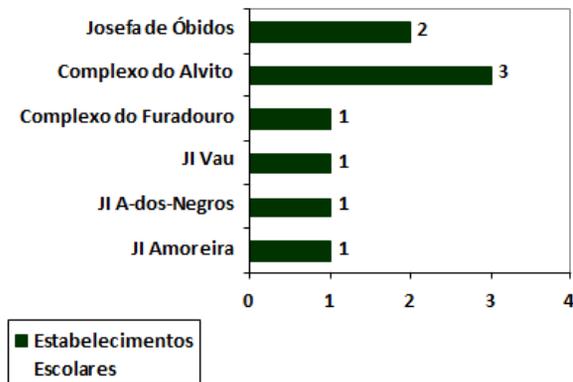
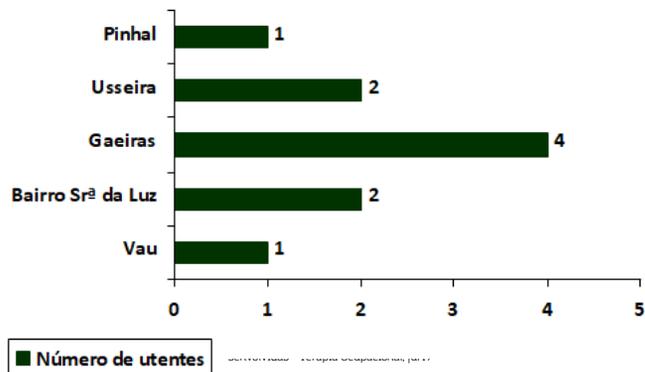


Gráfico 38 – Número de utentes do Melhor Idade apoiados em Terapia Ocupacional por Centro de Convívio



MEDIAÇÃO DE CONFLITOS – PERSPETIVA RESOLUTIVA E PREVENTIVA

É um projeto que visa promover o desenvolvimento da personalidade, o progresso social e a participação democrática na vida do coletivo. Pretende ainda uma abordagem no âmbito da mediação resolutiva.

Existe um gabinete de mediação de conflitos para o qual são encaminhados alunos em conflito/tensão e, face aos quais as promotoras do projeto ajudam com técnicas de mediação de conflitos a gerir as diferenças, ajudando os alunos a sair de uma perspetiva centrada em si, para uma perspetiva capaz de articular as necessidades do próprio com as do outro, gerando soluções cooperativas para as diferenças. São, ainda, formados alunos com as técnicas de mediação para que eles próprios venham a dinamizar mediações com colegas e a participar em várias dinâmicas do projeto.

Na perspetiva preventiva da mediação de conflitos cabem todas as abordagens que permitam o espírito de cooperação, interagida, respeito pelo próprio e pelos outros.

Durante a vigência deste Projeto Educativo pretende-se:

- desenvolver ações diversas dentro e fora das turmas que culminem em diversos projetos cooperativos;
- ações mensais a pais;
- ações para outros agentes educativos;

YOGA (existe como Atividade Extra Curricular)

Iniciou-se a atividade extra curricular de Yoga nas escolas de Óbidos com o objetivo de promover a concentração, trabalho de equipa e equilíbrio emocional dos alunos. O Município de Óbidos pretende chegar às intenções de todos os alunos e agentes educativos, tendo alargado a atividade também a professores e funcionários. Esta é

uma oferta complementar suportada pelo município com o objetivo claro de promover o bem-estar e o sucesso educativo. É um projetos para todas as etapas educativas e funciona desde 2014.

ÓBIDOS VILA LITERÁRIA

O Projeto da Vila Literária de Óbidos é uma iniciativa da Ler Devagar em colaboração com o Município de Óbidos e da empresa municipal Óbidos Criativa e representa um local onde a literatura se sucede e se apresenta, em que o livro é a figura principal. Este projeto tem o objetivo de transformar Óbidos numa vila dos livros e alavancar uma nova economia através do livro e da literatura. Já estão em funcionamento dez livrarias dentro do centro histórico da Vila de Óbidos e é, agora, necessário desenvolver ainda mais a componente cultural e as dinâmicas em volta do livro. Com uma presença permanente de agentes e de dinâmicas na área do livro, em diferentes suportes, quer-se promover a cultura da escrita e da leitura em atividades como festivais, apresentações, encontros, representações, projeções, concertos, sessões de leitura e de escrita. Aqui encontra-se um catálogo vivo de livros disponíveis da edição portuguesa, incluindo temáticas generalistas ou específicas, como Poesia, Fotografia, Infantil, Design e Criatividade, Viagem, Aventura e Natureza, Gastronomia, Vinhos e Vícios, História, Património e Religião, etc.

FOLIO - FESTIVAL INTERNACIONAL DE LITERATURA

Criar um festival Literário em Óbidos é um desafio de (re) construção e expansão das formas de expressão artística que constata com a literatura e se relacionam numa dialética de territórios, pessoas e conceitos - dentro e fora dos livros. O processo de concetualização deste festival tem em conta as amplas ligações de todas as formas

de arte com a literatura; a convergência de abordagens num processo de ligação a produtos literários e/ou convergentes numa perspetiva literária definível. Pretende-se neste festival desconstruir o estigma do autor intocável promovendo a abordagem de temas do quotidiano que permitam a todo o tipo de público aceder ao conteúdo humano do autor criando um relação dialética intensa entre autor e público. As relações improváveis entre a hipótese e as ações comuns e quotidianas, abrem um espaço estético de relevância que torna o festival aliciante do ponto de vista de uma fruição mais leve dos conteúdos literários. O FOLIO não é constricto ao espaço do centro histórico de Óbidos. A intenção de expandir o festival e as suas dinâmicas pelo território, permite que aconteça, na amplitude de um espaço geográfico mais alargado, um evento de sucessivas participações da comunidade devido à dinâmica de inclusão e participação da(s) comunidade(s) no Concelho de Óbidos. Este festival está inserido numa agenda global que dá a conhecer e conhece os escritores, dando a oportunidade de o público português contactar diretamente com o contexto literário internacional.

INTERNACIONALIZAÇÃO

Conscientes, ainda, de uma necessidade cada vez mais evidente de internacionalização e conhecimento do espaço Europeu, onde o isolamento dos territórios os condena ao desaparecimento e ao êxodo eminente, Óbidos pretende proporcionar aos seus professores, alunos e funcionários um contato cada vez mais próximo com outras realidades do contexto Europeu, ao nível da educação, que forneça elementos de compreensão e desenvolvimento estruturado das suas competências e os possam adaptar e aplicar à sua própria realidade. A partilha, por um lado, e a construção sucessiva de conhecimento através do contato com realidades diversas e dispersas é essencial e representa uma forma de desenvolvimento susten-

tado nas pessoas e na relação de projetos com pessoas, projetos com projetos e pessoas com pessoas. Estas três vertentes relacionais que estão aptas a criar sinergias de desenvolvimento e progressão efetiva da dimensão educativa, adaptando-se a um território com consciência de si próprio e capaz de se tornar uma potência local efetiva. Assim, Óbidos tem efetivado parcerias em contexto europeu na área da educação como é o caso dos projetos Comenius Regio, com Reggio Emilia (programa já concluído que resultou, entre outras coisas, num trabalho muito ligado à educação pela arte e criatividade que se reflete na própria dinâmica dos ateliers criativos) e com a escola de Hellerup (programa em curso que baseia a parceira no desenvolvimento de práticas pedagógicas ligadas às novas tecnologias e à educação não-formal). Estas parcerias são apenas o início daquilo que se espera poderem vir a ser cada vez mais parcerias e programas (agora no programa Erasmus+).

OFICINA DE MATEMÁTICA

Os alunos, voluntariamente, terão a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas, melhorar o seu rendimento escolar ou simplesmente praticar os seus conhecimentos.

A Oficina de Matemática pretende fazer o enquadramento de situações matemáticas no quotidiano dos discentes de modo a que estes percebam que a matemática está presente não só nos seus atos mais simples, como em tudo o que nos rodeia, desde a arquitetura às formas naturais.

OFICINA DE INGLÊS

Proporcionar aos alunos de Inglês do 3º CEB e do Secundário, que queiram desenvolver as suas competências linguísticas, de forma voluntária ou por sugestão do professor de Inglês titular da turma, um espaço onde poderão

esclarecer dúvidas ou melhorar o seu desempenho na língua inglesa. Oficina dedicada essencialmente a alunos que não manifestem grandes dificuldades na disciplina (uma vez que os alunos com dificuldades são propostos para apoio pedagógico acrescido ou para o English Lab).

CLUBE DE CIÊNCIAS

O Clube de Ciências será desenvolvido nos laboratórios de ciências e de físico-químicas onde serão trabalhadas atividades articuladas com os currícula, com principal destaque para a componente experimental. O clube tem como objetivos:

- motivar os alunos para conhecer mais e melhor a Natureza;
- divulgar as Ciências na sua perspetiva universal;
- integrar a tecnologia na ciência como caminho para o bem-estar humano e social;
- demonstrar experiências aos pares e à comunidade como motivação para mais e melhores aprendizagens;
- desenvolver competências científicas nos alunos através da realização de atividades experimentais e respetiva elaboração de relatórios;

Preende-se a criação de um espaço que possibilite aos alunos a construção de um conhecimento científico com base na criatividade e na resolução de problemas, desenvolvendo-se, desta forma, competências intelectuais e comportamentais.

Os estudantes podem problematizar, questionar e procurar resultados. Cria-se uma oportunidade para o apuramento de uma formação científica mais expressiva. O princípio é o de que um aluno crítico problematiza o mundo a seu redor.

b) Áreas de âmbito nacional

ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE

É obrigatória a inclusão da Promoção da Saúde e da Educação Sexual nas escolas como área de formação global do indivíduo e de integração nos projetos das turmas. É um espaço onde se promove a cidadania, a educação de valores, a saúde e a sexualidade saudável. Estes valores de verão ser preconizados através de atividades que permitam a aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e fomentem a autonomia e a responsabilidade.

ECO ESCOLAS

É um programa financiado pela Câmara Municipal de Óbidos, sendo que os animadores do Serviço de Educação do Município de Óbidos desenvolvem nas escolas do Concelho as atividades propostas pela coordenação nacional do Eco-Escolas. Uma participação que já rendeu aos alunos colaboradores (todos voluntários) alguns sucessos, nomeadamente com a conquista do 3º lugar no concurso “Poster EcoCódigo”, o 3º prémio no concurso “Roupas Usadas, não estão acabadas”, uma Menção Honrosa no projeto “Ventos de Poupança” e o 1º lugar no concurso “Eco Cozinheiros”. Em todos os anos em que participaram, as Escolas de Óbidos conquistaram sempre a Bandeira Verde, o galardão Eco-Escolas que simboliza o cumprimento com sucesso do programa.

PLANO NACIONAL DE LEITURA

Programa de iniciativa do Governo, da responsabilidade do Ministério da Educação, e desdobra-se em diversos projetos e iniciativas que visam a promoção da leitura, assumindo-a como fator de desenvolvimento individual e de progresso nacional.

DESPORTO ESCOLAR

A escola está integrada no projeto do Desporto Escolar desde 1995, permitindo ao longo destes anos os seus alunos participarem em competências de âmbito local, regional e nacional.

Este projeto tem como objetivos proporcionar a todos os alunos a prática regular das atividades físicas e desportivas, contribuir para a promoção do sucesso escolar, dos estilos de vida saudáveis, de valores e princípios associados a uma cidadania ativa: responsabilidade, espírito de equipa, disciplina, tolerância, respeito, solidariedade e dedicação.

ÁREA TEMÁTICA - AÇÃO SOCIAL

APOIO AOS MUNICÍPIOS E INSTITUIÇÕES

- **Serviço Social - atendimentos:**

O serviço de atendimento social assegura o acolhimento e acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade e/ou exclusão social.

- **Núcleo de Gestão de Candidaturas:**

- **Regulamento de Apoio a Municípios Desfavorecidos;**

- **Regulamento de atribuição de apoios municipais de âmbito social e comunitário;**

- **Núcleo Local de Inserção:**

O Núcleo Local de Inserção é uma estrutura operativa de composição pluri setorial que visa assegurar o desenvolvimento da medida Rendimento Social de Inserção.

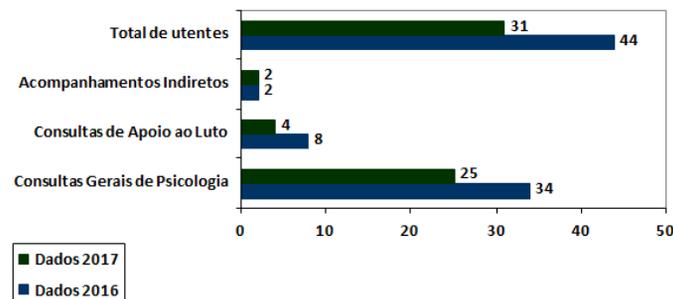
- **OBI - Mobilidade para Todos** (vide Capítulo I)

- **Psicologia - Acompanhamento psicológico**

O acompanhamento psicológico tem como objetivo promover o bem estar psicológico, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Este serviço visa dar resposta à população do Concelho de Óbidos com necessidade de acompanhamento psicológico, de forma gratuita.

Desde 2016 que os munícipes têm ao seu dispor uma profissional certificada na área que se desloca ao Centro de Intervenção Social 1 vez por semana. Com o decorrer do tempo o serviço sofreu alguns ajustes por forma a responder, melhor, às necessidades de quem o procura, tendo sido proporcionado um local de fácil acesso a pessoas com mobilidade reduzida e, caso se justifique, são também efetuadas consultas ao domicílio, tendo todo este serviço, também, um caráter gratuito.

Gráfico 39 - Distribuição de utentes por tipo de consulta nos anos 2016 e 2017



Fonte de Dados: Relatório de Atividade - Serviço de Psicologia

Gráfico 40 - Número de consultas por tipo nos anos 2016 e 2017

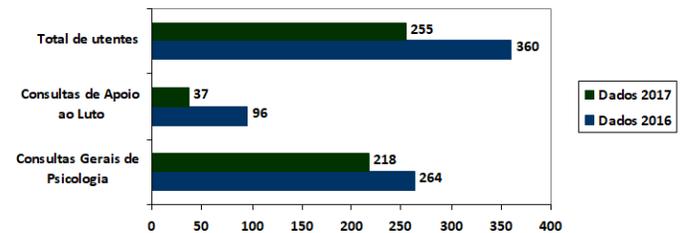
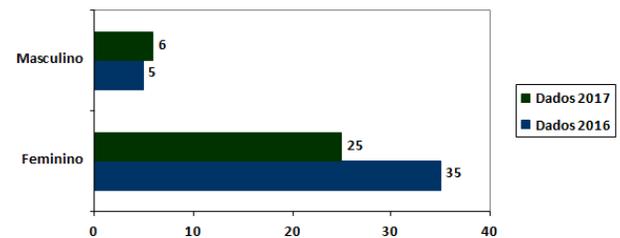
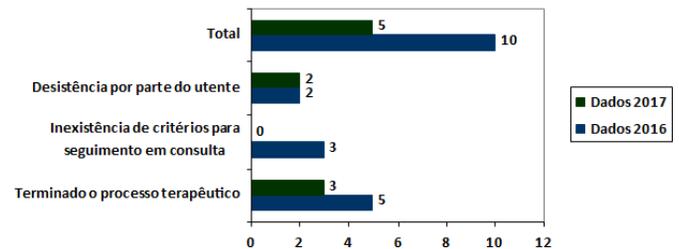


Gráfico 41 - Número de utentes por género nos anos 2016 e 2017



Fonte de Dados: Relatório de Atividade - Serviço de Psicologia

Gráfico 42 - Altas nos anos 2016 e 2017



Fonte de Dados: Relatório de Atividade - Serviço de Psicologia

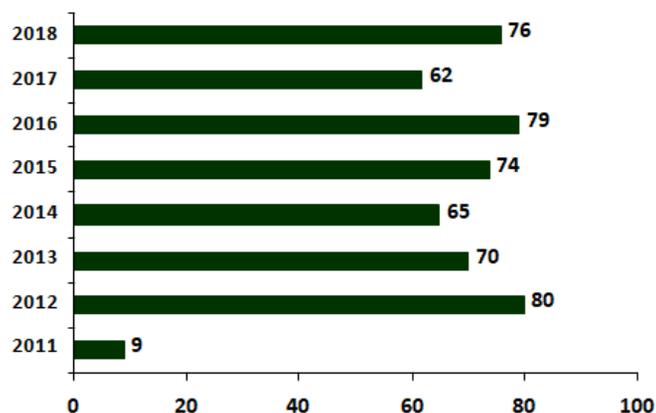
A partir de junho de 2016 o Serviço de Psicologia passou a efetuar acompanhamentos ao domicílio. Durante o período a que correspondem estes dados foi seguido neste regime 1 utente.

Durante o ano de 2017 verificou-se um aumento da procura das consultas de psicologia por parte de uma população mais jovem (entre os 20 e os 30 anos). A maioria dos utentes acompanhados em qualquer uma das consultas apresentam baixos recursos económicos e fraco suporte familiar/social.

• Enxoval do Recém-Nascido

Trata-se de uma medida especificamente direcionada para as famílias, que visa contribuir para a melhoria das condições de vida de todos os recém-nascidos no concelho através da oferta de um enxoval com bens no valor de 700€. Este enxoval é constituído por um cabaz até ao valor de 250€ em produtos de puericultura à escolha dos pais adquiridos numa superfície comercial do concelho e por um vale farmácia no valor de 450€ (dos quais 200€ estão destinados à aquisição de Vacinas) a ser descontado em produtos exclusivamente para bebés, apenas nas farmácias de Óbidos com as quais foi celebrado um protocolo de cooperação. Esta medida funciona com base no Regulamento n.º 238/2008, publicado em Diário da República no dia 12 de maio.

Gráfico 43 - Número de Recém-nascidos apoiados com enxoval nos anos 2011-2018



■ Número de Recém Nascidos

Fonte de Dados: CIS - Centro de Intervenção Social
Última atualização: 10/01/2018

Q. 43 - Enxoval Recém-Nascido por freguesia, ano 2016-2018

SEXO / FREGUESIAS	2017		2018	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
Stª Maria, S. Pedro e Sobral da Lagoa	9	8	10	13
Usseira	4	3	3	4
Vau	2	1	2	4
Olho Marinho	6	2	1	6
Amoreira	1	2	6	1
Gaeiras	8	8	7	13
A-dos-Negros	3	5	5	3
TOTAL	33	29	34	42
	62		76	

Fonte de Dados: CIS - Centro de Intervenção Social
Última atualização: 10/01/2019

• Programa abem: Rede Solidária do Medicamento

A saúde é o bem mais precioso inerente à vida humana, condição essencial para uma boa qualidade de vida, sabendo da sua importância a Câmara Municipal de Óbidos fez chegar a todo o território de Óbidos o Programa abem: Rede Solidária do Medicamento.

O protocolo de parceria foi entre o Município de Óbidos e a Associação Dignidade foi assinado em abril de 2018, tendo arrancado efetivamente a receção de candidaturas em julho de 2018.

Neste programa poderão ser beneficiários os agregados familiares em comprovada situação de carência económica, residentes e recenseados no Concelho há pelo menos 12 meses. Estes terão assegurada a comparticipação a 100% dos medicamentos com receita médica e comparticipados pelo SNS.

Até ao final do ano de 2018 foram instruídos e submetidos 23 requerimentos, desses 22 foram deferidos e 1 indeferido por não se enquadrar nos pressupostos do regulamento.

Relativamente aos requerentes:

- Mulheres: 15
- Homens: 5
- Média de idades dos requerentes com processos deferidos: 60,4 anos

Dados gerais relativos aos agregados familiares com processos deferidos:

- Total de agregados familiares com processo deferido: 20
- Média de idades dos beneficiários (requerentes): 60,4 anos
- Média de idades dos outros elementos do agregado familiar (que não o requerente): 55,44 anos
- Média de RPC (Rendimento *per capita*) dos processos deferidos: 139,97€

Q 44 - Número de processos por freguesia, ano 2018

FREGUESIAS	NÚMERO DE PROCESSOS
Stª Maria, S. Pedro e Sobral da Lagoa	11
Gaeiras	3
Usseira	2
A-dos-Negros	1
Vau	3
Olho Marinho	0
Amoreira	0

Fonte de Dados: CIS- Centro de Intervenção Social
Última atualização: 10/01/2019

• Planeamento e análise da Intervenção Social

- Rede Social
- Grupo Concelhio de Apoio ao Idoso

• Promoção da cidadania:

- CLAIM - Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes

O CLAIM é um programa de intervenção social da autarquia, especificamente orientado para a população migrante e para todas as questões relacionadas com a temática das migrações.

Este gabinete resulta de um protocolo celebrado entre o Município de Óbidos e o Alto Comissariado para as Migrações e Diálogo Intercultural (ACIDI), em novembro de 2004. O CLAIM de Óbidos integra uma vasta rede, composta por 87 CLAIM, espalhados por todo o continente e ilhas.

Promover o acolhimento e a integração dos cidadãos migrantes na sociedade portuguesa é o objetivo central do CLAIM de Óbidos.

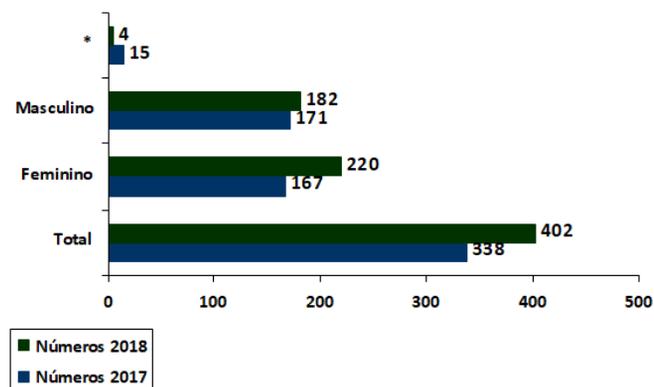
Principais atividades:

- Atendimento e apoio aos cidadãos estrangeiros em diversas áreas: regularização da situação legal, trabalho, reagrupamento familiar, nacionalidade, retorno voluntário, educação, saúde, segurança social, consumo, etc. O serviço é confidencial e gratuito;

- Organização de sessões formativas sobre a temática da imigração, orientadas para públicos diversos: jovens, imigrantes e profissionais dos serviços públicos;

Os gráficos que se encontram abaixo espelham o número de atendimentos efetuados pelo gabinete entre 1 de janeiro de 2017 a 31 de agosto de 2018, podemos também nos gráficos perceber o aumento do volume de atendimentos no ano de 2018 comparativamente com o ano de 2017.

Gráfico 44 - Atendimentos registados segundo o sexo, ano 2017 e 2018 (até outubro 2018)



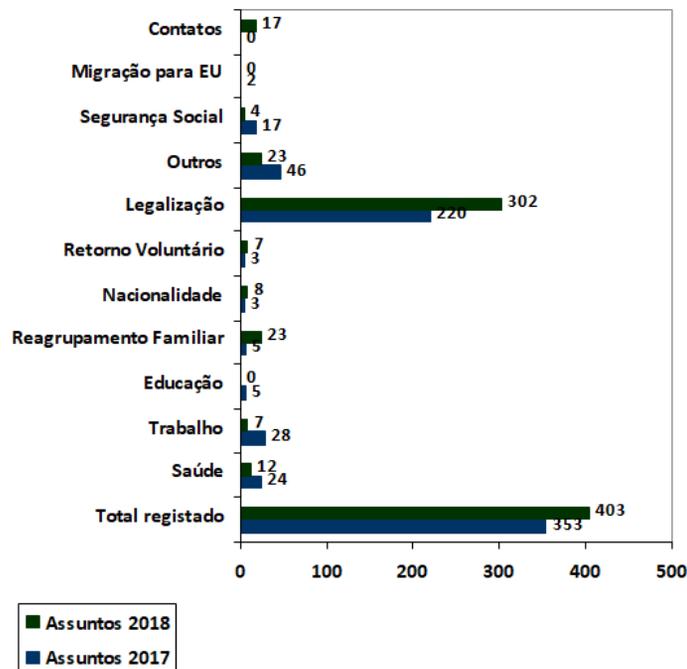
Fonte: CLAIM Óbidos

• Contatos efetuados por Entidades/Instituições não sendo possível especificar o sexo do destinatário do atendimento

Neste gabinete de apoio ao migrante são tratados diversos assuntos nas mais variadas áreas: saúde, trabalho, segurança social. No entanto, o maior volume de atendimentos encontra-se relacionado com os pedidos de legalização

ao abrigo dos artigos excepcionais 88º e 89º nº2, como se pode verificar no Gráfico 45 em 2018 até ao mês de outubro já se registavam 302 atendimentos no âmbito da legalização de estrangeiros.

Gráfico 45 - Tipificação de assuntos



Fonte: CLAIM Óbidos

Do total de 353 atendimentos de 2017 e 406 de 2018 foram várias as nacionalidades que chegam até este serviço em busca de ajuda.

Q. 45 - Tipificação de Nacionalidades

NACIONALIDADES	2017	2018
Alemanha	8	2
Angola	7	13
Arábia Saudita	1	0
Bélgica	2	4
Brasil	140	203
Bulgária	2	0
Cabo Verde	1	0
Canadá	1	0
Espanha	3	0
França	1	1
Guiné Bissau	10	3
Guiné Conacri	1	0
Holanda	2	0
Itália	6	1
Marrocos	1	0
Moçambique	10	1
Moldávia	1	5
Nepal	13	0
Paquistão	15	6
Portugal	1	1
Roménia	20	12
Rússia	2	3
S. Tomé e Príncipe	9	2
Suécia	1	1
Suíça	1	1
Ucrânia	89	116
Outro	1	9
Inglaterra	3	9
China	0	3

Fonte: CLAIM Óbidos

Dos dados apresentados anteriormente podemos verificar a preponderância do sexo feminino nos atendimentos, verificamos também que a maioria dos contatos efetuados têm por base o pedido de informações ou submissão de Manifestações de Interesse ao abrigo dos artigos excepcionais 88º nº2 ou 89º, no âmbito do pedido de legalização do cidadão estrangeiro e, ainda que indivíduos oriundos do Brasil e a Ucrânia são os que mais procuram os serviços.

• GAE - Gabinete de Apoio ao Emigrante

O Gabinete de Apoio ao Emigrante (GAE) é uma estrutura de apoio aos emigrantes residentes ou não em Portugal, bem como aos seus familiares, mediante a celebração de um Protocolo de Colaboração entre a Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas (DGACCP) e os Municípios.

Este Gabinete presta um serviço gratuito aos munícipes que estejam ou tenham estado emigrados, aos que estão em vias de regresso, aos que residem ainda no país de acolhimento e aqueles que desejam emigrar:

- Informar portugueses residentes no estrangeiro sobre os seus direitos;
- Contribuir para a resolução dos problemas apresentados, em ligação com os restantes órgãos da Administração Pública;
- Apoiar os portugueses em situação de regresso e reinserção;
- Fomentar a inter-relação entre o Município e as Comunidades Portuguesas.

É um gabinete destinado a:

- Portugueses já regressados;
- Portugueses ainda residentes no país acolhimento;
- Portugueses que pretendam iniciar um processo migratório;
- Portugueses em situação de carência económica e social, de expulsão e de deportação;

Segundo um estudo feito pelo Observatório da Emigração (2017), na primeira década do século (2001-2011) 233 mil emigrantes portugueses regressaram a Portugal. Para este estudo ser o mais fidedigno possível foi utilizado o critério da naturalidade e não da nacionalidade.

Vamos aprofundar esta questão de retorno (sempre tendo em conta o período de 2001-2011, e que os diferentes aspetos avaliados: as idades, as profissões, educação, etc são sempre na altura dos censos e não na altura em que chegaram a Portugal), tendo em conta os seguintes aspetos:

a) Volume e características demográficas

Como poderemos verificar no Q.53 é bastante reduzido o número de países de onde os nossos emigrantes regressam, sendo França o mais representativo (26%), por seu turno o Brasil e os EUA representam apenas 5%.

Os emigrantes regressados eram maioritariamente do sexo masculino (57,5%), seja qual for o país de origem e, na sua maioria, ainda em idade ativa (76,4%) apenas 18,2% regressaram depois dos 65 anos, já em termos de idade as diferenças são visíveis presumindo-se que este factor esteja relacionado com a duração temporal da emigração: “quanto mais antiga é a corrente migratória, mais envelhecido é o fluxo de regressos” (Oliveira, 2017).

Q. 46 - Emigrantes regressados entre 2001 e 2011

PAÍS DE REGRESSO	NÚMERO DE EMIGRANTES	% DE EMIGRANTES
França	60,582	26
Suíça	29,469	12,6
Espanha	26,615	11,4
Reino Unido	23,077	9,9
Alemanha	18,809	8,1
EUA	11,153	4,8
Brasil	7,542	3,2
Luxemburgo	5,720	2,5
Canadá	5,525	2,4
Países Baixos	4,880	2,1
Angola	4,715	2,0
Bélgica	4,431	1,9
Venezuela	3,950	1,7
Andorra	2,571	1,1
Itália	2,446	1,0
África do Sul	2,250	1,0
Moçambique	2,156	0,9
Cabo Verde	1,129	0,5
Irlanda	1,098	0,5
Bermudas	10,090	0,5
Austrália	910	0,4
Jersey	754	0,3
Islândia	678	0,3
Macau	645	0,3
China	594	0,3
Outros	10,432	4,5
Total	233,221	100,0

Fonte de Dados: INE
Fonte: Observatório da Emigração

Tal como referimos anteriormente França é então o país com maior número de emigrantes regressados cerca de 60 mil aparecendo logo de seguida a Suíça com 29 mil menos de metade dos anteriores.

No quadro a seguir apresentamos dados relativos aos emigrantes regressados segundo o sexo e a idade, sendo que os homens se apresentam em maioria quanto ao género e em termos de idade o escalão compreendido entre os 15-64 anos é uma maioria.

Q.47 - Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, segundo o sexo e a idade

PAÍS DE REGRESSO	TOTAL (NÚMERO)	PERCENTAGEM (EM LINHA)				
		SEXO		IDADE		
		M	F	0-14	15-64	65+
França	60,582	55,5	44,5	2,8	59,1	38,1
Suíça	29,469	56,1	43,9	4,9	91,0	4,1
Espanha	26,615	67,3	32,7	7,9	89,7	2,4
Reino Unido	23,077	55,3	44,7	6,6	89,1	4,3
Alemanha	18,809	56,0	44,0	3,4	72,2	24,5
EUA	11,153	54,1	45,9	4,3	69,5	26,2
Brasil	7,542	53,5	46,5	11,8	69,5	18,7
Luxemburgo	5,720	56,3	43,7	5,5	83,6	10,9
Canadá	5,525	53,5	46,5	4,3	67,3	28,4
Países Baixos	4,880	63,0	37,0	4,5	86,5	8,9
Angola	4,715	72,0	28,0	9,6	79,4	11,0
Bélgica	4,431	53,1	46,9	5,6	83,5	10,9
Venezuela	3,950	53,0	47,0	1,6	71,4	27,0
Andorra	2,571	56,2	43,8	10,9	87,0	2,1
Itália	2,446	51,4	48,6	3,8	91,9	4,3
África do Sul	2,250	52,4	47,6	2,2	56,5	41,2
Moçambique	2,156	54,6	45,4	6,8	75,6	17,6
Cabo Verde	1,129	53,0	47,0	19,5	75,6	4,9
Irlanda	1,098	67,1	32,9	7,4	91,6	1,0
Bermudas	1,090	77,6	22,4	6,4	92,0	1,6
Austrália	910	52,4	47,6	2,1	71,6	26,3
Jersey	754	53,8	46,2	4,8	90,5	4,8
Islândia	678	70,9	29,1	5,8	93,2	1,0
Macau	645	51,6	48,4	5,7	83,7	10,5
China	594	53,7	46,3	39,7	56,9	3,4
Outros	10,432	60,6	39,4	10,5	81,1	8,4
Total	233,221	57,5	42,5	5,5	76,4	18,2

Fonte de Dados: INE
Fonte: Observatório da Emigração

b) Educação

Para a avaliação do parâmetro educação foram tidos em conta apenas os emigrantes maiores de 15 anos, assim estes eram 220 mil, nem todos teriam completado o seu percurso escolar, as qualificações escolares eram tendencialmente baixas: 59,3% apenas com o 9º ano de escolaridade, 28,1% com o ensino secundário e 12,6% o ensino superior.

A maior percentagem de emigrantes com baixo nível de escolaridade está associada à emigração para França, cerca de 80% dos que regressaram tinham no máximo o 9º ano de escolaridade. Em oposição a estes dados temos os dos emigrantes oriundos de países como Macau e China onde a percentagem de indivíduos com o ensino superior é de 66,8% e 55,9% respetivamente contra os 3,5% dos provenientes de França.

c) Meios de subsistência

Do total de emigrantes regressados cerca de 42,2% tinha como principal meio de subsistência o trabalho, 25% vivia a partir de reforma/pensão e 33,9% encontravam-se encontrados noutras situações.

França é o país de onde regressaram mais emigrantes reformados (31.403) sendo cumulativamente o país de onde voltaram mais reformados ou pensionistas, ao contrário da Espanha de onde provêm o menor número de emigrantes nestas situações, cerca de 5,0%.

Q.48 - Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, com 15 ou mais anos, segundo as qualificações académicas

PAÍS DE REGRESSO	TOTAL (NÚMERO)	PERCENTAGEM (EM LINHA)		
		3º CEB	SECUNDÁRIO	SUPERIOR
França	58,866	80,2	16,4	3,5
Suíça	28,017	63,2	33,4	3,4
Espanha	24,507	49,9	30,7	19,4
Reino Unido	21,552	37,9	41,7	20,4
Alemanha	18,177	66,9	25,6	7,4
EUA	10,674	59,5	24,7	15,8
Brasil	6,655	33,9	38,7	27,4
Luxemburgo	5,403	63,9	31,4	4,7
Canadá	5,287	68,3	26,1	5,6
Países Baixos	4,659	41,1	38,9	20,0
Angola	4,261	35,0	38,0	27,0
Bélgica	4,181	43,7	33,0	23,3
Venezuela	3,888	77,2	17,5	5,3
Andorra	2,292	56,9	41,7	1,4
Itália	2,354	21,7	25,3	53,0
África do Sul	2,200	68,6	25,2	6,2
Moçambique	2,010	23,7	38,9	37,5
Cabo Verde	909	24,5	43,9	31,6
Irlanda	1,017	31,1	43,7	25,3
Bermudas	1,020	81,0	18,4	0,6
Austrália	891	58,0	29,7	12,2
Jersey	718	67,7	31,9	0,4
Islândia	639	48,2	41,6	10,2
Macau	608	3,9	29,3	66,8
China	358	16,2	27,9	55,9
Outros	9,337	29,4	33,9	36,7
Total	220,480	59,3	28,1	12,6

Fonte de Dados: INE

Fonte: Observatório da Emigração

Q.49 - Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, segundo o principal meio de vida

PAÍS DE REGRESSO	TOTAL (NÚMERO)	PERCENTAGEM (EM LINHA)		
		TRABALHO	PENSÃO/REFORMA	OUTRAS SITUAÇÕES
França	60,582	25,8	51,8	22,3
Suíça	29,469	50,5	12,5	37,0
Espanha	26,615	53,8	5,0	41,2
Reino Unido	23,077	55,3	6,5	38,2
Alemanha	18,809	39,4	31,8	28,8
EUA	11,153	34,9	33,5	31,6
Brasil	7,542	40,7	19,1	40,2
Luxemburgo	5,720	41,7	24,5	33,8
Canadá	5,525	33,7	34,8	31,5
Países Baixos	4,880	52,2	12,0	35,8
Angola	4,715	53,3	13,0	33,7
Bélgica	4,431	49,4	15,1	35,5
Venezuela	3,950	39,1	20,4	40,5
Andorra	2,571	54,1	5,4	40,5
Itália	2,446	59,3	5,2	35,5
África do Sul	2,250	27,9	34,2	38,0
Moçambique	2,156	45,6	18,6	35,9
Cabo Verde	1,129	45,1	5,2	49,7
Irlanda	1,098	64,0	2,3	33,7
Bermudas	1,090	63,3	2,4	34,3
Austrália	910	38,0	30,1	31,9
Jersey	754	49,1	8,5	42,4
Islândia	678	60,5	2,5	37,0
Macau	645	54,1	14,7	31,2
China	594	36,0	5,1	58,9
Outros	10,432	51,0	10,5	38,6
Total	233,221	42,2	25,0	32,9

Fonte de Dados: INE
Fonte: Observatório da Emigração

d) Empregados/Desempregados

Acima dos 15 anos regressaram a Portugal na década 2001-2011 à volta de 220 mil emigrantes, aquando da aplicação dos Censos 2011 a maioria encontrava-se empregada (43,6%), a reformados eram cerca de 25,1%, sendo os desempregados 11,4% da população regressada em idade ativa.

Já verificámos anteriormente que a população oriunda de França representa o maior número de emigrantes reformados, também os EUA, Canadá e África do Sul apresentam números acima dos 30% de aposentados. No entanto, a situação de “estar empregado” é a mais comum entre os regressados (Q. 49).

A maioria dos emigrantes regressados na década 2001-2011 trabalham por conta de outrem (cerca de 80,3%), 9,5% trabalham como patrão/empregador, os trabalhadores por conta própria rondam os 7,2% dos emigrantes (Q. 50).

Não nos podemos esquecer que o número relacionado com o regresso de emigrantes pode estar abaixo do real pois muitos indivíduos podem ter falecido, reemigrado antes dos Censos 2011.

Q.50 - Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, com 15 ou mais anos, segundo a condição perante o trabalho

PAÍS DE REGRESSO	TOTAL (NÚMERO)	PERCENTAGEM (EM LINHA)						
		EMPREGADOS	DESEMPREGADOS	ESTUDANTES	DOMÉSTICOS	REFORMADOS	INCAPACITADOS	OUTROS
França	58,866	25,8	6,2	1,8	6,5	51,9	2,1	5,7
Suiça	28,017	51,5	11,0	3,9	10,1	10,2	4,2	9,1
Espanha	24,507	57,0	19,7	4,2	3,2	4,6	1,7	9,6
Reino Unido	21,552	57,6	18,0	4,9	3,2	6,3	1,4	8,5
Alemanha	18,177	40,1	10,0	3,3	6,5	31,8	1,7	6,6
EUA	10,674	35,9	7,7	4,0	7,9	33,1	2,7	8,7
Brasil	6,655	46,6	10,8	7,0	4,8	21,3	1,1	8,4
Luxemburgo	5,403	43,6	10,3	5,0	7,7	23,8	2,9	6,8
Canadá	5,287	34,3	7,7	3,1	8,5	35,2	2,7	8,5
Países Baixos	4,659	52,1	19,2	4,0	2,6	11,9	1,5	8,9
Angola	4,261	56,3	13,3	5,5	2,4	14,3	1,5	6,7
Bélgica	4,181	51,0	13,4	5,9	5,1	14,9	1,5	8,1
Venezuela	3,888	40,2	9,0	1,7	12,7	20,6	3,8	12,0
Andorra	2,292	57,9	16,3	4,1	6,3	4,6	2,4	8,4
Itália	2,354	64,81	13,1	7,9	2,2	4,9	0,7	6,4
África do Sul	2,200	28,6	7,3	1,5	11,3	36,7	2,5	12,0
Moçambique	2,010	49,7	9,6	9,5	4,5	19,9	0,9	6,1
Cabo Verde	909	55,1	13,2	14,4	2,1	6,7	1,3	7,2
Irlanda	1,017	66,2	19,8	2,2	1,8	2,1	1,1	7,0
Bermudas	1,020	63,3	14,8	3,8	6,5	2,4	1,0	8,2
Austrália	891	37,0	8,8	4,0	8,5	30,3	1,8	9,5
Jersey	718	50,0	17,3	3,1	7,9	7,7	3,9	10,2
Islândia	639	61,5	22,5	2,7	1,3	2,2	1,7	8,1
Macau	608	58,4	8,9	10,0	3,1	15,5	0,3	3,8
China	358	57,0	9,8	15,4	3,1	8,4	0,3	6,1
Outros	9,337	57,2	11,1	8,1	3,8	11,1	1,0	7,8
Total	220,480	43,6	11,4	3,9	6,1	25,1	2,2	7,7

Fonte de Dados: INE
 Fonte: Observatório da Emigração

Q.51 - Emigrantes regressados entre 2001 e 2011, com 15 ou mais anos, segundo a forma como exerce a profissão

PAÍS DE REGRESSO	TOTAL (NÚMERO)	PERCENTAGEM (EM LINHA)			
		PATRÃO/ EMPREGADOR	TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA	TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM	OUTRA SITUAÇÃO
França	18,391	9,6	9,6	78,3	2,5
Suíça	17,184	9,4	9,0	79,1	2,5
Espanha	18,330	7,6	5,1	84,1	3,3
Reino Unido	15,837	8,6	5,9	81,9	3,5
Alemanha	8,910	8,5	6,4	82,8	2,3
EUA	4,521	11,3	8,6	75,8	4,2
Brasil	3,676	16,1	8,2	71,5	4,2
Luxemburgo	2,838	8,5	8,0	81,2	2,3
Canadá	2,170	13,4	10,7	73,0	2,9
Países Baixos	3,254	8,4	5,2	82,1	4,3
Angola	2,907	10,5	5,2	81,9	2,4
Bélgica	2,620	8,7	6,1	82,3	2,8
Venezuela	1,862	21,2	10,7	65,5	2,6
Andorra	1,665	8,0	8,0	81,7	2,3
Itália	1,771	8,4	5,6	79,7	6,3
África do Sul	762	18,2	11,0	68,5	2,2
Moçambique	1,151	10,3	5,1	81,5	3,0
Cabo Verde	577	6,2	5,2	84,9	3,6
Irlanda	853	6,8	4,0	87,5	1,8
Bermudas	784	11,9	8,4	76,1	3,6
Austrália	400	9,3	9,5	78,5	2,8
Jersey	466	5,8	4,7	87,1	2,4
Islândia	530	5,1	4,9	86,6	3,4
Macau	394	9,9	6,3	80,5	3,3
China	234	14,5	8,5	73,1	3,8
Outros	6,181	9,4	4,8	82,0	3,7
Total	118,268	9,5	7,2	80,3	3,1

Fonte de Dados: INE
Fonte: Observatório da Emigração

• GIP - Gabinete de Inserção Profissional

O GIP (Gabinete de Inserção Profissional) é um serviço de apoio ao Emprego e às Empresas, acreditado pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional, resulta de uma iniciativa conjunta da Câmara Municipal de Óbidos e do IEFP, I.P. Caldas da Rainha. Esta parceria nasceu em 2003 com a UNIVA passando depois em 2009 a GIP, perseguindo sempre o mesmo objetivo: a promoção da empregabilidade no Concelho de Óbidos.

Destinatários:

- Desempregados;
- Jovens à procura do 1º emprego;
- Estudantes à procura de orientação vocacional/profissional;
- Todos os que procurem formação profissional;
- Ativos em risco de desemprego;
- Todos aqueles que desejem aumentar as suas competências escolares e/ou profissionais;
- Empresas e entidades com necessidade de recrutamento de pessoal;

Serviços disponíveis:

- Para as empresas e entidades: apoio no recrutamento e seleção de recursos humanos;
- Informação e aconselhamento sobre medidas e programas de emprego (estágios profissionais, apoio à contratação, etc);

Para quem procura emprego:

- Acompanhamento e informação sobre o mercado de trabalho;
- Divulgação de ofertas de emprego;
- Informação sobre programas de apoio à (re)inserção no mercado de trabalho (atividades ocupacionais, estágios profissionais);
- Apoio e esclarecimento sobre Técnicas de Procura de Emprego (currículos, cartas de apresentação e de candidatura, preparação para entrevistas de emprego);

Para quem procura formação profissional:

- Divulgação das ofertas de formação disponíveis e respetivo encaminhamento;
- Informação sobre saídas profissionais de cada percurso formativo;
- Equivalência ao 1º, 2º e 3º CEB: encaminhamento para processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências;

Relativamente ao GIP, apresenta-se nos Q. 52 dados relativos aos objetivos contratualizados.

Q.52 - Número de indivíduos abrangidos por atividade por trimestres: anos 2017 e 2018

ATIVIDADES	OBJETIVOS CONTRATUALIZADOS	Nº DE ABRANGIDOS POR ATIVIDADE							
		TRIMESTRES 2017			TRIMESTRES 2018				
		SET ^o	4 ^o	TOTAL	1. ^o	2. ^o	3. ^o	4. ^o	TOTAL
Ações de informação sobre medidas ativas de emprego e formação, oportunidades de emprego e de formação, programas comunitários de apoio à mobilidade no emprego ou na formação	800	58	139	197	150	273	-	-	423
Ações de apoio à procura de emprego e desenvolvimento da atitude empreendedora	400	85	402	487	367	159	-	-	526
Encaminhamentos para ações de formação ou Medidas de Emprego	200	1	15	16	4	10	-	-	14
Receção e registo de ofertas de emprego (nº de Postos de Trabalho - PT)	60 PT	4	9	13	8	14	-	-	22
Apresentação de desempregados a ofertas de emprego	250	6	34	40	65	41	-	-	106
Colocação de desempregados em ofertas de emprego	50	2	2	4	3	2	-	-	5
Nº de sessões de informação no GIP e no Serviço de Emprego no âmbito do MAPE (Modelo de Acompanhamento Personalizado para o Emprego)	84	2	16	18	18	16	-	-	34

Fonte: Fonte: Relatório de Atividades do GIP Óbidos

• IDOSOS:

• Programa Melhor Idade

O Programa Melhor Idade surgiu em 2005 com o intuito de criar um conjunto articulado de respostas sociais adequado à população idosa e reformada do Concelho de Óbidos. Atualmente, este programa conta com 13 Centros de Convívio em funcionamento, onde se procura fomentar o aumento da qualidade de vida dos utentes, por meio do desenvolvimento de atividades de apoio que têm como objetivo satisfazer as necessidades e interesses dos idosos em termos de alimentação, atividades ocupacionais, convívios, passeios e relacionamentos com outros grupos da sua comunidade local e alargada. Cada um dos Centros de Convívio conta com a colaboração de um animador que tem ao seu encargo o desenvolvimento de ateliers:

- dança;
- teatro;
- bordados e costura;
- música;
- barro;
- trabalhos manuais;
- cuidados do corpo;
- doçaria;
- cinema;
- informática;
- jardinagem;
- tapeçaria;

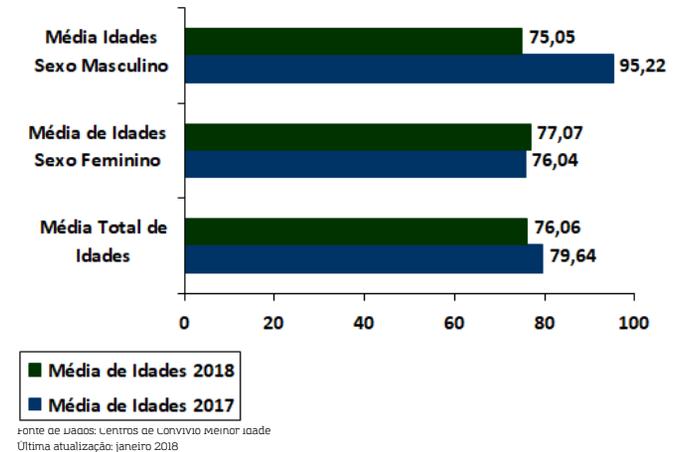


A rede de Centros de Convívio do Programa Melhor Idade encontra-se espalhada por várias localidades do Concelho de Óbidos, todas as salas estão associadas e/ou a funcionar nas instalações de Associações/Instituições. Desta forma podemos encontrar um Centro de Convívio em cada um destes locais.

CENTRO DE CONVÍVIO	ASSOCIAÇÃO/INSTITUIÇÃO
Arelho/Carregal	Centro Cultural, Social e Recreativo Arelhense
Bairro	Sport Clube do Bairro
Gaeiras	"O Socorro Gaeirense"
Areirinha	Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros
Sancheira	Associação Recreativa e Desportiva União Sancheirense
Pinhal	Sociedade Cultural e Recreativa Pinhalense
Usseira	Centro de Apoio Social e Cultural da Usseira
Sobral	Associação Cultural e Recreativa do Sobral da Lagoa
Vau	Centro de Apoio Social do Vau
Amoreira	Centro Social, Cultural e Recreativo da Amoreira
Olho Marinho	Centro Social e Cultural para o Desenvolvimento do Olho Marinho
A-da-Gorda	Associação Presente Futuro
Capeleira e Navalha	Associação Recreativa e Cultural Amigos da Capeleira e Navalha

Relativamente à frequência dos Centros de Convívio temos uma clara maioria do sexo feminino, no Gráfico 47 podemos verificar a média de idades existentes na Rede de Centros de Convívio.

Gráfico 46 - Média de idades na Rede de Centros de Convívio - Melhor Idade: total e por sexo em 2017 e 2018



Recursos humanos afetos ao Programa Melhor Idade:

- 13 Animadores socioculturais;

Parceiros Diretos:

As 7 Juntas de Freguesia do Concelho de Óbidos: Junta de Freguesia de Amoreira; Junta de Freguesia de A-dos-Negros; Junta de Freguesia de Gaeiras; Junta de Freguesia de Olho Marinho; Junta de Freguesia de Santa Maria, São Pedro e Sobral da Lagoa; Junta de Freguesia de Usseira e Junta de Freguesia de Vau;

Outros serviços disponibilizados:

VAT - Veículo de Apoio Técnico

O VAT é um serviço gratuito, de âmbito municipal, que consiste no apoio técnico no domicílio, com vista à realização de pequenas reparações domésticas.

Podem beneficiar dos serviços do VAT todos os utentes do

Programa Melhor Idade, desde que o pedido vise reparações em habitação própria do utente.

• HABITAÇÃO:

Programa Re-Habitar

O Programa Re-Habitar tem por objetivos a construção, requalificação e regulação da habitação social do Concelho, tendo em vista a dignificação das condições de vida da população que reside em situações de precariedade. Com este intuito, foi celebrado um Acordo de Colaboração com o Instituto Habitação e Reabilitação Urbana, no âmbito do Programa Prohabita, que possibilitou a construção de 6 fogos, através da requalificação do antigo Centro de Saúde da Amoreira, atualmente denominado “Unidade Habitacional da Amoreira”, onde residem atualmente 6 agregados familiares, envolvendo 17 pessoas e distribuídos pelas seguintes tipologias de habitação: duas habitações com tipologia T0, duas habitações com tipologia T2 e duas habitações com tipologia T3.

Partindo do pressuposto que uma boa arquitetura residencial tem uma influência muito positiva na vida dos agregados familiares, a Unidade Habitacional da Amoreira foi projetada de modo diferenciado, caracterizando-se pela sua reduzida dimensão, numa tentativa de respeitar e preservar as características socioculturais dos habitantes do Concelho de Óbidos. No entanto, verificou-se uma verdadeira preocupação com critérios de inovação e sustentabilidade ambiental, tendo sido utilizado o sistema de painéis solares térmicos para a produção de águas quentes sanitárias. Duas outras dimensões presentes no processo de requalificação do edifício, centraram-se na reutilização de materiais já ali existentes e na criação de condições de acessibilidade e mobilidade para os seus utilizadores. Um outro domínio importante do Programa Re-Habi-

tar, é o da reabilitação habitacional, que tem como objetivo inverter as condições de habitabilidade promovendo assim a qualidade de vida das populações e preservação do património arquitetónico do Concelho de Óbidos, através obras de conservação, reparação ou beneficiação de habitações degradadas, enquadradas no Regulamento Re-Habitar - Obras de conservação, reparação ou beneficiação de habitações degradadas. Este instrumento permite ao Município promover a participação da comunidade, da família e das organizações da rede social de proximidade.

Na esfera do projeto Re- Habitar o Município tem tentado unir esforços e desenvolver iniciativas que visam resolver situações em que se verifiquem más condições de habitabilidade em agregados familiares residentes no Concelho e com claras carências económicas. Assim, em 2016 é assinado pela primeira vez o protocolo que coloca no mesmo “barco” o Município e a Associação Just a Change, foram reabilitadas 4 casas nas freguesias do Vau, A-dos-Negros e duas nas localidades de Sobral da lagoa e a-da-Gorda. Durante 10 dias esta equipa trabalhou intensivamente na recuperação destas habitações. A Just a Change é uma Associação sem fins lucrativos que tem como objetivos reabilitar casas a pessoas carenciadas, sendo o principal mote a luta contra a pobreza habitacional em Portugal, mobilizando todos os recursos necessários à execução das obras e apostando fortemente no voluntariado jovem. Em 2017 prevê-se novo acordo com a Associação para a reabilitação de mais 6 casas.

GATO - Gabinete de Ativação do Território de Óbidos

O GATO foi um programa criado pelo Município para a operacionalização do Programa Estratégico de Reabilitação Urbana. Este é constituído por uma equipa de apoio técnico que tem como função apoiar os possíveis interes-

sados a elaborar as candidaturas ao apoio financeiro para reabilitação urbana, esta equipa fornece ainda informações a diferentes níveis: licenciamento municipal, trabalhos de arqueologia e divulgação do território.

Em 2017 o Município de Óbidos assinou um protocolo de cooperação com o Instituto de Habitação e da Reabilitação Urbana (IHRU), com o objetivo de dinamizar o programa “Reabilitar para Arrendar- habitação acessível”, este tem como objetivo a reabilitação de edifícios, de idade de construção igual ou superior a 30 anos, tendo por fim o arrendamento.

Quer-se um Concelho mais “clean”, atrativo em termos de ambiente urbano não só para os turistas mas, essencialmente, para quem pretende cá residir, oferecendo a oportunidade de arrendar uma habitação por um valor (calculado pelo IHRU) mais baixo em regra 20 a 30% do que o valor normalmente praticado no mercado.

Esta reabilitação urbana abrange 22 áreas do Concelho, o Município garante apoios financeiros, mais brevidade processual e benefícios fiscais, a saber:

- isenção de taxas de construção/reabilitação;
- isenção de licenciamento;
- isenção do IMI durante 5 anos renovável por mais 5;
- isenção do IMT;
- redução dos encargos fiscais;
- redução do IVA de 23 para 6%, entre outros estímulos;

O crédito concedido pelo programa abrange até 90% do valor da reabilitação, onde estão incluídos os valores de despesas com o projeto, sondagens e outros estudos; o prazo concedido é de 15 anos (180 meses), a taxa de juro fixa durante todo o período e, após o termo das obras há lugar a 6 meses de período de carência, as obras devem ser concluídas em 12 meses.

A este crédito pode candidatar-se qualquer pessoa individual ou coletiva, qualquer entidade de natureza pública ou privada desde que seja comprovada a titularidade do edifício a reabilitar.

CPCJ de Óbidos - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

As comissões são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional, competentes na área do município onde têm sede e, têm como finalidade promover os direitos, prevenir ou pôr fim a situações passíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento global da criança e do jovem.

A sua intervenção acontece quando já não é possível às entidades com competência em matéria de infância e juventude atuar por forma a retirá-las do perigo em que se encontram.

As comissões poderão ter duas formas: a restrita e a alargada. À comissão alargada reconhece-se as seguintes competências:

- “informar a comunidade sobre os direitos da criança e do jovem e sensibilizá-la para os apoiar sempre que estes conheçam especiais dificuldades;
- promover ações e colaborar com as entidades competentes tendo em vista a deteção dos factos e situações que afetem os direitos e interesses da criança e do jovem;
- colaborar com as entidades competentes no estudo e elaboração de projetos inovadores no domínio da prevenção primária dos fatores de risco, bem como na constituição e funcionamento de uma rede de respostas sociais adequadas;”

A comissão intervém quando uma criança ou jovem está em perigo, designadamente:

- “atender e informar as pessoas que se dirigem à comissão de proteção,
- apreciar liminarmente as situações de que a comissão de proteção tenha conhecimento;
- proceder à instrução dos processos;
- decidir a aplicação e acompanhar e rever as medidas de promoção e proteção, com exceção da medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção ou instituição com vista a futura adoção;”

As medidas de promoção e proteção por elas aplicadas podem ser as seguintes:

- apoio junto dos pais;
- apoio junto de outro familiar;
- confiança a pessoa idónea;
- apoio para a autonomia de vida;
- acolhimento familiar;
- acolhimento em instituição;

As comissões alargadas são constituídas pelos seguintes elementos:

COMISSÕES ALARGADAS	1 representante do Município
	1 representante da Segurança Social
	1 representante dos serviços do Ministério da Educação
	1 médico em representação dos serviços de Saúde
	1 representante das IPSS's ou de ONG's que desenvolvam atividades na comunidade com crianças e jovens
	1 representante das IPSS's ou de ONG's que desenvolvam atividades em regime de colocação institucional de crianças e jovens
	1 representante das Associações de Pais
	1 representante das associações ou organizações privadas que desenvolvam atividades desportivas, culturais, recreativas destinadas a crianças e jovens
	1 representante das associações de jovens ou serviços de juventude
	1 ou 2 representantes das forças de segurança consoante a força existente no município
	4 cidadãos eleitores, de preferência com experiência no trabalho com este público-alvo
	Técnicos que sejam cooptados pela comissão com formação específica na área das ciências sociais e humanas, saúde, direito ou cidadãos com especial interesse pelos problemas da infância e juventude
Associação Recreativa e Cultural Amigos da Capeleira e Navalha	

As comissões restritas têm como regra serem compostas por um número ímpar, que nunca seja inferior a 5 dos membros que integram a comissão alargada, sendo membros por inerência o presidente e os representantes quer do Município como da Segurança Social.

Para que a comissão possa intervir é necessário que lhes seja enviada uma sinalização de crianças e jovens que se encontrem em perigo, situações, tais como:

- estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- sofrer maus tratos físicos, psicológicos ou abusos sexuais;
- não receber afeição ou os cuidados necessários ao seu bem estar e de acordo com a sua idade e situação;
- ser obrigada a trabalho escravo ou pesado inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal e que põem em causa a sua formação ou desenvolvimento;
- ser sujeita de forma direta ou indireta a comportamentos que afetem nocivamente a sua segurança ou equilíbrio emocional;
- assume comportamentos de risco: como atividades ou consumos que afetem a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais ou os tutores legais se oponham de modo adequado a eliminar esses comportamentos;

As sinalizações podem ser efetuadas pessoalmente, por escrita via telefónica ou fax e podem e devem ser feitas por qualquer pessoa ou entidade que tenha conhecimento de tais factos.

PROGRAMA ÓBIDOS + ATIVO

Este programa divide-se em 3 grandes eixos de intervenção:

- Óbidos Movimento;
- Óbidos Nutrição;
- Óbidos Saúde,

tem como objetivo o incentivo à prática de atividade física e o desenvolvimento desportivo, a mudança de paradigma no conceito de saúde é o objetivo último, ajudando os municípios a passarem de uma perspetiva centrada na

doença e seu tratamento para um modelo centrado na saúde. Pretende-se com este programa a fomentação da adoção de estilos de vida mais saudáveis através de uma alimentação cuidada e equilibrada, da prática de exercício físico nas suas mais diversas formas.

O Programa Óbidos + Ativo encerra em si :

1. Gabinete Óbidos +Ativo;
2. Desporto para Todos;
3. Pocob - Programa Óbidos Contra a Obesidade;
4. Escola Saudável;
5. Saúde +;
6. Desafia - Centro de Desporto e Atividade Física Adaptada;
7. Espaço com Vivências - Sala Snoezelen;
8. Academia Sénio de Saúde e Bem-Estar;
9. Caminhos com Saúde - Unidade Móvel da Saúde e Bem-Estar;
10. Turismo Desportivo;
11. Rotas e Trilhos - Btt, Corrida e Caminhadas;
12. Freguesias em Movimento;
13. Afetos;
14. Infraestruturas;
15. Plano de Formação;
16. Sbo Digital - Saúde e Bem-Estar Óbidos Digital;

No Anexo VIII poder-se-á verificar todas as atividades desenvolvidas em cada um dos pontos acima identificados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE SWOT

1. ANÁLISE SWOT- DEFINIÇÃO

1.2. ANÁLISE SWOT DO CONCELHO DE ÓBIDOS

1. Análise SWOT- Definição

A análise SWOT é um instrumento utilizado quer em entidades públicas como privadas, serve essencialmente para perceber as perspetivas dos profissionais que atuam no terreno, ajuda a uma análise crítica e promove um planeamento estratégico. Ao utilizar-se esta metodologia conseguir-se-á obter uma imagem interna e externa da entidade, aquilo que a manterá forte e que a irá fazer criar novos projetos e aquilo que são as suas fraquezas e ameaças aos processos em curso.

Normalmente utiliza-se a sigla SWOT, mas traduzida para português designa-se por análise FOFA.

S (Strengths) (Forças)- corresponde ao conjunto de vantagens que a entidade apresenta (visão interna).

W (Weaknesses) (Fraquezas)- conjunto de desvantagens que a entidade apresenta (visão interna).

O (Opportunities) (Oportunidades)- avaliação das oportunidades (visão externa).

T (Threats) (Ameaças)- avaliação dos aspetos negativos da envolvente que possam comprometer os planos de inovação da entidade (visão externa).

	Ajuda	Atrapalha
Interna (organização)	FORÇAS	FRAQUEZAS
Externa (ambiente)	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

No âmbito do Diagnóstico Social do Concelho foram realizados vários momentos de avaliação com diferentes Entidades/Instituições e Associações do Concelho.

A constituição destas sessões de trabalho/reuniões deu oportunidade a vários agentes de se envolverem, terem

um papel ativo na análise à situação atual que se vive no Concelho, foi-lhes dada a oportunidade de expressarem os seus sentimentos, preocupações, angústias mas também congratularem-se por situações bem encaminhadas, trabalhadas e/ou resolvidas.

A sua participação foi fundamental para a elaboração deste Diagnóstico, somente com esta parceria foi possível fazer um retrato mais fidedigno da realidade obidense, permitindo elencar os problemas que existem mas, também as potencialidades, dando oportunidade de consolidar parcerias já existentes e criar novas.

Não nos limitámos a dar a palavra aos parceiros habituais, decidimos que era altura de ouvir quem diariamente convive com os nossos concidadãos e, por isso fomos ao encontro, também, das associações recreativas, desportivas e culturais do nosso Concelho, porque cada opinião conta e todos os contributos são valorizados.

De todos os momentos de reunião entre os vários atores auscultados, chegou-se a 6 temas fundamentais: a 3ª/4ª idade; a saúde; o emprego; os transportes; a educação; e, comunidade.

Nesta linha, apresentam-se, de seguida, os resultados obtidos através das análises SWOT efetuadas, supramencionadas.

Área - 3.ª Idade e 4.ª Idade

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>1. As IPSS's existentes proporcionam a existência de uma série de ofertas de emprego;</p> <p>2. Boa relação interinstitucional;</p> <p>3. Sensibilização das entidades para os problemas da população idosa;</p> <p>4. IPSS's do Concelho- Cobertura razoável;</p> <p>5. Existência da Unidade Móvel de Saúde;</p> <p>6. Rede de Centros de Convívio do Programa Melhor Idade, descentralização é uma mais valia;</p> <p>7. Cobertura do Concelho razoável ao nível do Apoio Domiciliário</p> <p>8. Apoio dado pelas Juntas de Freguesia aos munícipes idosos ao nível de pagamento de despesas mensais, marcação de consultas;</p> <p>9. Existência de atividades intergeracionais e interculturais;</p> <p>10. Elevado número de Associações/Instituições vocacionadas para a 3ª/4ª Idade;</p>	<p>1. ERPI- falta de camas, a procura é maior que a oferta;</p> <p>2. Existem respostas que poderiam ser rentabilizadas, nomeadamente, os serviços de apoio domiciliário, este serviço deveria estar mais bem organizado e bem equipado;</p> <p>3. Os utentes de SAD encontram-se cada vez mais dependentes e as famílias mais exigentes, solicitando por vezes ao SAD serviços que são prestados em ERPI;</p> <p>4. Falta de vagas em CD;</p> <p>5. Isolamento e dispersão geográfica;</p> <p>6. Dificuldade na Institucionalização dos grandes dependentes e indivíduos com carência económica;</p> <p>7. Desresponsabilização das famílias;</p> <p>8. Insuficiência de consultas médicas ao domicílio;</p> <p>9. Falta de articulação entre os serviços sociais (IPSS's) e o organismo da saúde;</p> <p>10. Falta de equipas multidisciplinares;</p> <p>11. Falta de ações na área de nutrição para o idoso;</p> <p>12. Falta de sensibilização por parte da comunidade para a questão da violência doméstica contra os idosos;</p> <p>13. Envelhecimento da população;</p> <p>14. Não utilização da Unidade Móvel de Saúde;</p> <p>15. Escassez de liquidez financeira por parte do Município para dar ainda um maior apoio à população idosa;</p> <p>16. As pessoas idosas, que já possuem pouca mobilidade têm muitas dificuldades em se deslocarem dentro da Vila, e por consequência aceder aos serviços centrais: como CTT, Finanças, Segurança Social, serviços da Câmara Municipal;</p> <p>17. Centros de Convívio com horário pouco alargado;</p> <p>18. Pouco conhecimento da população idosa sobre o apoio que podem ter por parte das Juntas de Freguesia na resolução de pequenos problemas (tais como pagamentos de despesas, marcação de atos médicos, etc);</p> <p>19. Dificuldades financeiras das Instituições e coletividades locais que dificultam a sua capacidade de prestar mais e melhor serviço à população;</p> <p>20. Dificuldade económica em assegurar o pagamento das respostas sociais;</p> <p>21. Preços das ERPI's elevados para uma grande fatia da população que acaba por não ter acesso a uma resposta mais adequada para a sua situação;</p> <p>22. Falta de formação dos cuidadores informais;</p>

OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<p>1. Boa localização geográfica, território pequeno e com boas acessibilidades;</p> <p>2. Bom clima que incentiva a população sénior estrangeira a vir residir no Concelho;</p> <p>3. Envelhecimento da população convida a abertura de mais equipamentos virados para os idosos que pode contribuir para aumentar os postos de trabalho nesta área;</p>	<p>1. Valor das comparticipações da Segurança Social não aumenta de forma proporcional aos encargos;</p> <p>2. Envelhecimento não saudável, os idosos passam muito tempo em casa tornando-se muito sedentários;</p> <p>3. Desgaste físico e mental dos colaboradores e cuidadores informais;</p> <p>4. Falta de informação e apoio psicológico às famílias e/ou cuidadores informais;</p> <p>5. Isolamento e dispersão geográfica;</p>
SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO	
<p>Dinamização de atividades que envolvem a população mais envelhecida na sua área de residência para que não seja necessário deslocarem-se para outras zonas, correndo-se assim o risco de não quererem participar;</p>	
<p>Promover ações de sensibilização nas diferentes freguesias para os idosos (dinamizadas nas Juntas, Instituições de apoio ao idoso ou nos Centros de Convívio Melhor Idade), sobre assuntos como nutrição, diabetes, colesterol, medicação, etc;</p>	
<p>Promover um programa de acompanhamento médico e de enfermagem aos Centros de Convívio, em que os profissionais se desloquem pelo menos 2x por semana aos centros;</p>	
<p>Dinamizar ações para os cuidadores informais;</p>	
<p>Criação de uma equipa multidisciplinar (animadora, profissional social, enfermeira, fisioterapeuta) que prestasse apoio ao SAD de todas as IPSS's;</p>	
<p>Promover ações de formação continua aos colaboradores e dirigentes das IPSS's do Concelho sobre várias temáticas;</p>	
<p>Implementar mais respostas vocacionadas para os idosos: ERPI e CD;</p>	

Área - Saúde

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>1. Estruturas razoáveis das Extensões do Centro de Saúde nas freguesias;</p> <p>2. Existência da Unidade Móvel de Saúde;</p> <p>3. As Juntas de Freguesia dão apoio essencial na marcação de consultas e transporte até às mesmas;</p> <p>4. Aumento do número de profissionais da UCSP Óbidos</p>	<p>1. Falta de recursos humanos no Centro de Saúde;</p> <p>2. Saúde mental sem respostas, falta de estruturas que as apoie;</p> <p>3. Falta de articulação entre a saúde e as Instituições no terreno;</p> <p>4. Na sua maioria população sem médico de família;</p> <p>5. Respostas insuficientes na área da saúde;</p> <p>6. Falta de apoio na marcação de consultas, por exemplo para a população mais idosa;</p> <p>7. Falta de acesso facilitado a serviços de enfermagem;</p> <p>8. Poucas vagas para consultas com o médico de família, ou médicos de reforço;</p>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<p>1. Boa localização geográfica, com acesso rápido através da auto-estrada (A8) a vários serviços de saúde em outras localidades;</p>	<p>1. Cada vez mais doenças e degradação nos cuidados de saúde;</p> <p>2. Auto-medicação;</p> <p>3. Não funcionamento efetivo da Unidade Móvel de Saúde, sendo um recurso existente mas sem uso;</p> <p>4. Dificuldades económicas sentidas pela população portuguesa em geral refletem-se nos cuidados de saúde, nomeadamente na aquisição de medicação, acesso a consultas e/ou exames;</p> <p>5. Pouca preocupação por parte da população com a prevenção dos problemas de saúde;</p>
SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO	
<p>Maior divulgação sobre o apoio prestado pelas Juntas de Freguesia à população no que diz respeito à marcação de consultas, atos de enfermagem e transporte até ao Centro de Saúde de Óbidos;</p>	
<p>Criação de uma equipa formada na área da saúde que desloque até junto da população com ações efetivas de prevenção/informação, abordando temas como sobredosagem de fármacos, auto-medicação, ajudando a reduzir a tendência de recorrerem constantemente às unidades de saúde;</p>	
<p>Colocação em funcionamento e, ao dispor da população, da Unidade Móvel de Saúde;</p>	
<p>Em parceria com o ACES ON promover maior divulgação dos programas e ações levadas a cabo pelos profissionais em diferentes áreas mas que infelizmente a população não tem conhecimento;</p>	
<p>Em parceria com o ACES ON encontrar um meio/forma mais eficaz para divulgar as especialidades existentes e que a população não tem conhecimento;</p>	
<p>Parceria direta com médico de família do Centro de Saúde;</p>	
<p>Momentos de partilha informais entre os médicos de cada Freguesia e as Instituições existentes no local;</p>	

Área - Emprego

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>1. Parque Tecnológico;</p> <p>2. Oportunidades de emprego nas IPSS's uma vez que estas cobrem todo o Concelho e a população está cada vez mais envelhecida;</p> <p>3. Intenção do executivo camarário em contratar mais recursos humanos para o Centro de Intervenção Social;</p> <p>4. Baixo índice de desemprego;</p> <p>5. Espaço Ó;</p> <p>6. Existência do GIP, Gabinete protocolado entre Município e IEFPP, I.P., que dá apoio na procura ativa de emprego aos desempregados, fazendo a ponte entre os mesmos e as entidades;</p>	<p>1. Falta de adaptação e de abertura das entidades para desempenho de funções por parte de pessoas com handicap's;</p> <p>2. Falta de entidades empregadoras no Concelho;</p> <p>3. Centro de Intervenção Social - Município de Óbidos com poucos recursos humanos para responder a tantas solicitações;</p> <p>4. Devido à dispersão geográfica de vários Lugares do Concelho, e a falta de cobertura de transportes leva muitas vezes as pessoas a terem de recusar algumas ofertas de trabalho;</p>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<p>1. Boa localização geográfica;</p> <p>2. As entidades/instituições precisam de mais recursos humanos;</p> <p>3. Óbidos é um Concelho com bastante dinamismo turístico;</p>	<p>1. Grande maioria dos residentes de Óbidos trabalha fora do Concelho.</p> <p>2. Perda de pessoas em idade ativa no Concelho por falta de oferta de trabalho na área de residência;</p> <p>3. Falta de liquidez financeira por parte das entidades/instituições que as impede de contratar mais pessoas;</p> <p>4. Desajustamento do tipo de ofertas de emprego à escolaridade/formação da população;</p> <p>5. Dificuldade de recondução profissional na deficiência;</p> <p>6. Mão de obra com baixo nível de habilitações e sem qualificações;</p> <p>7. Sazonalidade no trabalho nos setores do: turismo, agricultura, restauração;</p>
SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO	
<p>Realizar mais ações de sensibilização junto das diferentes entidades empregadoras do Concelho relativamente aos apoios concedidos quanto à empregabilidade de: desempregados de longa duração; pessoas com deficiência ou outros públicos em situação de fragilidade social;</p>	
<p>Mais divulgação das medidas ativas de emprego, mais ações de sensibilização efetuadas no Concelho sobre procura ativa de emprego;</p>	
<p>Mais ações de formação para a população ativa qualificada;</p>	
<p>Identificar e promover ações de formação de acordo com as necessidades identificadas pelos parceiros;</p>	
<p>Apostar na qualificação dos jovens, através de uma oferta formativa de âmbito profissional mais alargada, uma vez que este é um dos principais fatores de atração para as empresas se instalarem;</p>	
<p>Mais dinamização do emprego protegido;</p>	

Área - Transportes e Mobilidade

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<p>1. OBI- Mobilidade para todos;</p> <p>2. Os veículos de transporte oferecem condições razoáveis aos passageiros;</p>	<p>1. Sendo uma Vila histórica com um tipo de arruamento muito típico que dificulta a mobilidade, nomeadamente, das pessoas mais idosas ou com dificuldade de locomoção;</p> <p>2. Fraca cobertura de transportes públicos viável entre todos os Lugares do Concelho e, entre o Concelho e outras localidades ;</p> <p>3. Fraca cobertura de horário por parte do OBI;</p> <p>4. Os horários quer dos transportes públicos como do OBI não são compatíveis com os horários de diversos serviços: saúde, finanças, segurança social, entre outros;</p>
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<p>1. Boa localização geográfica a poucos Km's de grandes centros urbanos, com acesso direto à A8, A15, IP6,</p>	<p>1. Cortes orçamentais que levam à redução do número de funcionários na empresa de transporte que cobre o Concelho;</p> <p>2. Falta de rede abrangente no Concelho;</p>
SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO	
<p>Pressionar a empresa de transportes públicos de forma a alargar os horários bem como a cobertura geográfica das carreiras;</p>	
<p>A Câmara Municipal oferecer aos cidadãos um horário do OBI mais alargado e ajustado às suas necessidades;</p>	

Área - Educação e Formação

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
1. Bom Parque-Escolar; 2. Existência de um horário alargado, Programa Crescer Melhor; 3. Diversos projetos/programas a decorrer nos Complexos Escolares do Concelho;	1. Número de Auxiliares de Ação Educativa insuficiente face ao número de alunos; 2. Programas existentes mas sub aproveitados; 3. Abandono e insucesso escolar; 4. Falta de formação e autoridade parental; 5. Início precoce de comportamentos desviantes; 6. Na maioria das vezes os pais não têm feedback por parte da escola sobre os projetos (ou resultados destes) em que os filhos se encontram envolvidos; 7. Inexistência de mais ofertas formativas, ao nível de Cursos de Educação e Formação com equivalência ao 9º ano, com carácter mais profissionalizante; 8. Pouca segurança no recinto escolar e sua envolvente;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
1. Boa localização geográfica; 2. Bons acessos; 3. Boas infraestruturas que cativam alunos de outros concelhos a escolher as Escolas de Óbidos para estudar; 4. Proximidade com outras valências que pode proporcionar intercâmbios geracionais; 5. Bons equipamentos culturais;	1. Indisciplina em contexto de sala de aula; 2. Desmotivação dos professores face às dificuldades, nomeadamente a instabilidade profissional; 3. Falta de valorização da escola; 4. Desvalorização dos afetos nos momentos de intervenção; 5. Deslocação para outros concelhos vizinhos à procura de melhor oferta de formação; 6. Falta de qualificações da população;
SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO	
Existência nas escolas de técnicos vocacionados para a mediação de conflitos;	
Colocação de Câmaras de vigilância em torno dos Complexos Escolares;	
Maior intercâmbio intergeracional através de atividades promovidas pelas escolas;	
Oferta de roteiros turísticos na Vila de Óbidos aos estudantes do Concelho, para um melhor conhecimento das suas raízes;	

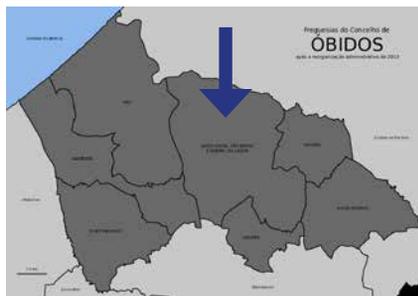
Área - Comunidade e Cidadania

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eventos realizados anualmente: Festival Internacional do Chocolate; Mercado Medieval de Óbidos; Folio; Óbidos Vila Natal; 2. Recursos humanos motivados, pro-ativos e empreendedores; 3. Produtos Regionais (ex. Ginja de Óbidos); 4. Auditório Casa da Música; 5. Município apostado em dinamizar e rentabilizar o potencial turístico através de diferentes iniciativas; 6. Muralhas da Vila, Museus e Igrejas; 7. Rede Social com um número significativo de parceiros ativos; 8. Vários serviços do setor público (Escolas, Juntas de Freguesia, forças de segurança e proteção- GNR e Bombeiros, GIP, CLAI, GAE, CPCJ, Centro de Saúde, Finanças, IPSS's) 9. Município com boa rede de comunicação aos munícipes; 10. Qualidade de vida oferecida no Concelho e a proximidade a grandes centros urbanos; 11. Abertura por parte do Município para novos investimentos no Concelho; 12. GATO - programa de recuperação de habitações próprias com vista ao arrendamento; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acessibilidade aos serviços centrais (Câmara, Finanças; Segurança Social, entre outros) dificultada pela tipologia dos arruamentos da Vila; 2. Poucas atividades para as crianças ao fim de semana, o que faz com que passem maior parte do seu tempo em casa ao computador ou a ver TV, ou até mesmo na rua com atividades ilícitas; 3. Falta de atividades lúdicas, de entretenimento para todas as faixas etárias; 4. Muitas famílias isoladas ou pessoas a viver sozinhas que requerem um outro tipo de acompanhamento; 5. Falta de espaços verdes (jardins) e parques infantis; 6. Falta de caracterização/divulgação dos serviços existentes ao nível da saúde; 7. Resolução de problemas dos munícipes por vezes demorada por falta de recursos humanos; 8. Pouca oferta ao nível de habitação para arrendar o que leva por vezes os jovens a ir residir para outros Concelhos vizinhos;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Território pequeno, bem localizado e com boas acessibilidades; 2. Sendo um território mais pequeno existe maior facilidade de articulação entre os parceiros; 3. Boa oferta turística; 4. Património histórico muito vasto; 5. Turismo: bem-estar; rural, elite/ recursos naturais; 6. Grande potencialidade Desportiva; 7. Diversidade populacional; 8. Potencialidade : agricultura, floricultura; 9. Proximidade ao mar; 10. Intervenção do Projeto Just a Change no Concelho desde 2016; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobreposição ou replicação de ajudas para a mesma situação por parte de diferentes entidades/instituições; 2. Falta de entidades empregadoras; 3. Isolamento geográfico que por vezes proporciona questões de burlas ou roubo, nomeadamente, aos idosos; 4. Agravamento das dificuldades económicas das famílias que provoca uma diminuição de pedidos de integração em serviços como ERPI, CD ou SAD, que acabam por ser feitos já tardiamente ou em situações já de grande dependência;

SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO
Desenvolver princípios de valor para o bem comum (em meio escolar e comunidade em geral) recorrendo aos parceiros locais;
Os serviços das Finanças, Segurança Social, Espaço do Cidadão (Balcão Único), Serviço de Águas, deviam passar para um Edifício fora da Vila, com um acesso mais facilitado a todos;
Criação de mais espaços verdes e parques infantis em todas as Freguesias do Concelho, nomeadamente na Capeleira;
Criar tardes de cinema para toda a comunidade, utilizando a Casa da Música para esse fim;
Promover programas interfamiliares e intergeracionais no âmbito da sustentabilidade ecológica;
Melhorar as acessibilidades dentro das Muralhas da Vila colocando ao dispor de pessoas com mobilidade reduzida um serviço de Tuc-Tuc disponibilizado no Posto de Turismo;
Posto de Turismo deveria ter ao dispor cadeiras de rodas disponíveis para turistas com mobilidade reduzida;
Atualização do Guia de Recursos do Concelho;
Intervir na problemática das casas devolutas e degradadas existentes no Concelho de Óbidos;
Criação de uma "Escola de Pais";

Foi efetuada uma reunião conjunta com os Presidentes de cada Junta de Freguesia do Concelho, de seguida apresentaram-se os resultados da análise SWOT.

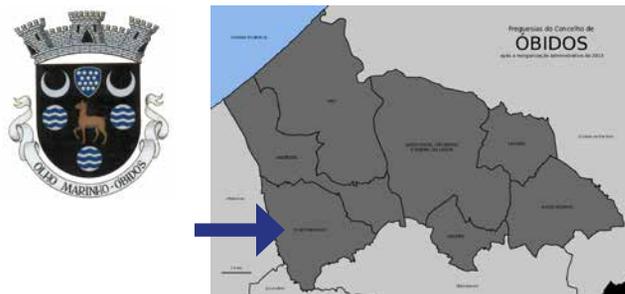
FREGUESIA DE SANTA MARIA, SÃO PEDRO E SOBRAL DA LAGOA



Nº total de habitantes: 1751

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Associações com boas condições, e boas ofertas de serviço à população; 2. A Freguesia está servida por uma boa rede de transportes; 3. Programa Melhor Idade; 3. Complexo escolar; 4. Oferta turística; 5. Programa Crescer Melhor; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centro de Saúde não funciona na sua plenitude, falta de médicos, edifício a necessitar de obras ou até mesmo ser transferido para outro local. 2. Dificuldade de mobilidade dentro das muralhas da Vila; 3. Pouca resposta ao nível de Creche e jardim de Infância- pouca oferta para muita procura;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Boa localização geográfica 2. Perto de grandes centros urbanos; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de oferta de habitação com baixo valor de renda; 2. Óbidos, vila, com poucos residentes; 3. Falta de uma Unidade de Cuidados Continuados no Concelho de Óbidos;

FREGUESIA DE OLHO MARINHO



Nº total de habitantes: 639

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bom Parque-escolar, as escolas têm boas condições, encontram-se bem equipadas; 2. Boa rede de transportes públicos com horários suficientes que satisfazem as necessidades dos residentes na Freguesia e de quem a quer visitar; 3. Programa Melhor Idade; 4. Programa Crescer Melhor; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de enfermeiro e outros recursos humanos na extensão do Centro de Saúde de Olho Marinho; 2. Falta de articulação, a Junta de Freguesia é que tem tido um papel fundamental para conseguir ter um médico na Freguesia; 3. Falta de Auxiliares de Ação Educativa em todas as valências;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Boa localização geográfica; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de uma Unidade de Cuidados Continuados no Concelho de Óbidos;

FREGUESIA DE USSEIRA



Nº total de habitantes: 485

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. A Junta de Freguesia apoia os residentes na marcação de todo o tipo de atos médicos a realizar no Centro de Saúde de Óbidos; 2. A Junta de Freguesia, com veículo próprio, faz o transporte dos residentes na Freguesia até ao Centro de Saúde de Óbidos; 3. Programa Melhor Idade; 4. Programa Crescer Melhor; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esta Freguesia não conta com uma extensão do Centro de Saúde; 2. Fraca cobertura em termos de horário quer do OBI quer da rede de transportes públicos;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. As associações existentes; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distância entre a freguesia e os serviços de saúde; 2. Falta de uma Unidade de Cuidados Continuados no Concelho de Óbidos;

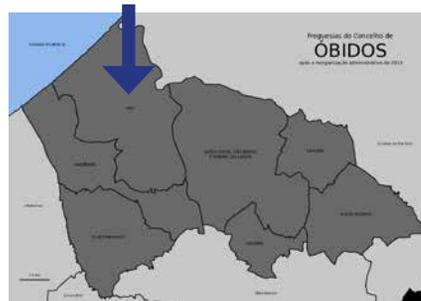
FREGUESIA DE A-DOS-NEGROS



Nº total de habitantes: 761

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Extensão do centro de Saúde funciona bem, tendo disponível para a população um médico 3x/semana e enfermeiro todos os dias; 2. Bom Parque-Escolar; 3. Programa Melhor Idade; 4. Programa Crescer Melhor; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de abrangência em todos os lugares da Freguesia por parte quer da rede pública de transportes quer pelo OBI; 2. Falta de uma creche na Freguesia; 3. Centro de Convívio - Programa Melhor Idade- com horário pouco alargado; 4. Programa Crescer Melhor- rutura ao nível dos animadores e auxiliares- falta de funcionários, nomeadamente, na hora das refeições;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Boa localização geográfica; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desgaste da carrinha da Junta de Freguesia; 2. Falta de uma Unidade de Cuidados Continuados no Concelho de Óbidos;

FREGUESIA DO VAU



Nº total de habitantes: 494

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalações da extensão do Centro de Saúde são adequados e num bom estado de conservação; 2. Aproximação das estruturas administrativas aos municípes; 3. Complexos escolares 4. Respostas adequadas ao nível de atividades extra-curriculares e apoio após o período escolar; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Má organização e funcionamento da extensão do Centro de Saúde no Vau; 2. Ao nível da freguesia esta não consegue responder a todas as necessidades da população idosa, tendo de recorrer aos serviços existentes noutras freguesias do Concelho; 3. Apoio deficiente ao nível das produções agrícolas e criação de estruturas comerciais;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acesso dos estudantes a estruturas e plataformas de inovação tecnológica; 2. Ofertas educativas diversificadas nos Complexos Escolares do Concelho; 3. Desenvolvimento da rede de habitação e regeneração urbanística e paisagística é um projeto com muita potencialidade no Concelho; 4. Destino turístico por excelência; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de respostas ao nível da juventude durante o período de férias escolares; 2. Falta de aproveitamento dos recursos naturais do Concelho; 3. Alguma descaraterização paisagística; 4. Abandono das práticas de agricultura; 5. Aumento da área florestal nomeadamente com eucalipto; 6. Aumento da monocultura;

FREGUESIA DE AMOREIRA



Nº total de habitantes: 477

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. A Junta de Freguesia faz o transporte de pessoas com deficiência para o Concelho vizinho; 2. Bom Parque- Escolar; 3. Programa Melhor Idade; 4. Boas condições do edifício da extensão do Centro de Saúde; 5. Programa Crescer Melhor; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de ERPI na Freguesia; 2. Não há respostas no Concelho de Óbidos para as pessoas com deficiência; 3. Falta de recursos humanos na área da saúde: médicos e enfermeiros;
5. PROGRAMA CRESCER MELHOR;	AMEAÇAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Boa localização geográfica; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baixa natalidade e/ou residência de crianças na Freguesia; 2. Falta de uma Unidade de Cuidados Continuados no Concelho de Óbidos;

FREGUESIA DE GAEIRAS



Nº total de habitantes: 1120

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
1. Boas estruturas ao nível da Educação ; 2. Estruturas ao nível da saúde em boas condições e suficientes; 3. Freguesia das Gaeiras inserida numa Unidade de Saúde Familiar; 4. Projetos de cariz social suficientes e abrangentes;	1. Falta de médicos de família; 2. Falta de uma rede de transportes organizada e que aproxime mais as freguesias dos centros urbanos, nomeadamente à sede do Concelho e às Caldas da Rainha;
5. PROGRAMA CRESCER MELHOR; -	AMEAÇAS 1. Falta de organização ao nível da saúde;

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A atualização do Diagnóstico Social de Óbidos a que nos propusemos encontra-se por ora terminada. Foi possível perceber a evolução a que assistiu o concelho desde 2004, data do último estudo feito, nos diversos domínios da sociedade, desde a demografia, o emprego, a educação, turismo/economia, entre outros.

Verificaram-se muitas alterações, iniciativas impulsionadoras de mudanças significativas sempre no sentido de uma melhoria dos serviços e respostas à comunidade, “bebendo” da inovação, criatividade e empreendedorismo como motores das ações que têm sido levadas a cabo. Não vivendo as sociedades de forma estática, novos desafios e problemas se colocam diariamente pelo que é importante a mobilização de recursos, técnicos e demais atores da sociedade civil.

No que diz respeito às dinâmicas é possível constatar que existe uma perspetiva muito centrada no envelhecimento populacional, nos problemas relacionados com a área da saúde como falta de médicos de família, na dispersão geográfica, na falta de cobertura de rede de transportes, situações é certo existentes mas que não espelham a total realidade atual do concelho.

Ao nível da saúde o que nos foi possível perceber é a existência ainda de algum desconhecimento por par-

te das pessoas sobre os serviços existentes na UCSP Óbidos. Através do diagnóstico aprofundado foi possível perceber que existe um esforço contínuo, tanto da parte do Município de Óbidos como da UCSP de dotar o concelho de mais e melhores serviços à comunidade, proporcionando encontros/reuniões com as mais altas individualidades competentes na área da saúde, reivindicando melhorias, o que se tem verificado.

Óbidos foi palco nos últimos 10/13 anos de uma evolução bastante positiva, a sua economia cresceu, foram criadas formas de colocar Óbidos não só no mapa nacional como internacional, através do turismo (promovendo a Vila em vários canais de informação, através dos eventos realizados anualmente), ou até mesmo ao nível da educação, os estabelecimentos de ensino sofreram uma reforma durante 10 anos, o projeto para reunir 24 escolas em 4 agrupamentos iniciou em 2004, tendo a OCDE classificado estes agrupamentos como estando entre as melhores escolas do mundo (os projetos existentes são diferenciadores de outras escolas públicas da região, as aulas teóricas são complementadas com ateliers de várias áreas, o EU é respeitado no meio da diversidade). Apesar destes aspetos positivos, continuamos a assistir a episódios de desrespeito pelas regras, individualidades por parte de uma franja de alunos. Os problemas

comportamentais merecem atenção por parte de todos os intervenientes, devendo os parceiros envidar energias no sentido de os colmatar.

Sendo Óbidos hoje em dia uma das Vilas mais conhecidas de Portugal, território de referência na cultura, inovação, criatividade, empreendedorismo, justifica-se nesse sentido a continuidade de esforços no que diz respeito a manter o que de bom tem sido feito, mas principalmente na tentativa contínua de melhorar a qualidade ao nível das acessibilidades, mobilidade, mais qualidade na saúde para todos, criação de mais espaços verdes no concelho.

O conceito e problemática da família surge transversalmente em quase todos os eixos, sendo de extrema importância a necessidade de fazer emergir medidas e/ou programas sociais específicos nesta área. Também como foi possível perceber foi apontado o déficite ao nível das respostas sociais para pessoas com deficiência ou com problemas de saúde mental, que por falta de respostas no concelho muitas das vezes se encontram despojadas ou então são “obrigadas” a encontrar respostas noutros concelhos, implicando dessa forma custos por vezes superiores aquilo que as famílias têm capacidade de suportar.

No que concerne à socio-institucionalidade podemos apontar como aspeto positivo a quantidade e qualidade das entidades, associações, grupos desportivos, culturais e recreativos que, na pluralidade das suas áreas de intervenção/atuação conseguem muitas das vezes resolver na primeira linha situações de “fragilidade social”, contudo, e apesar da boa vontade é demais evidente a falta de recursos humanos que por vezes dificulta a melhor articulação e rapidez nas respostas por parte das entidades/instituições competentes. Existe ainda escassez de respostas no concelho relativamente à oferta de serviços na área da terceira e quarta idade, as ERPI's são estruturas cada vez mais importantes e necessárias. Também as respostas ao nível das pessoas com deficiência são nulas, obrigando os munícipes que sofrem deste handicap a deslocarem-se para concelhos vizinhos.

Sem se desvalorizar as opiniões recolhidas e as necessidades, crê-se que Óbidos tem, ainda assim, uma boa cobertura no que ao nível dos recursos humanos e materiais diz respeito, é um concelho inovador em constante trabalho para melhorar as condições de quem cá vive e de quem o visita, perante a crise económica vivida por todos tem tentado combatê-la apostando naquilo que de melhor tem: a sua História.

BIBLIOGRAFIA

- Câmara Municipal de Óbidos (2016). *PEEM - Plano Estratégico Educativo Municipal*.
 Comunidade Intermunicipal do Oeste (2017). *RISO - Rede Inovação Social do Oeste*.
 Elliot, J.(1996). *El Cambio Educativo desde la Investigacion-accion*. Madrid: Ediciones Morata
 Guerra, Y. (1995). *Instrumentalidade do Serviço Social*. Editora Cortez
 Fialho, J., Silva, C. & Saragoça, J. (2017). *Diagnóstico Social - Teoria, metodologia e Casos Práticos*, 2ª Edição, Edições Sílabo
 Idáñez, M. e Ander-Egg, E. (2007). *Diagnóstico Social: conceitos e metodologias, Rede Europeia Anti-Pobreza/Potugal*, Porto 2007
 Oliveira, Isabel Tiago de, Pedro Candeias, João Peixoto, Jorge Malheiros e Joana Azevedo (2017), "Regressos de emigrantes portugueses, 2001-2011", Oem Fact Sheets, 6, *Observatório de Emigração*, CIES-IUL, ISCTE-IUL. DOI: 10.15847/CIESOEMFS062017
 Perez, Ventosa V. (1996). *La expresion dramatica como medio de animacion en educacion social - Fundamentos, tecnicas y recursos*.Amaru Ediciones
 Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2015), *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2015*. Lisboa, SEF.

WEBGRAFIA

- www.justachange.pt
www.pordata.pt
www.ine.pt
www.cm-obidos.pt
www.seg-social.pt
www.sef.pt
www.cnpjcr.pt
www.bombeirosdeobidos.pt
www.iefp.pt
www.pt-obidos.com
www.arslvt.min-saude.pt
www.jornaldascaldas.com
<http://observador.pt/2017/02/08/taxa-de-abandono-precoce-na-educacao-e-formacao-sobe-para-os-14/> (acedido a 10 de abril de 2017)
<http://www.thinkfn.com> (acedido a 10 de abril de 2017)
<http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/guide.html> (acedido a 19 de dezembro de 2016)
http://www.academia.edu/12584736/A_Investiga%C3%A7%C3%A3o-ac%C3%A7%C3%A3o_No%C3%A7%C3%B5es_basicas(acedido a 1 de fevereiro de 2017)
<http://geo-geografias.blogspot.pt/2010/01/piramides-etarias.html> (acedido a 18 de julho de 2017)

ANEXO I



mOBilidade para todos

HORÁRIO DE INVERNO

3 SETEMBRO 2018 A 28 JUNHO 2019 (DIAS ÚTEIS)

ÓBIDOS - OLHO MARINHO

2.^ª feiras

14,00	Óbidos (Centro de Saúde)	16,45
14,03	A-da-Gorda (Espalva)	16,42
14,05	A-da-Gorda (peapeiro)	16,40
14,10	Olho Marinho (Ferreira)	16,30
14,12	Olho Marinho (Cacha Agrícola)	16,27
14,14	Olho Marinho (Bela Casagem)	16,25
14,18	Amoreira (R. José Maria)	16,20
14,22	A-da-Gorda (peapeiro)	16,17
14,35	Óbidos (Piscina Municipal)	16,12
14,40	Óbidos (Centro de Saúde)	16,10

ÓBIDOS - A-DOS-NEGROS - GAEIRAS

3.^ª feiras

10,00	Óbidos	13,55
10,15	Quinta do Carvalhido (Espalva)	13,45
10,17	Quinta do Carvalhido (Entroncamento R. da Igreja com Est. da Lagoa)	13,44
10,18	Quinta do Carvalhido (Cabeça)	13,43
10,25	Sancheira Pequena (Rua Principal)	13,40
10,30	Sancheira Grande (Rua Principal)	13,36
10,32	Sancheira Grande (Centro de Convívio)	13,34
10,34	Sancheira Grande (Largo do Espírito Santo)	13,32
10,37	A-dos-Negros (ADCPAN)	13,29
10,40	A-dos-Negros (Junta de Freguesia)	13,27
10,42	A-dos-Negros (Rua Principal)	13,25
10,44	A-dos-Negros (Igreja)	13,23
10,49	Areirinha (Centro de Convívio)	13,20
11,00	Gracieira (Lourçal)	13,15
11,02	Gracieira (Associação)	13,14
11,04	Gracieira (Escola)	13,13
11,06	A-dos-Negros (Associação)	13,08
11,10	Alvito	13,05
11,20	Óbidos (Piscina Municipal)	12,55

ÓBIDOS - BAIRRO - ARELHO

4.^ª feiras

14,36	Óbidos (Piscina Municipal)	17,32
14,38	Óbidos (Vila)	17,30
14,41	Tentadeiro	17,24
14,46	Carregal (Associação)	17,22
14,51	Arelho (Associação)	17,21
14,56	Carregal (Estrada Nova / Fontes de água)	17,19
15,01	Trás-do-Outeiro (Cemitério)	17,17
15,04	Trás-do-Outeiro (Associação)	17,15
15,06	Trás-do-Outeiro (Vale Fozado)	17,13
15,11	Bairro da Sra. da Luz (Largo)	17,11
15,13	Bairro da Sra. da Luz (Centro de Convívio)	17,10
15,16	Casais da Avarela	17,07
15,21	Óbidos (Rua da Estação - Ponte)	17,02
15,26	Óbidos (Piscina Municipal)	17,00

CAPELEIRA - SOBRAL - PINHAL

2.^ª feiras

14,40	Óbidos (Piscina Municipal)	17,40
14,42	Óbidos (Santa Iria)	17,37
14,46	Caapeleira (ARCACEN)	17,35
14,55	Usseira (Rua Maria Estorinho)	17,30
14,57	Usseira (Café/Rua Principal)	17,27
15,00	Usseira (Centro)	17,25
15,10	Sobral da Lagoa (Centro de Convívio)	17,15
15,15	Pinhal (Rua da Pegada)	17,05
15,17	Pinhal (Centro)	17,03
15,20	Óbidos (Piscina Municipal)	17,00

USSEIRA - VAU - AMOREIRA

4.^ª feiras

13,45	Óbidos	17,00
13,58	Vau (Largo da Igreja)	16,48
14,00	Vau (Junta de Freguesia)	16,46
14,02	Vau (Rua da Igreja)	16,44
14,04	Vau (Centro de Convívio)	16,42
14,08	Amoreira (Centro de Freguesia)	16,38
14,12	Amoreira (Rua João - Mira)	16,38
14,15	A-da-Gorda (Escola)	16,34
14,20	Usseira (Centro de Convívio)	16,26
14,22	Usseira (Rua Principal - Café)	16,24
14,24	Usseira (Junta de Freguesia)	16,22
14,25	Usseira (Ruafrio)	16,20
14,36	Óbidos (Piscina Municipal)	16,10

ÓBIDOS - A-DOS-NEGROS - GAEIRAS

5.^ª feiras

09,00	Óbidos	13,50
09,10	Quinta do Carvalhido (Entroncamento R.112)	13,39
09,12	Quinta do Carvalhido (Entroncamento R. da Igreja com Est. da Lagoa)	13,37
09,13	Quinta do Carvalhido (Cabeça)	13,36
09,20	Sancheira Pequena (Rua Principal)	13,29
09,22	Sancheira Grande (Rua Principal)	13,27
09,24	Sancheira Grande (Centro de Convívio)	13,25
09,26	Sancheira Grande (Largo do Espírito Santo)	13,23
09,30	A-dos-Negros (ADCPAN)	13,19
09,33	A-dos-Negros (Junta de Freguesia)	13,16
09,35	A-dos-Negros (Rua Principal)	13,14
09,40	A-dos-Negros (Igreja)	13,09
09,45	Areirinha (Centro de Convívio)	13,04
09,50	Gracieira (Lourçal)	13,02
09,52	Gracieira (Associação)	13,00
09,54	Gracieira (Escola)	12,58
10,00	A-dos-Negros (Luzamento Ponte)	12,52
10,05	Alvito	12,47
10,08	Gaeiras (Centro de Convívio)	12,44
10,10	Gaeiras (Rua 14 - Ponte)	12,42
10,12	Casal Zambujeiro (Ribeiro)	12,40
10,22	Óbidos (Piscina Municipal)	12,30

ÓBIDOS - GAEIRAS

3.^ª feiras

09,30	Óbidos	12,25
09,35	Casal Zambujeiro (Piscina)	12,20
09,37	Gaeiras (Centro de Saúde)	12,18
09,40	Gaeiras (Centro de Convívio)	12,15
09,45	Gaeiras (R. Cova à Ostra / Cusamento Vale Vertes)	12,12
09,50	Gaeiras (Fonte das Gaeiras)	12,10
10,00	Óbidos (Piscina Municipal)	12,00



HORÁRIO DE VERÃO

DIAS ÚTEIS DE 1 JULHO A 30 AGOSTO 2019

BOM SUCESSO — ÓBIDOS — USSEIRA

17h15	BOM SUCESSO	11h22
17h19	Rei Cortiço (cruz.)	11h18
17h26	Casais do Rio	11h11
17h28	Vau	11h09
17h32	Amoreira	11h05
17h37	Olho Marinho	11h00
17h42	Amoreira (C. Saúde)	10h55
17h45	Sobral da Lagoa (cruz.)	10h52
17h48	Sobral da Lagoa	10h49
17h51	Sobral da Lagoa (cruz.)	10h46
17h53	A da Gorda	10h44
17h55	Quinta da Pegada	10h42
17h56	ÓBIDOS	10h40
17h58	Capeleira	10h37
18h02	Navalha e Fraldeu	10h33
18h09	Casais Brancos	10h29
18h13	USSEIRA	10h25

QUINTA DO CARVALHEDO — ARELHO — BOM SUCESSO

09h00	QUINTA DO CARVALHEDO	16h45
09h05	Sancheira Pequena	16h41
09h10	Sancheira Grande	16h37
09h15	Areirinha	16h33
09h20	A-dos-Negros (bairro da igreja)	16h31
09h25	A-dos-Negros (centro)	16h29
09h30	Gracieira (associação e escola)	16h27
09h35	Gaeiras	16h23
09h40	Bairro Senhora da Luz	16h16
09h45	Trás do Outeiro	16h13
09h50	Carregal	16h12
09h55	ARELHO	16h07
10h00	Rei Cortiço (cruz.)	16h03
10h05	BOM SUCESSO	16h00

ANEXO II

PLANO NACIONAL DE SAÚDE REVISÃO E EXTENSÃO A 2020

MAIO 2015



Plano Nacional de Saúde

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
PREFÁCIO	4
1. ENQUADRAMENTO	6
1.1. Visão	8
1.2. Missão	9
1.3. Valores e Princípios	9
2. METAS DE SAÚDE 2020	10
3. MODELO CONCEPTUAL: EIXOS ESTRATÉGICOS	13
3.1. Cidadania em Saúde	14
3.2. Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde	15
3.3. Qualidade na Saúde	16
3.4. Políticas Saudáveis	17
4. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO	20
4.1. Orientações Estratégicas para a Implementação	23
4.2. Orientações Específicas para a Implementação	25
5. ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO	28
5.1. Mecanismos de Implementação	28
5.2. Mecanismos de Cativação de Recursos	28
5.3. Mecanismos de Divulgação	28
5.4. Adequação do Quadro de Referência Legal	28
6. MONITORIZAÇÃO	28
7. BIBLIOGRAFIA GERAL	33
8. ANEXO	37

AGRADECIMENTOS

Adalberto Campos Fernandes; Agis Tsouros; Alcindo Maciel; Alexandra Bento; Alexandre Abrantes; Alexandre Lourenço; Alexandre Morais Nunes; Almerindo Rego; Álvaro Beleza; Álvaro de Carvalho; Álvaro Santos Almeida; Ana Carla Correia; Ana Clara Silva; Ana Cristina Guerreiro; Ana Cristina Portugal; Ana Dinis; Ana Escoval; Ana Paulo Laborinho; Ana Pedroso; Ana Sofia Ferreira; Ana Tito Lívio; Anabela Coelho; Anabela David; André Biscaia; Andreia Silva Costa; António Diniz; António Duarte; António Ferreira; António Leuschner; António Marques; António Pereira; António Tavares; Artur Osório de Araújo; Artur Paiva; Barbara Menezes; Belmira Rodrigues; Bernardo Gomes; Berta Nunes; Bruno Santos; Carla Andrade; Carla Lopes; Carla Pereira; Carla Sofia da Silva e Sá Farinha; Carlos Gouveia Pinto; Carlos Jorge Afonso Pereira; Carlos Jorge Crespo; Carlos Martins; Carlos Maurício Barbosa; Carlos Ramalheira; Carlota Louro; Carlota Pacheco Vieira; Carolina Teixeira; Catarina Durão; Catarina Sena; Catarina Soares Pires; Cátia Sousa Pinto; Celeste Gonçalves; Clara Pais; Cristina Abreu dos Santos; Cristina Bárbara; Cristina Semião; Dália Nogueira; David Santos; Elisabete Ramos; Elke Jakubowski; Emília Nunes; Eva Falcão; Fátima Trigueiros; Fernando Tavares; Fernando Almeida; Filipa Pereira; Filomena Araújo; Francisco George; Francisco Ramos; Francisco Velez Roxo; Gilles Dussault; Gisele Câmara; Glória Almeida; Graça Freitas; Graça Mariano; Hans Kluge; Heitor Costa; Henrique Barros; Henrique Botelho; Henrique Martins; Hernâni Caniço; Ilídia Duarte; Ilídio Cláudio Santos Correia; Inácio Almeida Brito; Inês Guerreiro; Isabel Castelão; Isabel Loureiro; João Baptista Soares; João Crisóstomo; João Delmiro; João Filipe Raposo; João Lobato; João Goulão; João Pedro Gomes; João Pedro Pimentel; João Pereira; João Sequeira Carlos; João Terrível; João Varandas Fernandes; Joaquim Cunha; Joaquim Santos; Jorge Carvalho; Jorge Jacob; Jorge Torgal; José Alexandre Diniz; José Aranda da Silva; José Armando Marques; José Boavida; José Carlos Lopes Martins; José Carlos Nascimento; José Carlos Rodrigues; José Fernandes

e Fernandes; José Fragata; José Martins; José Miguel Caldas de Almeida; José Pereira Miguel; José Robalo; Julian Perelman; Júlio Bilhota Xavier; Lara Noronha Ferreira; Leonor Pereira; Lisa Vicente; Luís Braga da Cruz; Lúcio Meneses de Almeida; Luis Campos; Luís Nunes; Luís Pisco; Luís Silva Miguel; Mafalda Lopes dos Santos; Manuel Caldas de Almeida; Manuel de Lemos; Manuel Lopes; Manuela Azevedo e Silva; Manuela Felício; Margarida França; Margarida Tavares; Maria Cortes; Maria da Conceição Sanchez; Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento; Maria do Céu Machado; Maria do Rosário Zincke; Maria Gracinda Ferreira; Maria Isabel Alves; Maria Isabel Castelão; Maria José Policarpo; Maria Neto; Mário Carreira; Miguel Cardo; Miguel Narigão; Miguel Soares de Oliveira; Miguel Telo de Arriaga; Monika Kosinka; Natércia Miranda; Nuno Miranda; Orlando Monteiro da Silva; Patrícia Barbosa; Paula Dias de Almeida; Paula Domingos; Paula Marques; Paula Santana; Paulo Campos; Paulo Feliciano Diegues; Paulo Ferrinho; Paulo Manuel Carreiro Macedo; Paulo Nicola; Paulo Nogueira; Paulo Rocha; Pedro Beja Afonso; Pedro Calado; Pedro Cegonho; Pedro Graça; Pedro Pita Barros; Pedro Sá Moreira; Ponciano Oliveira; Raquel Lucas; Ricardo Mestre; Richard Alderslade; Rita Lopes; Rui Cruz Ferreira; Rui Dionísio; Rui Gomes; Rui Julião; Rui Nogueira; Rui Portugal; Rui Santos Ivo; Rute Ribeiro; Salvador Massano Cardoso; Sandra Baia; Sara Carrasqueira; Sérgio Gomes; Sofia Moura; Sollari Allegro; Sónia Ferreira Dias; Suzete Cardoso; Telma Gaspar; Telmo Baptista; Teresa Chaves de Almeida; Teresa Núncio; Teresa Sustelo; Vítor Ramos; Vítor Rodrigues; Yolanda Maria Vaz; Zsuzsanna Jakob; Zulmira Hartz.

PREFÁCIO

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde. Dando cumprimento ao disposto nas Grandes Opções do Plano para 2015 (Proposta de Lei n.º 253/XII), bem como às recomendações do relatório da Organização do Mundial de Saúde-Euro (OMS-Euro) sobre a implementação do PNS, considera-se adequado desenvolver uma revisão da execução do Plano, estendendo-o a 2020. Esta revisão e extensão do PNS a 2020 está alinhada com os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os Estados em setembro de 2013), e tem em consideração as recomendações do relatório de avaliação da implementação do PNS 2012-2016 apresentado em outubro de 2014 pela OMS-Euro, bem como a mais recente evidência disponível, fornecida através Roteiros de Intervenção do PNS elaborados por peritos em diferentes temáticas da saúde (anexo).

O presente documento beneficiou de um consenso alargado quanto à sua visão, missão, Eixos Estratégicos e implementação, amplamente discutidos no 4º Fórum Nacional de Saúde (junho de 2014), nas reuniões do Conselho Consultivo e de Acompanhamento, do Grupo de Peritos e dos colaboradores dos diferentes Departamentos na Direção-Geral da Saúde.

O documento que aqui se apresenta cumpre um papel agregador e orientador das medidas consideradas mais relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde por parte da população residente em Portugal, enquanto referencial para as políticas e ações no setor da Saúde, bem como demais sectores com impacto nesta área, realçando a perspetiva de Saúde em Todas as Políticas. As atividades relacionadas com a saúde, desde a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de cuidados, são motor de desenvolvimento, valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social.

Os grandes desígnios propostos para 2020 são a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde.

Para alcançar tais desígnios, todas as intervenções em saúde devem assentar em quatro Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e, Políticas Saudáveis.

Nesta linha, a atualização do PNS visa rever e consolidar algumas das intervenções já implementadas, melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações justificadas pelo atual contexto social e epidemiológico. Os desafios atuais de transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental, e a globalização, requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem os seus objetivos.

Como referido, o Plano define quatro Eixos Estratégicos que correspondem a perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde, cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspetiva de Sistema de Saúde. A ação, no âmbito destes Eixos, permite obter ganhos em saúde, melhorar o desempenho do Sistema, bem como a capacidade deste se desenvolver como um todo, nomeadamente através do fortalecimento de sistemas de informação para a tomada de decisão; integração de programas e projetos; e intervenções focadas em resultados.

O presente documento pretende, por um lado, identificar e definir um conjunto de orientações, de mecanismos e de atividades necessários para reforçar a implementação do PNS a nível nacional, regional e

local, incluindo a respetiva monitorização dos resultados, com identificação de período de execução e das entidades parceiras. Por outro lado, visa propor um enquadramento estratégico, operacional e temporal, que, embora na sequência lógica do Plano até à data em vigor, visa, até 2020, o reforço da cidadania e da equidade, assim como o realce da abordagem estratégica intersectorial, por ciclo de vida e *settings* (contextos), a par de uma governação da prática dos cuidados de saúde mais orientada para a qualidade e reforço da satisfação das necessidades da população.

O documento que aqui se apresenta está organizado em cinco partes: i) Enquadramento; ii) Metas de Saúde iii) Modelo Conceptual: Eixos Estratégicos; iv) Orientações para a Implementação; v) Monitorização.

O Plano Nacional de Saúde mantém um compromisso para o futuro, a 2020, e visão proativa no seu desenvolvimento, de forma a incorporar todas as tendências da sociedade portuguesa, através do acolhimento de novas e melhores recomendações e da atualização da situação nacional e internacional.

Como os resultados em saúde são decorrentes de cadeias de valor, o Plano Nacional de Saúde deve assim ser considerado como um instrumento que visa integrar e focar os esforços de todos. Visa, essencialmente, servir de plataforma de entendimento e de convergência que eleve a capacidade de todos para se perseguirem os objetivos comuns do Sistema de Saúde e a melhoria da saúde da população. Por outro lado, no seio do Ministério da Saúde deve-se orientar: o financiamento e a contratualização dos serviços prestadores de cuidados de saúde; particularmente os do Serviço Nacional de Saúde, a gestão de recursos, a introdução de novas tecnologias, nomeadamente na área do medicamento e dispositivos médicos.

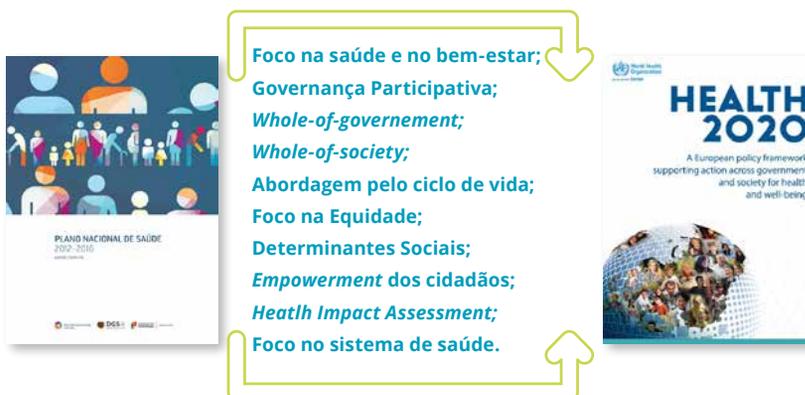
O poder de influência do Plano Nacional de Saúde estará naquilo que os agentes da sociedade e os cidadãos queiram dele fazer. Espera-se que este desígnio seja parte da missão de todos e de cada um, sejam Governo, instituições de saúde ou de outros sectores, públicos ou privados, sociedade civil, comunidades ou cidadãos.

1. ENQUADRAMENTO

A presente revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020 decorre após um relatório desenvolvido pela OMS-Euro sobre a implementação do PNS 2012-2016 apresentado em outubro de 2014. Neste relatório são referidas recomendações que serviram de ponto de partida para o desenvolvimento deste documento. Além disso, o documento que aqui se apresenta fundamenta-se na mais recente evidência disponível, nomeadamente nos Roteiros de Intervenção desenvolvidos no âmbito do PNS (<http://pns.dgs.pt/roteiros-de-intervencao-do-plano-nacional-de-saude/>) (anexo) e em documentos estratégicos de relevo para a política de saúde nacional e internacional, a saber: Health 2020 (OMS, 2014); Um Futuro para a Saúde (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014); e ainda as implicações decorrentes da Estratégia *Health for Growth Programme 2014-2020* (Comissão Europeia, 2014). Todas as ideias, princípios, Eixos Estratégicos e orientações aqui apresentados surgem na continuidade de planos anteriores, tendo sido amplamente discutidos e consensualizados em várias arenas de discussão pública.

A estratégia *Health 2020* (OMS, 2014) é o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. Centra-se na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde. Estes objetivos são alcançados através de prioridades estratégicas, desenvolvidas segundo abordagens designadas por *whole-society* e *whole-of-government*. As prioridades estratégicas são: i) investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; ii) combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; iii) fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças; iv) desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores. O relatório desenvolvido pela OMS-Euro sobre a implementação do PNS conclui que o PNS 2012-2016 está alinhado com a estratégia *Health 2020* da OMS-Euro, devendo, no entanto, serem reforçados os instrumentos de implementação (Figura 1).

Figura 1. Elementos do PNS alinhados com a Estratégia Health 2020 da OMS - Euro



O relatório *Um Futuro para a Saúde* (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014) assentou no desafio de criar uma visão para a saúde e para os cuidados de saúde em Portugal, para os próximos 25 anos, descrevendo o que isso poderia significar na prática, nomeadamente em termos de implementação e sustentabilidade. Este documento propõe uma visão simples, caracterizada pelo *empowerment* (empoderamento) dos cidadãos, pela participação ativa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade, apelando a um novo pacto para a Saúde.

O modelo de co-produção de saúde refere que por um lado a Governação para a Saúde partilhada pelos diferentes sectores da sociedade, incluindo a administração pública e a Governação da Saúde, prestação de cuidados de saúde contribuem em simultâneo para o estado e ganhos em saúde na população, como ilustrado (Figura 2). Este modelo é inspirador para a formulação das orientações deste Plano,

Figura 2: Modelo de co-produção de saúde (Fonte: *WHO Euro-Governance for Health in the XXI Century*, 2012, retirado de Fundação *Calouste Gulbenkian*. *Um Futuro para a Saúde*, 2014)



Considera-se ainda a Estratégia *Health for Growth Programme 2014-2020* da Comissão Europeia (Comissão Europeia, 2014), que pretende complementar, apoiar e gerar valor acrescentado no que se refere às políticas dos Estados-Membros destinadas a melhorar a saúde dos cidadãos e reduzir as desigualdades em saúde, através da promoção da saúde, do incentivo à inovação, do reforço da sustentabilidade dos sistemas de saúde e da proteção dos cidadãos contra as ameaças sanitárias transfronteiriças. Neste documento são referidas medidas de implementação como a divulgação de boas práticas; a identificação e desenvolvimento de mecanismos e instrumentos que permitam fazer face à escassez de recursos humanos; a melhoria da formação; a articulação e divulgação da investigação e inovação.

O PNS conta com o contributo de cada um dos cidadãos para maximizar a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis, tendo a intenção de trazer valor ao Sistema de Saúde Português. À semelhança do documento “Um Futuro para a Saúde” (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014) considera-se que a saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.

OPNS mantém um compromisso para o presente e para o futuro e uma visão proativa no seu desenvolvimento, de forma a incorporar todas as tendências da sociedade portuguesa, através do acolhimento de novas e melhores recomendações e da atualização do contexto e da situação nacional e internacional, numa lógica verdadeiramente sinérgica e intersectorial.

O PNS deve ser considerado como um instrumento de governança que visa integrar e focar os esforços de todos os agentes que promovem e protegem a saúde, utilizando os diferentes mecanismos de poder (*smart governance*, Nye, 2011): por um lado, o poder de influência, de apoio e persuasão; por outro lado, no seio do Ministério da Saúde, o poder exercido através da orientação do financiamento e da contratualização de serviços prestadores de cuidados de saúde.

O PNS pretende também alinhar as estratégias nacionais, regionais e locais em relação ao desenvolvimento de recursos humanos/formação para a saúde, investigação e inovação, bem como na definição da estratégia e critérios para atribuição de financiamento a todos os agentes do Sistema de Saúde.

1.1. VISÃO

O Plano Nacional de Saúde dá continuidade à visão estabelecida nos anteriores planos, isto é visa-se maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

Propõe-se como desígnios para 2020 a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde.

“No meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Tenho muito poucos motivos para interagir diretamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como as doenças inevitáveis ou os acidentes. Quando tenho de ir a um centro de saúde para cuidados de saúde proactivos ou a um hospital para um tratamento urgente ou devido a dificuldades de saúde graves, o meu problema é resolvido de forma profissional e humana, tão rapidamente quanto possível.”

Um Futuro para a Saúde. Gulbenkian, 2014. Pag 25. Lynn Archibald.

1.2. MISSÃO

O Plano Nacional de Saúde tem por missão:

- Afirmar os valores e os princípios que suportam a identidade do Sistema de Saúde, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, e reforçar a coerência do sistema em torno destes;
- Clarificar e consolidar entendimentos comuns que facilitam a integração de esforços e a valorização dos agentes na obtenção de ganhos e valor em saúde;
- Enquadrar e articular os vários níveis de decisão estratégica e operacional em torno dos objetivos do Sistema de Saúde;
- Criar e sustentar uma expectativa de desenvolvimento do Sistema de Saúde através de orientações e propostas de ação;
- Ser referência e permitir a monitorização e avaliação da adequação, desempenho e desenvolvimento do Sistema de Saúde.

1.3. VALORES E PRINCÍPIOS

O PNS tem como valores e princípios a transparência e a responsabilização que permitam a confiança e a valorização dos agentes, bem como que o sistema se desenvolva aprendendo. Para além destes destacam-se:

- O envolvimento e participação de todos os intervenientes nos processos de criação de saúde;
- A redução das desigualdades em saúde, como base para a promoção da equidade e justiça social;
- A integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos;
- Um sistema de saúde que responda com rapidez às necessidades, utilizando da melhor forma os recursos disponíveis para evitar o desperdício;
- A sustentabilidade, de forma a preservar estes valores para o futuro, em que se possa conjugar: uma população saudável; comunidades resilientes que possam dispor de uma boa rede informal de cuidados; políticas e práticas de saúde bem integradas nas outras políticas e práticas sociais e económicas; um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objetivos, que seja eficiente, e tenha recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa, de modo a cuidados de saúde integrados.

2. METAS DE SAÚDE 2020

Neste documento propõem-se quatro metas para 2020, das quais duas metas ficam condicionadas a desenvolvimento atempado do sistema de informação.

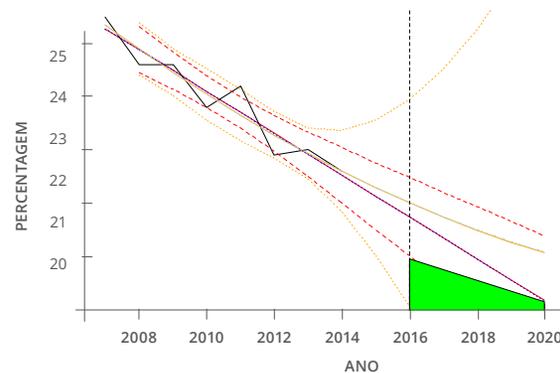
Portugal é um país com baixa natalidade, uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla. Este documento visa dar uma resposta a este cenário epidemiológico e demográfico contribuindo para que se incentive a natalidade, para que os jovens venham a ser adultos mais saudáveis e para que existam respostas rápidas e eficazes aos desafios lançados tanto pelas doenças de evolução prolongada, doenças transmissíveis e trauma, como pelas emergências de saúde pública.

A. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%

A taxa de mortalidade prematura (%) antes dos 70 anos de idade é em 2012 22,8%. A projeção deste indicador para 2020 é de uma taxa previsível entre 20,5 e 22,0 %. Esta revisão do PNS assume o compromisso pela redução progressiva da mortalidade prematura, que deverá ficar em linha com o compromisso assumido para 2020, abaixo dos 20% (Um Estado Melhor, 2014). Esta meta alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas).

Na figura 3 representa-se a tendência de mortalidade prematura a 2020, verificando-se a necessidade de um esforço adicional para garantir a meta.

Figura 3: Mortalidade prematura (todas as causas)



Fonte: VDM com projeção da DSIA (2015).

Nota: Área a verde corresponde a valores ideais de resultado para o cumprimento da meta.

B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%

A esperança de vida saudável aos 65 anos é em Portugal, em 2012 de 9,9 anos para homens e de 9,0 anos para as mulheres (Fonte: EUROSTAT) valor este inferior ao melhor valor dos países da União Europeia em 2011 de 13,9 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres na Suécia. A projeção linear a 2020 identifica que os valores a atingir neste indicador serão de cerca de 12,9 anos para os homens e de 11,7 anos para mulheres. O indicador é medido em termos europeus e possível de monitorizar. Atendendo a que o horizonte 2020 é relativamente curto considera-se que valor de 30% de ganhos é a meta a alcançar, pelo que programas que foquem o grupo etário dos 50 – 60 anos devem ser considerados, nomeadamente para a carga de doença relacionada com a incapacidade.

Figura 4: Anos de Vida Saudáveis aos 65 anos - Homens

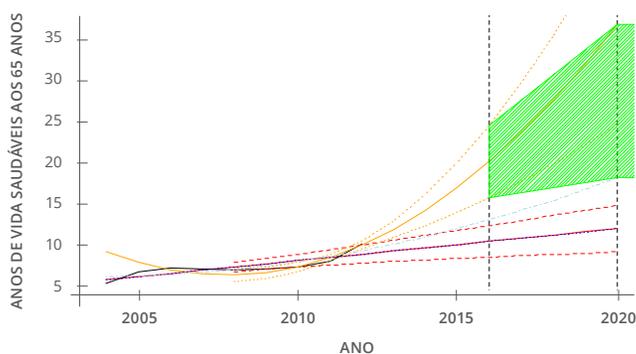
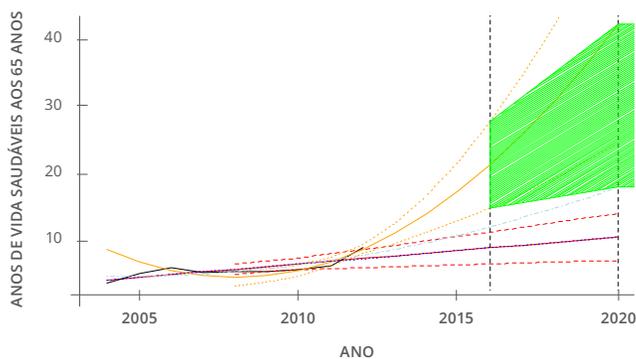


Figura 5: Anos de Vida Saudáveis aos 65 - Mulheres



Fonte: DSIA (2015).

Nota: Área a verde corresponde a valores ideais de resultado para o cumprimento da meta.

Os indicadores relativos a consumo e exposição ao tabaco e da obesidade infantil em idade escolar não são recolhidos sistematicamente e por isso muito difíceis de monitorizar, bem como de projetar para 2020. No que se refere à obesidade infantil, a recolha de indicadores é morosa, estando a ser monitorizados de 3 em 3 anos com medições em 2008, 2010, 2013 em crianças em idade escolar. Este processo iniciou-se na Europa com o projeto Cosi OMS-Europa, em Portugal a DGS realiza a monitorização com a colaboração de todas as ARS. A evidência prova que são os dois fatores que melhor podem condicionar a saúde das gerações futuras. Assim, consideram-se como indicadores a estabelecer metas para 2020 que só serão possíveis de quantificar na garantia que o sistema de informação promova a seu efetivo calculo. O sistema de recolha de informação deverá estar garantido até a Junho de 2016.

C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental.

O consumo de tabaco constitui um dos comportamentos de risco com mais impacto na população portuguesa:

- Em Portugal, de acordo com estimativas de 2010 da Global Burden Diseases, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11800 pessoas, das quais 845, em consequência da exposição ao fumo ambiental. No mesmo ano, estimou-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, tenha sido de 103,06 por 100 000 habitantes;
- Em 2012, mais de um quarto da população dos 15-64 anos, era consumidora de tabaco (III inquérito Nacional do Consumo de Substâncias Psicoativas da População Geral);
- Um estudo do Eurobarómetro relativo a 2008 permite concluir que apenas 32% dos jovens inquiridos dos 15-24 anos, consideram que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde.

D. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020

A informação sobre o consumo alimentar permite identificar quem se encontra em risco nutricional, possibilitando uma adequada intervenção. Os elementos mais recentemente divulgados, respeitantes a 2013, dão-nos o seguinte panorama da situação atual:

- Mais de 50% dos adultos portugueses sofre de excesso de peso. A prevalência da obesidade traduz-se em cerca de 1 milhão de obesos e 3,5 milhões de pré-obesos;
- Uma alimentação inadequada é a principal responsável pelos anos de vida prematuramente perdidos;
- Os grupos populacionais mais vulneráveis parecem estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e insegurança alimentar.

3. MODELO CONCEPTUAL: EIXOS ESTRATÉGICOS

O PNS pressupõe que os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja, do melhor desempenho, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do Sistema de Saúde e o envolvimento e participação das comunidades e das suas organizações.

Os quatro Eixos Estratégicos do PNS, que constituem o modelo conceptual, são perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde (cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, organismos públicos e privados, administração direta e indireta do Estado, instituições com ou sem fins lucrativos), cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspetiva de Sistema de Saúde, em particular do Serviço Nacional de Saúde e das ações dos diferentes setores com impacto no estado de saúde (Figura 3). Os Eixos retornam ganhos, melhoram o desempenho e reforçam o alinhamento, a integração e a sustentabilidade do Sistema de Saúde e de todos os setores, bem como a capacidade de estes se desenvolverem como um todo, perseguindo a melhoria da saúde da população. Tal como definido desde 2012 são considerados quatro Eixos Estratégicos para os quais se propõe um conjunto de recomendações estratégicas: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis.

O processo de implementação do PNS assenta nestes quatro Eixos transversais que devem estar refletidos em todas as ações e intervenções do Sistema de Saúde e em todos os setores com impacto na saúde.

Figura 6: Modelo Conceptual do PNS.



3.1. CIDADANIA EM SAÚDE

A saúde é um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, que exige políticas consistentes e persistentes. É na complexidade deste contexto de recursos finitos e, por isso, de decisões éticas difíceis, que se movem governantes, gestores, profissionais e cidadãos.

A Cidadania em Saúde emerge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma-Ata, 1978).

O cidadão, entendido como central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Por isso, tem o direito e o dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população, no desempenho dos seus diferentes papéis: o de doente com necessidades específicas; o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade; e o de contribuinte do Serviço Nacional de Saúde.

Do mesmo modo, o cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para exercê-la, o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença. Só assim o cidadão, individual ou colectivamente, estará capacitado para ser ouvido e participar nas decisões que lhe dizem respeito, contribuindo para o consenso quanto às prioridades em matéria de saúde e para um compromisso político estável e alargado que permita alcançar os objetivos deste Plano.

O PNS PROPÕE:

- » A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende.
- » A realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.
- » A promoção da participação ativa das organizações representativas dos interesses dos cidadãos.
- » O desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde;
- » O desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença.
- » O desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde.
- » A promoção de atividades de voluntariado na saúde.

3.2. EQUIDADE E ACESSO ADEQUADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O PNS pretende contribuir para que o Sistema de Saúde, bem como outros setores com impacto na saúde, encontrem equilíbrios entre a proximidade de serviços e a gestão racional de recursos limitados, entre a redundância e complementaridade de serviços oferecidos pelo setor público, privado e social e entre uma resposta compreensiva e uma resposta especializada às necessidades de saúde da população. Destes equilíbrios depende a equidade e o acesso e, portanto, a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis. A procura ótima deste difícil e instável equilíbrio é dinâmica, assumindo dimensão com responsabilidade nacional, regional e local e de relação entre os setores público, privado e social. A equidade é um pilar para a melhoria do estado de saúde dos cidadãos.

Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos

(Marmot M et al., 2008; Marmot M, 2007; WHO, 2010b).

O respeito pelo princípio da equidade implica a ausência de diferenças evitáveis e injustas nas respostas oferecidas pelo Sistema de Saúde a necessidades iguais de cidadãos diferentes. Expressa-se, ainda, pela igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde. Assim, pretende-se reduzir desigualdade através da intervenção em determinantes de saúde, e em particular os determinantes sociais da saúde.

Não sendo exclusivo em relação a medida de equidade, o acesso aos cuidados de saúde, significa que são disponibilizados cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local tecnicamente apropriado e no momento adequado.

Obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos.

O PNS PROPÕE:

- » A integração dos diferentes setores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais.
- » O reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita.
- » O reforço do desenvolvimento e implementação, em situações adequadas, dos processos assistenciais integrados para as patologias e problemas de saúde mais frequentes e com potencial de maior ganho, de modo a que o cidadão receba os cuidados atempados e adequados, independentemente da rede de cuidados onde se encontre.
- » O desenvolvimento de redes de referência de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas.

- » A promoção da articulação entre o planeamento nacional e local nas diferentes áreas de ação social, tanto através de estratégias normativas e reguladoras, como o SIADAP e a contratualização, como através de estratégias de persuasão e influência, por exemplo no apoio ao desenvolvimento de planos locais de saúde.
- » fortalecimento de estratégias de financiamento que promovam a equidade na realização do potencial de saúde.
- » O desenvolvimento de ações intersectoriais que reforcem a participação de todos os sectores do Governo.
- » O reforço do acesso equitativo ao programa nacional de vacinação, programas de rastreios e outros programas de prevenção da doença relacionados com fatores de risco, especificamente tabaco e obesidade infantil.
- » O reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde e aos medicamentos.

3.3. QUALIDADE NA SAÚDE

A OMS-Euro aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde que tenham particular atenção à necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis a longo prazo.

A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P et. al., 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

O Sistema de Saúde Português tem que se adaptar à alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, ao desenvolvimento tecnológico e farmacológico, caro ou muito caro, que ocorre de forma rápida, à enorme produção de novas evidências científicas, à tendência de aumento da despesa global no sector da saúde, aos resultados da investigação clínica e da inovação em saúde e à necessidade de cumprimento de princípios éticos na definição de prioridades. Todo este complexo e dinâmico contexto faz apelo à melhoria contínua da qualidade, como um imperativo para gestores, profissionais de saúde e cidadãos que utilizam o Sistema de Saúde.

Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas.

A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, assim, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados.

Melhorar a qualidade na saúde é, também, uma resposta pragmática à necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde e, em particular, do Serviço Nacional de Saúde, porque contribui para melhoria da efetividade e da eficiência da prestação de cuidados de saúde.

O PNS PROPÕE:

- » O reforço da implementação da Estratégia Nacional da Qualidade, através de ações concertadas e complementares a nível central, regional e local.
- » A monitorização e publicação dos resultados da prestação de cuidados de saúde e a respetiva relação com o volume de cuidados.
- » O reforço do impacto da qualidade na avaliação do desempenho profissional e institucional e no financiamento das instituições prestadoras de cuidados.
- » A implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através de ações transversais que melhorem a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados.
- » A implementação e divulgação da certificação da qualidade da prestação de cuidados de saúde, de forma a aumentar a confiança dos cidadãos no Sistema de saúde.
- » O reforço, nas redes de prestação de cuidados de saúde, do papel das comissões da qualidade e segurança.
- » O reforço das medidas de utilização racional dos medicamentos, suportada nas NOC, que por sua vez se baseiem em análises de custo-efetividade.
- » A garantia de qualidade na realização de rastreios de base populacional, assegurando assim a equidade e o acesso a estratégias de prevenção de qualidade.

3.4. POLÍTICAS SAUDÁVEIS

A saúde e o bem-estar são resultado de condições básicas (WHO. Declaração de Jakarta, 1997) e da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais (Dahlgren, G. e Whitehead, M. 1991) pelo que a responsabilidade da promoção da saúde envolve todos os sectores (Figura 6).

Figura 7: Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013



A expressão “Políticas Saudáveis” traduz um conceito abrangente, que responsabiliza não só o sector da saúde, mas também todos os outros, por exemplo a educação, a segurança social, o ambiente; tanto a nível do sector público, como do privado e do terceiro sector. Todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis (WHO. Health Report, 2010) e de cumprir, de forma plena, o seu potencial de saúde e o seu direito a uma longevidade saudável.

Políticas Saudáveis são políticas do governo, autarquias e outros sectores que definem prioridades e parâmetros para a ação: i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde; iii) na potencialização de impactos positivos para a saúde, ou mitigação de impactos negativos, da resposta a outras prioridades políticas (Glossary. WHO 1998). Traduzem-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que visem criar condições ambientais, socioeconómicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva. Estas medidas devem contribuir para facilitar as escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, tornando-as mais acessíveis a todos. Expressam uma preocupação explícita com a saúde e a equidade, bem como com a prestação de contas relativamente aos impactos na saúde decorrentes das decisões políticas assumidas pelos diferentes sectores da governação (WHO. Declaração de Adelaide, 1988).

O desenvolvimento de políticas saudáveis visa a criação de impactos positivos para a saúde da população e a redução de impactos negativos. Estas políticas devem ser traduzidas em melhores condições ambientais, socioeconómicas e culturais, que favoreçam uma melhor saúde individual, familiar e coletiva.

O conceito de “Políticas Saudáveis” complementa-se com o conceito de Saúde Pública. Enquanto o primeiro enfatiza a abordagem intersectorial, com base na evidência de que as ações da iniciativa de sectores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde da população, o segundo enfatiza a promoção e proteção da saúde e a prevenção e tratamento da doença.

“A saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.”

Um Futuro para a Saúde. Gulbenkian, 2014.

As intervenções devem basear-se em abordagens por ciclo de vida e por settings. A abordagem por ciclo de vida facilita uma compreensão integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que os cidadãos vão assumindo ao longo da vida em diferentes settings, de acordo com o género. Esta abordagem salienta a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco (por exemplo, tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool) essencial para a prevenção da doença crónica e das complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção do acesso aos medicamentos e da adesão terapêutica, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais. Além disso permite promover uma organização e intervenção continuada que inclui cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, sobre os fatores protetores, de risco e outros, assim como sobre os determinantes biológicos, comportamentais, sociais, entre outros, desde o planeamento familiar e nascimento até à morte. A abordagem por settings inter-relaciona-se com a abordagem do ciclo de vida, na medida em que permite identificar intervenções adequadas para cada setting em cada etapa do ciclo de vida. Os settings a privilegiar variam, assim em função do ciclo de vida, incluindo a família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer, os lares de idosos e as unidades de prestação de cuidados saúde. Em conjunto, estas abordagens orientam a sociedade e os cuidados de saúde para a avaliação de necessidades e oportunidades de intervenção ao longo da vida, realçando momentos especiais como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que representam oportunidades de educação para a saúde, bem como ações de prevenção da doença. Ambas as abordagens são coerentes com a abordagem intersectorial, muito enfatizada neste documento.

O PNS PROPÕE:

- » A promoção da abordagem intersectorial e de Saúde em Todas as Políticas nos diferentes níveis de atuação.
- » O reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, através da minimização de fatores de risco (tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool).
- » O reforço de implementação de estratégias e instrumentos no âmbito de políticas saudáveis com base na identificação de prioridades em saúde com revisão e atualização periódica.
- » A utilização da metodologia de avaliação de impacto, como um elemento a considerar previamente ao desenvolvimento e implementação de políticas.
- » O reforço de sistemas de vigilância epidemiológica em relação aos determinantes de saúde e aos fatores de risco com maior impacto em ganhos de saúde com equidade.
- » O reforço dos sistemas de monitorização de alertas de saúde pública, promovendo a deteção precoce e coordenação de resposta a essas emergências.
- » O reforço de estratégias de comunicação e de marketing social que promovam a opção pela implementação de políticas saudáveis.
- » A revisão das estratégias de financiamento no sentido de valorizar projetos e ações de âmbito intersectorial.

4. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Dando cumprimento às recomendações da OMS-Euro reforçaram-se as estratégias para uma implementação efetiva do Plano. Por outro lado, procurou-se que a implementação estivesse alinhada com os princípios da Estratégia 2020 (OMS, 2014), focando-se no conceito de *smart governance* definido pela OMS-Euro (WHO, 2012). Assim, a implementação deve assentar em sete princípios orientadores que se constituem também como desafios:

• Prevenção e Controlo da Doença

Reduzir a carga de doença (Não Transmissível e/ou Transmissível) e melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos são objetivos últimos de qualquer sociedade. As doenças não transmissíveis (DNT) são responsáveis pela maioria das mortes e da carga da doença em toda a região europeia da OMS, incluindo Portugal, pelo que as medidas para a sua prevenção e controlo devem ser assumidas como uma prioridade em saúde pública.

Muitas DNT são preveníveis através da intervenção nos fatores de risco e determinantes de saúde, nomeadamente os relacionados com o tabaco e obesidade. Assim, o investimento na prevenção e melhoria do controlo das DNT vai contribuir para a redução da carga de doença, a redução da morte prematura, da morbilidade e incapacidade, para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, aumentando a qualidade de vida, o bem-estar, a coesão social e a produtividade das pessoas e das comunidades.

• Promoção e Proteção da Saúde

A promoção e proteção da saúde visam criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997).

A promoção da saúde está associada à sustentabilidade, na medida em que “as melhores escolhas para a saúde são também as melhores escolhas para o planeta; e as escolhas mais éticas e benéficas para o ambiente são também boas para a saúde” (Um Futuro para a Saúde. Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

O reforço da promoção e proteção da saúde deve valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto, com destaque para os principais determinantes de saúde e para as ações intersectoriais. Tem particular relevo os programas, projetos e ações que visem a saúde reprodutiva, a infância e a adolescência tendo em vista o desenvolvimento de gerações saudáveis. As políticas de saúde devem obrigatoriamente abranger estas etapas do ciclo de vida.

• Colaboração Intersectorial

A colaboração intersectorial permite concretizar abordagem *whole-of-government* e *whole-of-society*, assentando evidência de que ações e políticas da iniciativa dos setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade (Kickbusch E, 2007; Svensson PG, 1988). O desenvolvimento de ações intersectoriais visa a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através de intervenções que envolvam a educação, segurança social, administração interna, agricultura, ambiente, autarquias locais e terceiro setor, com maior proximidade à população.

• Capacitação dos cidadãos

Capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.

• Promoção de ambientes saudáveis

A Estratégia Health 2020 enfatiza o papel dos ambientes saudáveis e das comunidades resilientes na obtenção de ganhos em saúde e na redução das desigualdades em saúde. As ações a desenvolver devem considerar a relevância do ambiente para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual e das famílias, bem como ambientes específicos, tendo em atenção fatores ambientais ou ocupacionais.

• Divulgação e implementação de boas práticas

As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado.

A identificação e divulgação de boas práticas deve permitir a comparabilidade e a replicabilidade de processos, medidas ou ações, contribuindo para a equidade e convergência dos níveis de eficiência dos diferentes serviços de saúde. Tem particular relevo a formação de profissionais nas diferentes áreas e a investigação científica.

• Fortalecimento da Saúde Global

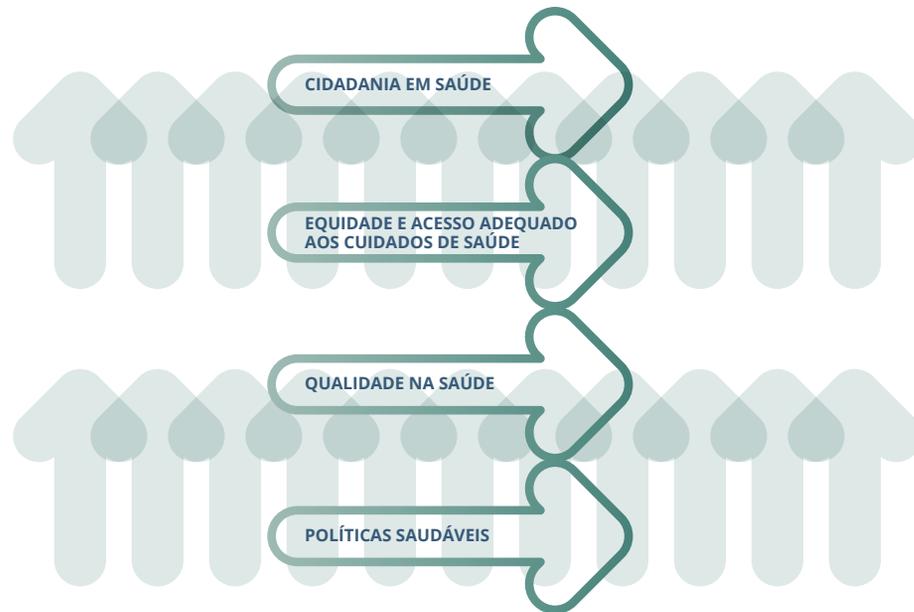
Portugal integra-se em diferentes comunidades internacionais e a saúde está interdependente nas diferentes regiões e países. A saúde global “representa um novo contexto, uma nova consciência e uma nova abordagem estratégica em matéria de saúde internacional. Centra-se no impacto da interdependência global sobre os determinantes da saúde, a transferência de riscos para a saúde e a resposta política dos países, organizações internacionais e de muitos outros atores na cena global em saúde. O seu objetivo é o acesso equitativo à saúde em todas as regiões do globo” (Kickbush, 2002). A palavra global no conceito de saúde global refere-se ao âmbito dos problemas, não à sua localização (Kaplan, 2009). Assim, a Saúde Global é um conceito abrangente que integra o estado de saúde, os determinantes e intervenções na população mundial e que se sobrepõe aos interesses e perspetivas individuais dos países. Considera-se a saúde como independente de fronteiras físicas ou administrativas, de culturas ou língua, exigindo ações articuladas, assentes numa perspetiva alargada e multidimensional.

O Fortalecimento da Saúde Global assenta, em termos gerais, na interdependência entre saúde e política externa através da valorização das estratégias de diplomacia em saúde; de políticas integradas de saúde e emigração; na capacidade de vigilância, preparação e resposta aos riscos e ameaças globais à saúde; na intersectorialidade e Saúde em Todas as Políticas, nomeadamente Políticas Globais; competitividade, inovação e excelência; nas políticas de mobilidade de profissionais; na criação de oportunidades a partir da crescente mobilidade dos cidadãos; na saúde como capital de cooperação entre países.

A implementação das orientações propostas neste documento considera, para além destes princípios, a abordagem por ciclo devida, por setting de âmbito intersectorial, numa lógica sinérgica e de ganhos em saúde.

O PNS é implementado através de programas, projetos, atividades e ações operacionalizadas por diferentes agentes e dirigidas a necessidades ou temas específicos, numa lógica de planeamento macro estratégico vertido em planeamento operacional (meso e micro) a nível regional e local. Considera-se que tanto os programas nacionais, como projetos ou iniciativas de carácter operativo (projetos ou iniciativas dirigidas a alvos muito concretos) são instrumentos de implementação do PNS, devendo abordar os Eixos Estratégicos (Figura 5), segundo uma abordagem intersectorial que envolva os diferentes ministérios, autarquias, entidades públicas e privadas, associações profissionais, sociedades científicas, associações de doentes e demais organizações governamentais e não-governamentais, bem como o próprio cidadão.

Figura 8: Modelo de Implementação do Plano Nacional de Saúde



As Orientações de Implementação aqui apresentadas assentam nas recomendações do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, no relatório da OMS-Euro sobre a implementação do Plano, nos Roteiros de Intervenção do PNS 2012-2016, bem como em propostas amplamente discutidas publicamente, nomeadamente no 4º Fórum Nacional de Saúde, nas reuniões do Grupo de Peritos, do Conselho Consultivo e de Acompanhamento e em reuniões internas na Direção-Geral da Saúde. Propõem-se orientações estratégicas de implementação do PNS, transversais aos quatro Eixos Estratégicos, e orientações específicas dirigidas a temas particulares, procurando articulá-los e integrá-los com os Eixos.

4.1. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
1. Rever a estratégia de monitorização do Plano Nacional de Saúde (incluindo indicadores e metas).	DGS / INE / INSA / ACSS	Até Novembro 2015
2. Criar um sistema de recolha de informação regular para monitorização de consumo e exposição ao tabaco e de obesidade infantil.	DGS/INE/INSA	Até Julho 2016
3. Criar programas integrados de resposta às necessidades de saúde de acordo com o ciclo de vida e <i>settings</i> .	DGS	2015
4. Reforçar a implementação de uma abordagem <i>whole-of-government</i> e <i>whole-of-society</i> , no âmbito do Conselho Consultivo e de Acompanhamento do PNS.	DGS Entidades do Conselho Consultivo	2015
5. Rever e aprovar um Plano de Comunicação do PNS, no âmbito da DGS.	DGS	2015
6. Potenciar a criação de oportunidades e influenciar a agenda internacional, de forma coerente com as necessidades de saúde e interesses nacionais.	DGS	2020
7. Cumprir os compromissos internacionais, alinhando os objetivos internos com os internacionais, aproveitando sinergias e oportunidades.	DGS	2020
8. Criar um núcleo técnico, na DGS, de apoio ao planeamento local, nomeadamente ao desenvolvimento de Planos / Estratégias Locais de Saúde.	DGS	2016
9. Atualizar a lista de indicadores de monitorização da Saúde dos Portugueses bem como adequar os sistemas de informação em saúde a este propósito.	DGS/SPMS	2015
10. Criar um sistema de avaliação de implementação das medidas do PNS juntos aos diferentes <i>stakeholders</i> da Saúde.	DGS	2016
11. Desenvolver uma estratégia de recolha de dados epidemiológicos, que inclua o tratamento dos dados e a identificação de assimetrias loco-regionais, numa perspetiva de equidade: <i>Clusters</i> de Agrupamentos de Centros de Saúde / Unidades Locais de Saúde.	DGS/ Comunidade Académica	2016
12. Alinhar os planos regionais e locais de saúde com o PNS	DGS /ARS/ULS/ ACES/Autarquias	2016
13. Integrar os indicadores do Plano Nacional de Saúde nos critérios de contratualização criando um quadro estratégico de desempenho e de ganhos em saúde.	DGS	2016

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
14. Formar, desenvolver e reter os recursos humanos da saúde, valorizando a competência e a qualidade profissional.	DGS/ACSS/ARS	2015
15. Articular a Agenda de Investigação nacional com os Eixos Estratégicos e prioridades de saúde, no sentido de obter ganhos em saúde, segurança e sustentabilidade.	DGS/INSA/ Entidades do Conselho Consultivo	2016
16. Desenvolver ferramentas para apoiar a identificação e divulgação de Boas Práticas.	DGS/SPMS	2015
17. Rever, de acordo com a melhor evidência disponível em cada área e com o PNS, todas as respostas de Saúde operacionalizadas através de Planos, Programas, Estratégias, Ações, Projetos.	DGS	2015
18. Antecipar o impacto das alterações climáticas para o sector da saúde, tendo em vista a sua preparação e resposta.	DGS Agência Portuguesa do Ambiente	2017
19. Reforçar os programas de combate ao tabagismo e de prevenção da obesidade infantil	DGS/ARS/ACES	2016

4.2. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
1. Organizar instrumentos para criação de perfis de saúde, de âmbito local que permitam identificar desigualdades em saúde melhorando os Planos e Estratégias Locais de Saúde particularmente em relação a fatores de risco e determinantes de saúde. - Plano Integrado de Saúde, para o Desenvolvimento Local.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias.	2016
2. Estabelecer mecanismos de revisão sistemática dos planos estratégicos de áreas com impacto na saúde (ex. ambiente).	DGS Instituições do Ministério da Saúde Instituições de outros Ministérios e da Sociedade Civil	2016
3. Identificar as áreas de maior ganho potencial em saúde, através de modelos de análises de determinantes e de identificação de intervenções com relação custo-efetividade que permitam alocar recursos e investimentos para a obtenção desses ganhos, nas áreas prioritárias	DGS Instituições do Ministério da Saúde	2016
4. Apoiar a implementação, a nível regional e local, de projetos de intervenção comunitária direcionados para os grupos mais vulneráveis da população.	DGS Instituições do Ministério da Saúde Instituições de outros sectores fora da saúde Terceiro sector e Sociedade Civil	2016
5. Divulgar, com efetividade, e para diferentes públicos-alvo, informação na área da saúde, em linguagem clara e acessível, através dos <i>websites</i> e outros meios do Ministério da Saúde.	DGS Instituições do Ministério da Saúde	2016
6. Desenvolver referenciais e orientações integradas que incentivem as oportunidades de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença.	DGS	2016
7. Desenvolver um sistema de informação que permita o registo das condições sociais e económicas dos utentes para um efetivo diagnóstico e intervenção holística em saúde.	DGS ACSS SPMS	2016
8. Incluir nos programas de saúde ações que permitam e garantam a certificação dos mesmos.	DGS	2016

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
9. Melhorar sistematicamente a qualidade da informação, através da arquitetura dos sistemas e da formação dos profissionais, tendo em conta os determinantes sociais da saúde.	DGS ACSS SPMS	2016
10. Capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde para que seja possível: conhecer o potencial de saúde e de risco para a saúde associado a cada contexto.	DGS ACSS SPMS	2016
11. Priorizar o acesso e a qualidade da resposta dos cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados, cuidados comunitários, como base para a satisfação de necessidades de saúde próxima, em primeira linha, e para a libertação de recursos nos cuidados hospitalares.	DGS ACSS SPMS	2016
12. Informar os cidadãos, a nível geral e individual, dos custos reais com os cuidados de saúde, como base para a promoção da responsabilidade no uso adequado de recursos e uma consciência da solidariedade em saúde.	DGS ACSS SPMS	2016
13. Identificar os recursos necessários para uma efetiva preparação, monitorização e resposta a emergências, incluindo atualizações periódicas de planos de contingência, exercícios e respetivas correções.	DGS	2016
14. Consolidar os sistemas de alerta, notificação e de vigilância epidemiológica, de acordo com critérios internacionais.	DGS SPMS ARS/ULS/ACES	2016
15. Desenvolver estratégias de nível nacional, regional e local para promoção de ambientes saudáveis e criação de comunidades resilientes.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias	2016
16. Apoiar iniciativas da sociedade civil no âmbito do voluntariado em saúde, em particular no domínio da formação de cuidadores informais de suporte ao doente acamado.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias	2016
17. Desenvolver e divulgar boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e <i>empowerment</i> , bem como apoio solidário aos cidadãos.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias	2015
18. Desenvolver e divulgar boas práticas em relação a prestação de cuidados de saúde nos diferentes níveis.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias.	2016
19. Reforçar a articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais e recursos das comunidades que servem, numa perspetiva de identificação e encaminhamento de situações de carência social e económica com impacto na saúde.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias Ministério da Solidariedade e Segurança Social	2016

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
20. Criar um instrumento de avaliação rápida de sustentabilidade das medidas propostas pelos decisores técnicos.	Ministério da Saúde	2016
21. Promover o desenvolvimento do SINATS – Sistema Nacional de Avaliação das Tecnologias da Saúde.	INFARMED	2015
22. Rever a Rede de Serviços Hospitalares e reforçar a atividade dos Cuidados de Saúde Primários.	Ministério da Saúde ACSS SPMS	2016
23. Rever e reforçar a rede pré-hospitalar e hospitalar em emergência de acordo com os Eixos Estratégicos.	Ministério da Saúde ACSS INEM	2016
24. Criar um sistema de gestão, articulação/integração e continuidade de cuidados.	DGS Ordens Profissionais ACSS SPMS	2016
25. Reforçar medidas para a utilização racional dos medicamentos e dispositivos médicos, assente em análises de custo-efetividade.	DGS INFARMED	2016
26. Reforçar a cobertura e assegurar a qualidade dos rastreios de base populacional que permitam aferir ganhos em saúde para as populações.	DGS ARS	2016
27. Propor uma estratégia para a introdução atempada de inovação no Sistema de Saúde e em particular no Serviço Nacional de Saúde.	DGS	2016

5. ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

5.1. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Em continuidade com o PNS 2012-2016 propõe-se a existência de um Coordenador do Plano (Diretor-Geral da Saúde) apoiado por um Diretor Executivo. As funções de ambos serão apoiadas por uma Equipa Técnica que exercerá funções na DGS.

Propõe-se a continuidade do Conselho Consultivo e de Acompanhamento, para acompanhamento e participação comunitária. Sugere-se também a manutenção do Grupo de Peritos, a quem compete colaborar no desenvolvimento e implementação do PNS.

5.2. MECANISMOS DE CATIVAÇÃO DE RECURSOS

As estratégias, recomendações e propostas referidas no PNS devem ser protegidas no sentido de que os planos de atividades das instituições se pautarão por essas mesmas estratégias. De modo a garantir a implementação do Plano deverão ser negociadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças normas de atribuição de recursos que garantirão que as recomendações do PNS serão implementadas.

5.3. MECANISMOS DE DIVULGAÇÃO

A eficácia na divulgação do PNS até aos agentes no terreno, quer sejam instituições do Ministério da Saúde, da Sociedade Civil ou do Terceiro Sector, requer um esforço continuado de comunicação através de diversas ações que compõe um Plano de Comunicação desenhado para o efeito. Este é um mecanismo fundamental para o sucesso da implementação do Plano.

5.4. ADEQUAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA LEGAL

Existe um conjunto de legislação (Leis, decretos-lei, despachos, circulares normativas e orientações técnicas), de grande importância, referente a planos, programas, estratégias e ações, que apesar de nunca ter sido revogado se encontram caduco. Neste sentido, parece necessário rever toda a legislação atual, no sentido de remeter para histórico toda a legislação que não tem aplicação no presente.

6. MONITORIZAÇÃO

As recomendações do relatório da OMS-Euro de avaliação da implementação do PNS, propõem a revisão dos indicadores do PNS por forma a simplificar a sua leitura. Definiu-se um conjunto de indicadores em consonância com os indicadores ECHI – *European Core Health Indicators* da União Europeia, e que permitisse a realização de cálculos para comparação internacional, a projeção ao ano 2020, e a comparação inter-regional. Integraram-se ainda um conjunto de indicadores para medir a implementação de políticas nacionais ou de caracterização sociodemográfica.

O painel de indicadores a incluir na monitorização é:

INDICADORES DE METAS

	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Redução anual da mortalidade prematura até 2020.	Percentagem de óbitos até aos 70 anos, relativamente ao total de óbitos	INE	Proposta DGS / Adaptação do indicador 1.1 (Health 2020)
Aumento em pelo menos 30% do número de anos de vida saudável, para homens e mulheres.	Esperança de vida saudável aos 65 anos	EUROSTAT	ECHI/Proposta DGS
Redução de prevalência do consumo e exposição ao tabaco na população com ≥ 15 anos	Prevalência de consumo e exposição ao tabaco em população ≥ 15 anos		Sistema de informação a criar
Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar	Incidência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – sub grupos etários Prevalência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – sub grupos etários		Sistema de informação a criar

INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Situação sociodemográfica e económica	População residente por sexo e idade	INE	ECHI
	Taxa de natalidade	INE	ECHI
	Índice sintético de fecundidade	INE	ECHI
	População abaixo da linha de pobreza	INE/ICOR	ECHI
	Iniquidades nos níveis de rendimento	INE/ICOR	ECHI / Health 2020
	Taxa de desemprego por idade e sexo	EUROSTAT/ INE	ECHI / Health 2020
	Coefficiente de GINI (distribuição do rendimento)	INE/ICOR	ECHI / Health 2020
Estado de saúde	Taxa de mortalidade infantil	HFA/INE	ECHI / Health 2020
	Taxa de mortalidade perinatal	HFA/INE	ECHI
	Baixo peso à nascença	INE	ECHI
	Esperança de vida à nascença por sexo	HFA/INE	ECHI / Health 2020
	Esperança de vida aos 65 anos, por sexo	INE	ECHI
	Esperança de vida saudável à nascença	EUROSTAT/ INE/ICOR	ECHI
	Incidência VIH/SIDA	INSA/DGS	ECHI
	Incidência do cancro	ROR/DGS	ECHI; Considerar o desfasamento temporal na divulgação dos dados.
	TMP por todas as causas externas, por sexo	INE/HFA_MDB	ECHI; Indicador a desmultiplicar
	Auto-perceção do estado de saúde	INE/ICOR	ECHI;
Taxa de mortalidade prematura (para as 4 causas: diabetes; cancro; DC e DR)	INE	Nova proposta: considerar a taxa de mortalidade prematura global para cada uma das 4 causas.	

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Determinantes em saúde	Índice de Massa Corporal (IMC) – excesso de peso / obesidade	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Hipertensão arterial	Global Health Observatory	ECHI
	Consumo de tabaco	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Consumo de álcool (litros <i>per capita</i>)	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Atividade física	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
Recursos e produção em saúde	Número de médicos	Ordem dos Médicos	ECHI; Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de médicos de MGF	Ordem dos Médicos	Proposta da DSIA (PNS 2012-2016); Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de enfermeiros	Ordem dos Enfermeiros	ECHI; Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de enfermeiros em CSP	Ordem dos Enfermeiros	Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de camas hospitalares (n/inclui CC)	INE ou ACSS	ECHI;
	Número de camas de cuidados continuados	ACSS	Englobar as camas do SNS e as contratualizadas
	Equipamentos médicos: RM / TAC	ACSS	ECHI;
	Doentes (utentes) saídos (alguns diagnósticos)	ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SNS
	<i>Day cases</i> (DC) (alguns diagnósticos)	ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SNS

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Recursos e produção em saúde	Demora média (DM) do internamento (alguns diagnósticos)	ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SNS
	Cobertura vacinal em crianças	HFA/DGS	ECHI / Health 2020; Indicador a desmultiplicar por tipo de vacina
	Cobertura vacinal contra a gripe (> = a 65 anos)	INSA/ Observatório	ECHI
	Despesas em saúde em percentagem do PIB.	INE	ECHI / Health 2020
	Despesas das famílias em saúde em relação à despesa total em saúde.	INE	ECHI / Health 2020

7. BIBLIOGRAFIA GERAL

- Ackerman, K III. (1992).** The movement toward vertically integrated regional systems. *Health Care Management Review.*, Vol. 17:3, pp. 81-88.
- Agabiti, N., et al. (2009).** Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health*, Vol. 9:1, p. 457.
- Ahgren, B & Axelsson, R. (2005).** Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care.* Vol. 5:31, pp. 1-9.
- Ahgren, B. (2003).** Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care.* Vol. 3:7, pp. 1-8.
- Aleb NN (2007).** The Black Swan - the impact of the highly improbable. London: Penguin.
- Alter, C & Hage, J** – Organizations working together. Sage Publications.
- Anderson, H. (1992).** Hospitals seek new ways to integrate health care. *Hospitals*, Vol. 66:7, pp. 26-36.
- Ansari, Z et al. (2003).** The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Preventivmed*, Vol. 48:1, pp. 33-43.
- Armitage, G et al. (2009).** Health Systems Integration: state of evidence. *International Journal of Integrated Care.* Vol. 17:9, p. e82.
- Ayanian, J et al. (2002).** Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *New English Journal of Medicine.* 2002, Vol. 347:21, pp. 1678-1686.
- Bambra C et al. (2010)** «Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews». *J Epidemiol Community Health*, 64: 284-291.
- Bao, Y et al. (2012).** Behavioral health and health care reform models: patient centered medical home, health home and accountable care organization. *The Journal of Behavioral Health services & Research*, Vol. 40:1, pp. 121-132.
- Baptista, F., et al. (2012)** «Prevalence of the Portuguese Population Attaining Sufficient Physical Activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44 (3): 466-73
- Barros, Pedro Pita (2013).** *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*, 3.ª edição, Almedina
- Begun, J & Kaissi, A. (2005).** An exploratory study of healthcare strategic planning in two metropolitan areas. *Jurnal of healthcare management*, vol. 50 (4), pp. 264-75.
- Berenson, R & Burton, R. (2012).** Next steps for ACOs. *Health Affairs - Health Policy Brief*, Vol. 32:12.
- Bermudez-Tamayo, C et al. (2004).** Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions. *Aten. Primaria*, 2004, Vol. 33:6, pp. 305-11.
- Billings, J et al. (1993).** Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs.* Vol. 12:1, pp. 162-73.
- Brown, A et al. (2001)** Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J. Public Health* Vol. 92:2, pp. 155-9.
- Brown, M & McCool, B. (1986).** Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*, Vol. 11:4, pp. 7-19.
- Burns, I et al. (2001).** How integrated are integrated delivery systems results from a national survey. *Health Care Mangement Review* Vol. 26:1, pp. 20-39.
- Burns, I & Pauly, M. (2002).** Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, Vol. 21:4, pp. 128-43.
- Caminal, J et al. (2004).** The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Oxford Journals.* Vol. 14:3, pp. 246-51.
- Caminal, J et al. (2001).** Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit*, Vol. 15: 2, pp. 128-41.
- Centers for Medicare and Medicaid Services.** Pioneer accountable Care organizations succeed in improving care, lowering costs. [Online] 16 de 07 de 2013. [Citação: 2014 de 12 de 2013.] <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Press-Releases/2013-Press-Releases-Items/2013-07-16.html>.
- Charns, M & Tewksbury, L. (1993).** Collaborative management in health care: implementing the integrative organization. s.l.: San Francisco Jossey-Bass.
- Chiavenato, I. (1987).** *Administração de empresas uma abordagem contingencial*. 2ª edição. Brasil : MacGraw-Hill, 1987.
- Christakis, D et al. (2001).** Continuity and quality of care for children with diabetes who are covered by Medicaid. *Ambulatory pediatrics*, Vol. 1:2, pp. 99-103.
- Clement, J. (1988).** Vertical integration and diversification of acute care hospitals: conceptual definitions. *Hospital and Health Services Administratio*, Vol. 33:1, pp. 99-110.
- Coddington, D, Moore, K & Fischer, E. (1996).** Vertical integration: is the bloom off the rose? *Healthcare Forum Journal*. Vol. 39:5, pp. 42-47.
- Cody, M. (1996).** Vertical integration strategies: Revenue effects in hospital and Medicare markets. *Hospital and Health Services Administration* Vol. 41:3, pp. 343-357.
- Comissão Europeia (2011).** Portugal: Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality, 17 de Maio de 2011. http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf
- Comissão Europeia.** Europa 2020: estratégias para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. Comissão Europeia. [Online] [Citação: 10 de 02 de 2014.] http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/flagship-initiatives/index_pt.htm.
- Contrandopoulos, A et al. (2003).** The integration of health care: dimensions and implementation. [ed.] Université de Montreal. Working Paper Group de Recherche Interdisciplinaire en Santé.
- de Jong, I & Jackson, C. (2001).** An evaluation approach for a new paradigm-health care integration. *Journal Eval Clin Pract.* Vol. 7:1, pp. 71-9.
- Delnoij, D, Klazinga, N & Velden, K. (2003).** Building integrated health system in Central and Eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health systems in transition. *European Journal of Public Health*, Vol. 13:3, pp. 240-245.
- Deloitte Centre for Health Solutions (2010).** *Accountable Care Organizations: A new model for sustainable innovation*. s.l.: Deloitte Center for Health Solutions.
- Devers, K & Berenson, R. (2009).** Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and Quality Quandaries? [Online]. [Citação: 20 de 02 de 2014.] <http://77www.urban.org/publications/411975.html>.
- DGS (2013).** *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa 2013.

- DGS (2014).** Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números -2014, Lisboa 2014
- DGS (2014).** Saúde Mental em Números - 2014, Lisboa 2014
- DGS (2014).** Alimentação Saudável em Números -2014, Lisboa 2014
- Dias, A., & Queirós, A. (2010).** Integração e Continuidade de Cuidados. Plano Nacional de Saúde 2011- 2016. Alto Comissariado da Saúde
- Donohoe, M et al. (1999).** Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 14:5, pp. 281-286.
- ENOPE (2014).** European Network for Patient Empowerment: About patient empowerment webpage: enope.eu/patient-empowerment.aspx
- European Commission (2011).** Regulation of the European Parliament of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020
- European Commission.** Europe 2020 – A European Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth. Brussels; 2011: 32. doi:10.1016/j.resconrec.2010.03.010.
- Evans, R. (1981).** Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the healthcare industry. s.l.: Health, Economics and Health Economics North Holland Publishing Company, 1981. pp. 329-354.
- Feachem, R, Sekhri, N & White, K. (2002).** Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanent. *BMJ*, Vol. 324:7353, pp. 135-143.
- Fisher, E et al. (2007).** Creating accountable care organizations. the extended hospital medical staff. *Health Affairs*, Vol. 26:1, pp.44-57.
- Fisher, E et al. 2009.** Fostering accountable health care: moving forward in medicare. *Health affairs (Project Hope)*, Vol. 28:2, pp. w219-231.
- Foreman, S & Roberts, R. (1991)** The power health care value-adding partnerships: meeting competition through cooperation. *Hospital and Health Services Administration*. Vol. 36:2, pp. 175-190.
- Fórum Económico Mundial (2013).** Sustainable Health Systems -
- Friedman, L & Goes, J. (2001).** Why integrated health networks have failed. *Front Health Serv Manage*. Summer de 2001, Vol. 17:4, pp. 3-28.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014).** Um Futuro para a Saúde.
- Gandi, T et al. (2000).** Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of General Internal Medicine*. 2000, Vol. 15:9, pp. 626-631.
- George F. (2011)** Sobre o conceito de saúde pública. https://www.google.pt/search?q=www.google.com+pt&rls=com.microsoft:pt-PT:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF8&sourceid=ie7&gfe_rd=cr&ei=Kq7HVmXvDYKs&wfikq4KACg&gws_rd=ssl#rls=com.microsoft:pt-PT:IE-SearchBox&q=sobre+o+conceito+de+sa%C3%BAde+p%C3%BAblica.
- Goldsmith, J. (2011).** Accountable care organizations: the case for flexible partnerships between health plans and providers. *Health Affairs (Project Hope)*. 2011, Vol. 30:1, pp. 32-40.
- Grone, J & Garcia-Barbero, M. (2001).** Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. 2001, Vol. 1:1, pp. 1-10.
- Harold, L, Field, T & Gurwitz, J. (1999).** Knowledge patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 14:8, pp. 499-511.
- Health Cluster Portugal (2014).** Translational and Clinical Research Infrastructures Specialisation
- Herber, R & Veil, A. (2004).** Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Car*, Vol. 4:20, pp. 1-7.
- Homar, J & Matutano, C. (2003).** La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten. Primaria*. 2003, Vol. 31:1, pp. 61-5.
- Hoorens S et al. (2014).** An analysis of global societal trends to 2030 and their impact on the EU; RAND Europe.
- Hossain, M & Laditka, J. (2009).** Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. [Online]. [Citação: 19 de dec de 2013.] <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender>.
- Ibrahim, M et al. (2001).** Population-based health principles in medical and public health practice. *Journal of Public Management Practice*. May de 2001, Vol. 7:3, pp. 75-81.
- INE (2013).** Estatísticas Demográficas, Lisboa 2014
- Information CI for H. Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs). [Online] 2008.** [Citação: 20 de nov de 2011.] http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/ind_tech_2.5_2012.
- Information CIHF. Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). [Online] 2008.** [Citação: 20 de nov de 2011.] INFORMATION CIHF. Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) [Inhttp://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/tech_acsc_2011
- Kaiser Permanente (2014).** bKaiser Permanente's programs focussing on chronic and high-cost conditions. Disponível em: mtda.com/bu/ka00115.pdf
- Khoury, M et al. (2012).** A population approach to precision medicine. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 42:6, pp. 693-645.
- Kickbusch, I. & T. Behrendt (2013).** Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Kickbush, I. (2002).** Global health: a definition. doi:10.1001/jama.288.5.641-jBK0807-2-1.
- Kodner, D & Kyriacou, C. (2000).** Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 1, pp. 1-19.
- Kodner, D e Spreeuwenberg, C. (2002).** Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2:14, pp. 1-16.
- Kodner, D. (2009).** All together now: a conceptual exploration of integrated care. Alberta Health Services. [Online] 2009. [Citação: 21 de nov de 2012.] <http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>.
- Kodner, D. (2009).** All together now: a conceptual exploration of integrated care. Alberta Health Services. [Online] [Citação: 21 de nov de 2012.] <http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>.
- Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. (2009)** Towards a common definition of global health. *Lancet*. 373:1993-1995. doi:10.1016/S0140-6736(09)60332-9.
- Leape, L. (1994).** Error in medicine. *JAMA*. 1Vol. 272:23, pp. 1851-1857.
- Leatt, P, Pink, G & Guerriere, M. (2000).** Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*, Vol. 1:2, pp. 13-35.
- Leatt, P, Shortell, S & Kimberly, J. (2000).** Issues in organization design. [autor do livro] S Shortell e A Kaluzny. Healthcare management: a text in organization theory and behaviour. 4th edition. Delmar: s.n., pp. 274-306.
- Lei de Bases da Saúde.** Lei 48/90 de 24 de agosto. DR. 69.
- Leichsenring, K. (2004)** Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004, Vol. 4:3, pp. 1-15.

- Leichsenring, K. (2004).** Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 4:3, pp. 1-15.
- Little, J & Hawken, S. (2010).** On track? Using the human genome epidemiology roadmap. *Public Health Genomics*. Vol. 13, pp. 256-66.
- Lloyd, J e Walt, S. (2005).** *Integrated care: a guide for policymakers*. London: Alliance for Health and the Future.
- Lowell, K & Bertko, J. (2010).** The accountable care organization (ACO) Model: building blocks for success. *Journal of Ambulatory Care Management Payment Reform*.Vol. 33:1, pp. 81-88.
- Magan, P et al. (2008).** Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv. Res.* Vol. 8:1, p. 42.
- Mahler H. The meaning of Health For All by the year 2000.** In: *World Health Forum*; 1981:Vol. 2, No1.
- Marmot, M., et al. (2012).** «WHO European Review of social determinants of health and the health divide». *Lancet*, 380: 1011.
- Marmot, M., et al. (2012).** «WHO European Review of social determinants of health and the health divide». *Lancet*, 380: 1011.
- Marmot, M., et al. (2012).**«WHO European Review of social determinants of health and the health divide». *Lancet*, 380: 1011.
- McClellan, M et al. (2010).** A national strategy to put accountable care into practice. *Health Affairs (Project Hope)*.Vol. 29:5, pp. 982-990.
- McCue, M & Lynch, J. (1987)** Financial assessment of small multihospitals systems. *Hospital and Health Services Administration*. Vol. 32:2, pp. 181-189.
- McKee, M & Nolte, E. (2008).** Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. [Online]. [Citação: 21 de nov de 2012.] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf.
- McWilliams, J. (2013).** Accountable care organizations: a challenging opportunity for primary care to demonstrate its value. [Online] [Citação: 01 de 02 de 2014.] <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2713-9>.
- Medicare Payment Advisory Commission (2009).** Report to the congress: Improving incentives in the Medicare program. [Online] [Citação: 03 de 02 de 2014.] http://www.medpac.gov/documents/jun09_entirereport.pdf.
- Menec, V et al. (2006).** Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J. Health Serv. Res. Policy*. Vol. 11:4, pp. 196-201.
- Meyer, H. (2011).** Accountable care organization prototypes: Winners and losers? *Health Affairs*.Vol. 30:7, pp. 1227-1231.
- Meyer, H. (2012).** Many accountable care organizations are now up and running, if not off to the races. *Health Affairs*. Vol. 31:11, pp. 2363-2367.
- Miller, R & Luft, H. (2002).** HMO plan performance update: an analysis of the literature 1997-2001. *Health Affairs*. 2002, Vol. 21:4, pp. 63-86.
- Millman, M. Access to health care in America.** 1st ed. Washington DC : National Academy Press, 1993.
- Nedel, F et al. (2011).** Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciência Saúde*. Vol. 16:supl 1, pp. 1145-54.
- NHS England & Local Government Association.** Next steps on implementing the integration transformation fund. [Online] 2013b. [Citação: 20 de 01 de 2014.] <http://www.local.gov.uk/documents/10180/5572443/Next+steps+on+implementing+the+Integration+Transformation+Fund/4e797e4b-0f1a-4d53-a87d-6a384a86792d>.
- Nolan, T & Bisognano, M. (2006).** Fiding the balance between quality and cost. *Healthcare Financial Management*. Vol. 60:4, pp. 66-72.
- Nye, J. (2011).** *The Future of Power*. New York, NY: Public Affairs.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012).** Relatório de Primavera 2012: Crise & Saúde - Um país em sofrimento. OPSS.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2013).** Relatório de Primavera 2013: Duas Faces. OPSS.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2014).** Relatório de Primavera 2014. Saúde: síndrome de negação. OPSS.
- OCDE (2012).** *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
- OCDE (2012).** *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
- OCDE (2013)** Portugal: Reforming the State to Promote Growth. *Better Policies Series*, OECD
- OCDE (2013)** Portugal: Reforming the State to Promote Growth. *Better Policies Series*. OECD.
- OCDE (2014)** OECD Better Life Index Portugal: oecdbetterlifeindex.org/countries/portugal/
- OCDE (2014)** OECD Better Life Index. oecdbetterlifeindex.org
- OCDE (2014)** OECD Skills: Portugal. skills.oecd.org
- OECD (2014)** Health Data <http://www.oecd.org/health/health-statistics.htm>
- Organização Mundial da Saúde (2012).** *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2011).** Relatório Mundial Da Saúde 2010 – Financiamento Dos Sistemas de Saúde: O Caminho Para a Cobertura Universal. (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, ed.). Lisboa:2011.
- Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca.** (Alto Comissariado da Saúde, ed.). Lisboa: 2008:131. http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf.
- Parker, V et al. (2001).** Clinical service lines in integrated delivery systems: an initial framework and exploration. *Journal of Healthcare Management* Vol. 46:4, pp. 261-275.
- Patel, K & Lieberman, S. Taking stock of initial year one results for pioneer ACOs.** *Health Affairs blog*. [Online] 2013. [Citação: 12 de 01 de 2014.] <http://healthaffairs.org/blog/2013/07/25/taking-stock-of-initial-year-one-results-for-pioneer-acos/>.
- Pinto, A. C. (2011).** *Contemporary Portugal: Politics, Society and Culture*. 2.ª edição. Nova Iorque: Columbia University Press.
- Pirani, M et al. (2006).** Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level. *Epidemiol. Prev.* Vol. 30:3, pp. 169-77.
- Pisco, L. & Ribeiro, C. (2014).** *Integração de Cuidados. Gestão Hospitalar 2014* Julho
- Platform - Health Cluster Portugal (TRIS-HCP).** healthportugal.com/tris-hcp
- Pisek P (2003).** Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. National Institute for Health Care Management Foundation.
- Porter, M & Teisberg, E. (2006).** *Redefining health care creating value-based competition on results*. Boston : Harvard Business School Press.
- Portugal (2011).** Portugal – Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality, 17 de Maio de 2011. Disponível em: ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf

- Portugal.** Constituição Da República Portuguesa; 1976. <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.
- Portugal.** Lei de Bases Da Saúde; 1990. <http://www.portaldasaude.pt/porta/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/eibasessaude.htm>.
- Powell, S. (2000).** Advance case management: outcomes and beyond. s.l.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Primary health care in Europe: problems and solutions.** in Vuori, H. Tokyo : s.n., 11-12 June 1983. 6th Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care.
- PSNC (2013).** PSNC briefing 100/13: The integration transformation fund. [Online] 2013. <http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/PSNC-Briefing-100.13-The-Integration-Transformation-Fund-Oct-2013.pdf>.
- Public Health Wales e Welsh Government (2013).** 1000 Lives Plus Programme. Disponível em: 1000livesplus.wales.nhs.uk
- Quality Afhra. (2004).** Ahrq Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. 4th rev. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality.
- Quality Measurement & Health Assessment Group (2011).** Accountable care organizations 2012 program analysis: Quality performance standards narrative measurement specifications (final report). s.l.: Quality Measurement & Health Assessment Group, 2011. 74
- Reis, V.** Vamos reconstruir o arquipélago? Revista Prémio. 2005, Vol. 45.
- Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental.** Trabalho realizado no âmbito do Despacho nº 9567/2013, de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 139, de 22 de Julho de 2013.
- Rizza, P et al. (2007).** Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. BMC Health Serv Res, Vol. 7:134.
- Robinson, J & Dolan, E. (2010).** Accountable care organizations in California: Lessons for the national debate on delivery system reform. Integrated Health Care Association. 2010.
- Roos, L et al. (2005).** Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. Health Serv Res. Vol. 40:4, pp. 1167-85.
- Rosen, A et al. (2011).** Identifying future high-healthcare users. Disease Management and Health Outcomes, Vol. 13:2, pp. 117-127.
- Samuelson, P & Nordhaus, W. (1988).** Economia. 12ª. New York: McGraw-Hill.
- Sanderson, C & Dixon, J. (2000).** Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. [Online] [Citação: 18 de dec de 2013.] <http://researchonline.lshrm.ac.uk/19704/>.
- Sarmento, J. (2013).** Internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório em contexto de integração vertical. [Online] http://run.unl.pt/bitstream/10362/9631/1/RUN_Tese_de_Mestrado_João_Sarmento.pdf.
- Shortell, S & Casalino, L. (2008).** Health care reform requires accountable care systems. JAMA. 2 de July de 2008, Vol. 300:1, pp. 95-97.
- Shortell, S et al. (2000).** Integrating health care delivery. Health Care Forum Journal. 2000, Vol. 43:6, pp. 35-39.
- Shortell, S & Kaluzny, A. (2006).** Health care management organization design and behaviour. [ed.] Thomson Delmar Learning. 5th Edition.
- Shortell, S, Casalino, L & Fisher, E. (2010).** Implementing Accountable Care Organizations. [ed.] Economic and Family Security BerkeleyLaw. Berkeley Centre on Health. Advancing National Health Reform. Policy brief, 2010.
- Sobczak, A. (2002).** Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. International Journal of Integrated Care, Vol. 2:1, pp. 1-10.
- Store JG. (2012).** Improving health in an interconnected world : five steps to better global health. Glob Heal. 2012;10-11. http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/heid/files/sites/globalhealth/shared/Training/Turkey_course/3_Store.pdf.
- Tian, Y, Dixon, A & Gao, H. (2012).** Emergency Hospital Admissions for Ambulatory Care-Sensitive Conditions: Identifying the potential for reductions. [Online] [Citação: 22 de nov de 2013.] <http://scholar.google.com/>
- Tjerbo, T & Kjekshus, L. (2005).** Coordinating health care: lessons from Norway. International Journal of Integrated Care, Vol. 5:2, pp. 1-9.
- Wan, T, Lin, B & Ma, A. (2002).** Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. Journal of Medical Systems. Vol. 26:2, pp. 127-143.
- WHO (2008).** Integrated health services - What and why? Technical brief. 2008, Vol. 1.
- WHO (2013).** Regional Committee for Europe, sixty third session, EUR/RC63/8, Turkey 2013.
- WHO Europe (2013)** Health Literacy: The Solid Facts. Geneva: World Health Organization.
- WHO Europe (2013)** Health Literacy: The Solid Facts. Geneva: World Health Organization.
- WONCA (2002).** Definição Europeia de Medicina Geral e familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Europa : WONCA, 2002.
- World Health Organization (1986).** Ottawa Charter for Health Promotion.
- World Health Organization (2005).** Sustainable health financing , universal coverage and social health Insurance. Resolutions and Decision of the 58th World Health Assembly. WHA58/2005/REC/3. 2005:139-140.
- World Health Organization (2010).** Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2011:164. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
- World Health Organization (2013).** Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013:103.
- World Health Organization (2013).** The Helsinki Statement on Health in All Policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki.
- World Health Organization (2013): Regional Office for Europe.** Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (2014).** The 10 Essential Public Health Operations. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>.
- World Health Organization: Regional Office for Europe (2014).** THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH PLAN 2012-2016. Comments from WHO Europe. <http://pns.dgs.pt/relatorio-da-organizacao-mundial-de-saude-sobre-o-pns/>
- Zimba, D. (1998).** Vertical versus virtual integration.

8. ANEXO

ROTEIROS DE INTERVENÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Os Roteiros de Intervenção são estudos de Autor solicitados a peritos nacionais com o objetivo de contribuir com a melhor evidência e conhecimentos para o Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Estes Roteiros fornecem um Modelo Conceptual, um Ponto de Situação e Recomendações para cada um dos temas.

O desenvolvimento dos Roteiros de Intervenção permitiu aumentar os contributos externos, bem como proporcionar uma maior proximidade entre o ponto de situação de cada dos temas, a evidência disponível e as intervenções necessárias em cada área, permitindo assim que o PNS seja um documento construtivo, participado e baseado na evidência.

Salienta-se que todas as informações expressas nos Roteiros traduzem os conhecimentos e opiniões dos seus autores, não tendo sido alvo de qualquer alteração pela Direção-Geral da Saúde.

Infra apresenta-se uma tabela com referência ao tema do Roteiro de Intervenção e ao autor responsável pelo estudo. Os Roteiros de Intervenção estão online e podem ser consultados em <http://pns.dgs.pt/roteiros-de-intervencao-do-plano-nacional-de-saude/>.

Roteiro de Intervenção	Autor
Articulação e Continuidade de Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Anexo I • Anexo II • Anexo III 	Manuel Caldas de Almeida (Hospital do Mar)
Avaliação de Desempenho do Sistema e Serviços de Saúde	José Pereira Miguel (Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa)
Cuidados Continuados Integrados	Ana Escoval (Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa)
Cuidados de Emergência e Urgência <ul style="list-style-type: none"> • Anexo I • Anexo II • Anexo III 	Luis Campos (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)
Cuidados de Saúde Hospitalares	Margarida Tavares (Centro Hospitalar S. João) - EM CURSO
Cuidados de Saúde Primários	Vítor Ramos (Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa)

Roteiro de Intervenção	Autor
Governança em Saúde	Adalberto Campos Fernandes (Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa)
Investigação, Inovação e Desenvolvimento	Henrique Barros (Instituto de Saúde Pública – Universidade do Porto) - EM CURSO
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Avaliação de Tecnologia	Carlos Gouveia Pinto (Centro de Investigação Sobre Economia Portuguesa – CISEP, ISEG/U Lisboa)
Monitorização	Paulo Nogueira (Faculdade de Medicina de Lisboa) - EM CURSO
Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde	Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa)
Cidadania em Saúde	Jorge Torgal (Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa)
Recursos Humanos em Saúde	Gilles Dussault (Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa)
Saúde Pública	Salvador Massano Cardoso (Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra)
Sustentabilidade em Saúde	Pedro Pita Barros (Nova Healthcare Initiative – Research. Nova School of Business and Economics)
Tecnologias de Informação e Comunicação • Anexo I • Anexo II	Henrique Martins (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde)



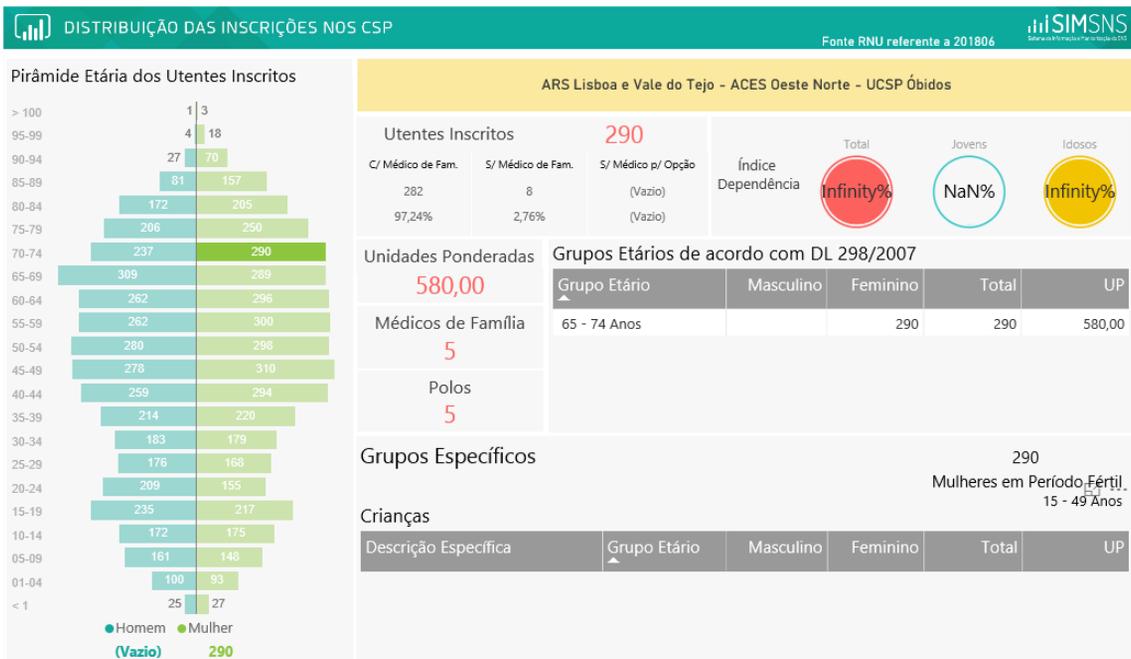
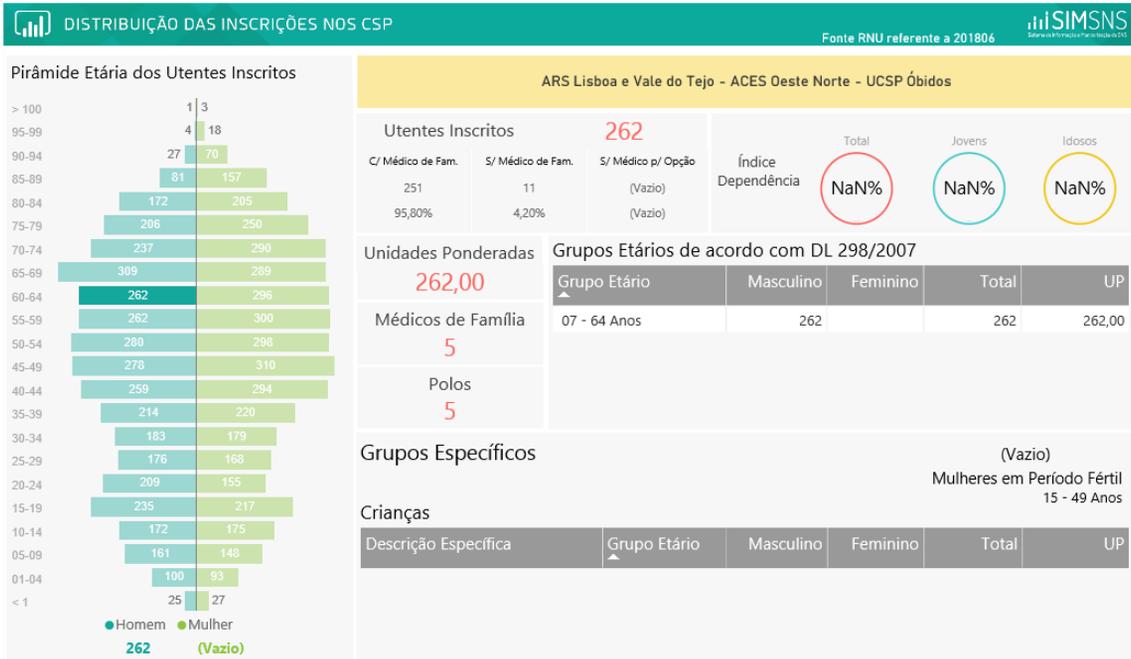
Equipamentos Sociais Privados

UTENTES INSCRITOS	FAIXA ETÁRIA <1 ANO	FAIXA ETÁRIA 01-04 ANOS	FAIXA ETÁRIA 05-09 ANOS	FAIXA ETÁRIA 10-14 ANOS	FAIXA ETÁRIA 15-19 ANOS	FAIXA ETÁRIA 20-24 ANOS	FAIXA ETÁRIA 25-29 ANOS	FAIXA ETÁRIA 30-34 ANOS
C/Médico de Família	50	183	297	321	432	352	332	335
S/Médico de Família	2	10	12	25	20	11	12	27
S/Médico de Família por opção	0	0	0	1	0	1	0	0

UTENTES INSCRITOS	FAIXA ETÁRIA 35-39 ANOS	FAIXA ETÁRIA 40-44 ANOS	FAIXA ETÁRIA 45-49 ANOS	FAIXA ETÁRIA 50-54 ANOS	FAIXA ETÁRIA 55-59 ANOS	FAIXA ETÁRIA 60-64 ANOS	FAIXA ETÁRIA 65-69 ANOS	FAIXA ETÁRIA 70-74 ANOS
C/Médico de Família	407	515	563	551	533	539	575	512
S/Médico de Família	27	37	25	27	26	19	21	15
S/Médico de Família por opção	0	1	0	0	3	0	2	0

UTENTES INSCRITOS	FAIXA ETÁRIA 75-79 ANOS	FAIXA ETÁRIA 80-84 ANOS	FAIXA ETÁRIA 85-89 ANOS	FAIXA ETÁRIA 90-94 ANOS	FAIXA ETÁRIA 95-99 ANOS	FAIXA ETÁRIA >100 ANOS
C/Médico de Família	449	368	232	92	22	3
S/Médico de Família	7	9	5	5	0	1
S/Médico de Família por opção	0	0	1	0	0	0

ANEXO III

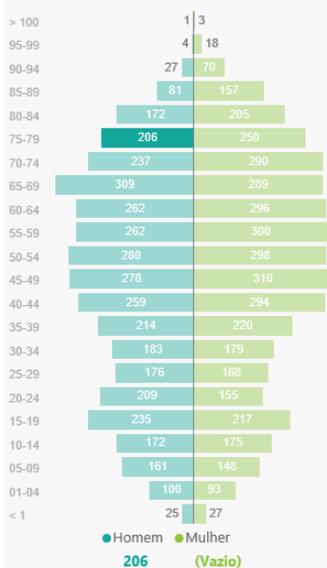


DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

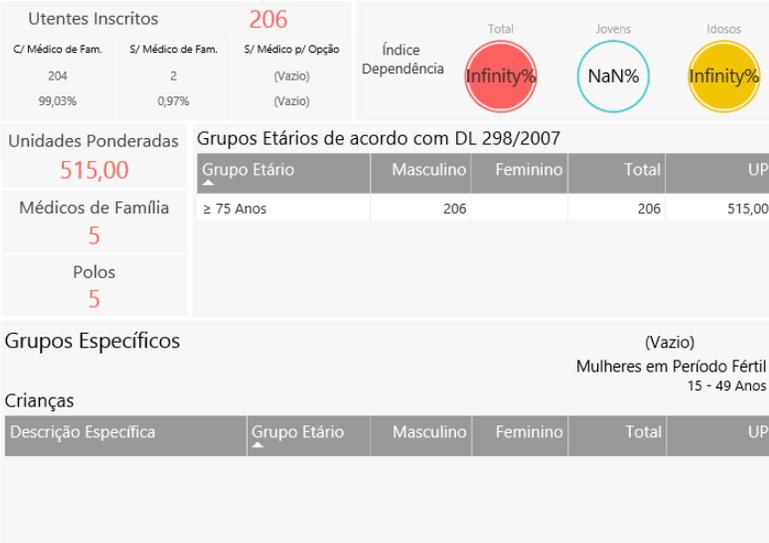
Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

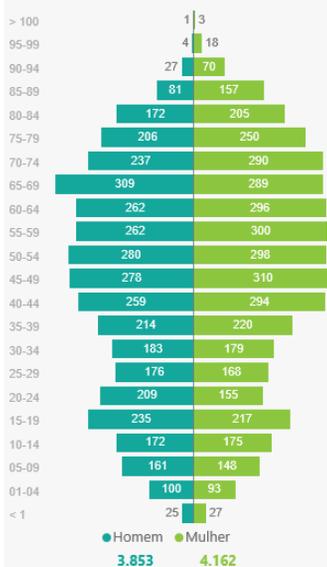


DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

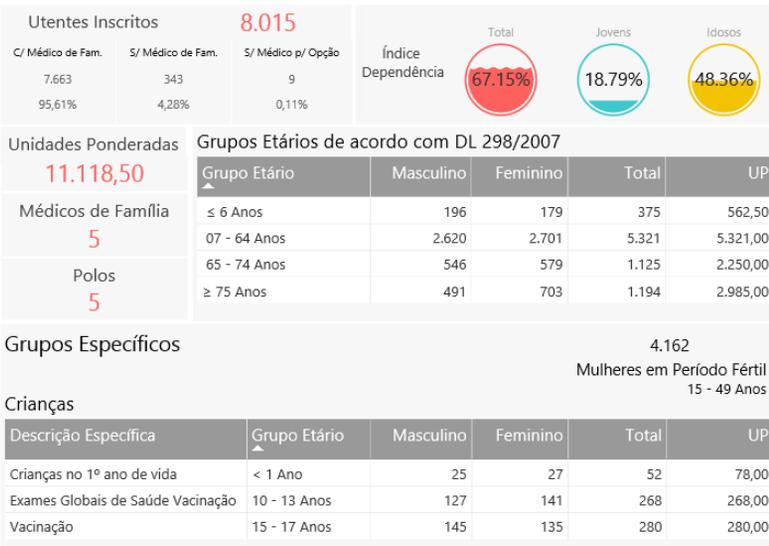
Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos

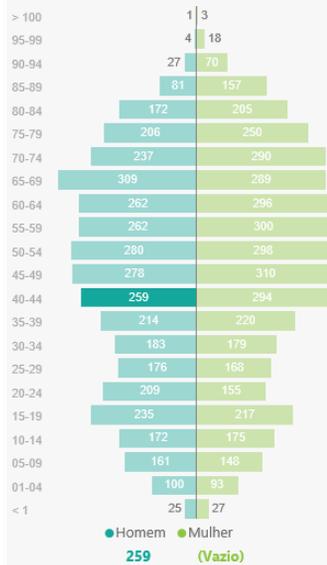


ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos




DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806


SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO
Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos**ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos**

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
236	23	(Vazio)	NaN%	NaN%	NaN%
91,12%	8,88%	(Vazio)			

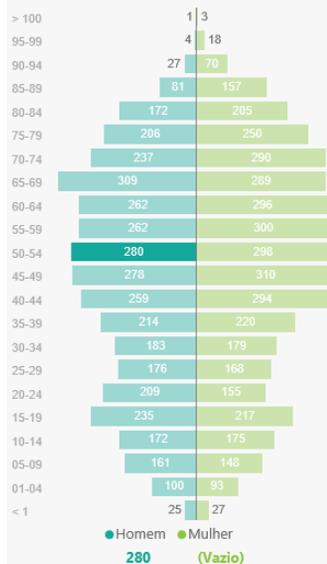
Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
259,00	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	07 - 64 Anos	259		259	259,00
5					
Polos					
5					

Grupos Específicos		(Vazio)			
		Mulheres em Período Fértil 15 - 49 Anos			

Crianças		(Vazio)			
		Mulheres em Período Fértil 15 - 49 Anos			
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP


DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806


SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO
Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos**ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos**

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
266	14	(Vazio)	NaN%	NaN%	NaN%
95,00%	5,00%	(Vazio)			

Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
280,00	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	07 - 64 Anos	280		280	280,00
5					
Polos					
5					

Grupos Específicos		(Vazio)			
		Mulheres em Período Fértil 15 - 49 Anos			

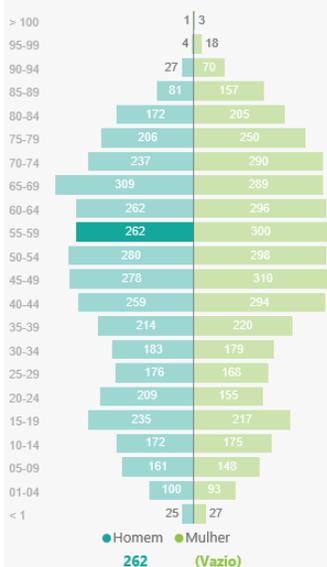
Crianças		(Vazio)			
		Mulheres em Período Fértil 15 - 49 Anos			
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP

DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E REGISTO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
252	9	1	NaN%	NaN%	NaN%
96,18%	3,44%	0,38%			

Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
262,00	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	07 - 64 Anos	262		262	262,00
5					
Polos					
5					

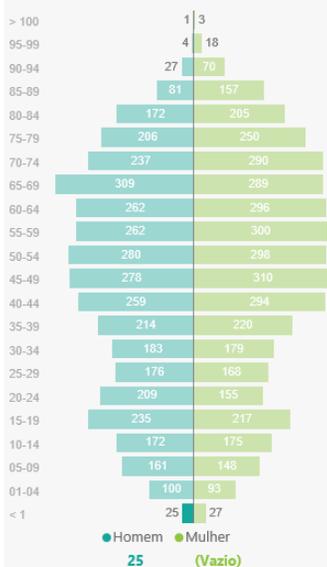
Grupos Específicos		(Vazio)			
Crianças		Mulheres em Período Fértil 15 - 49 Anos			
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP

DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E REGISTO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos

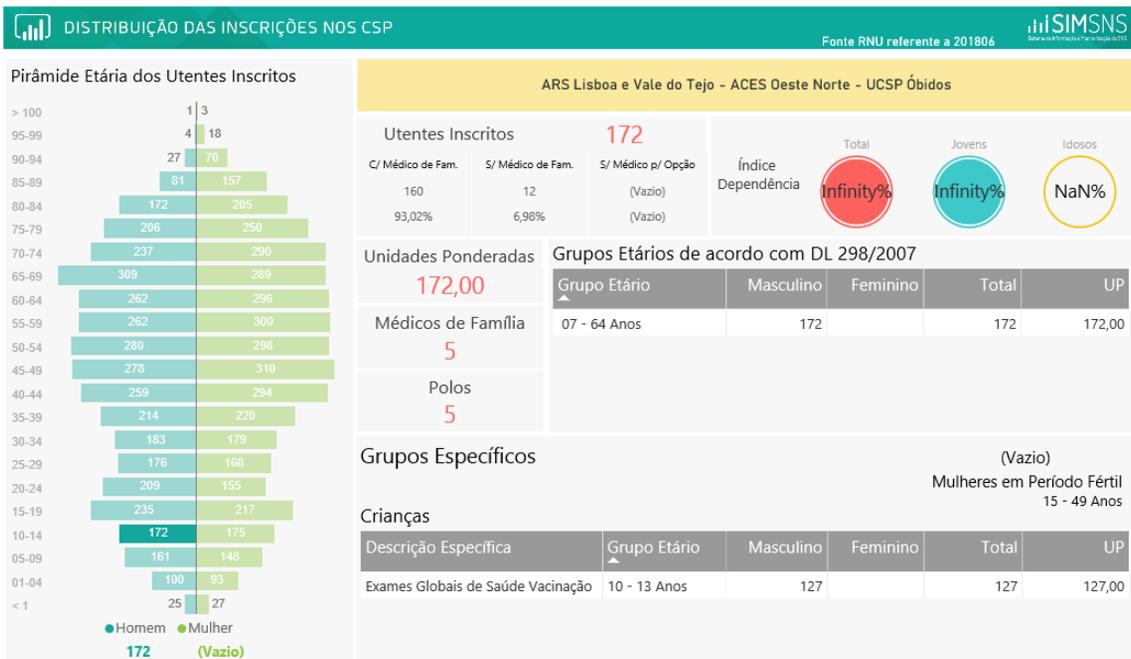
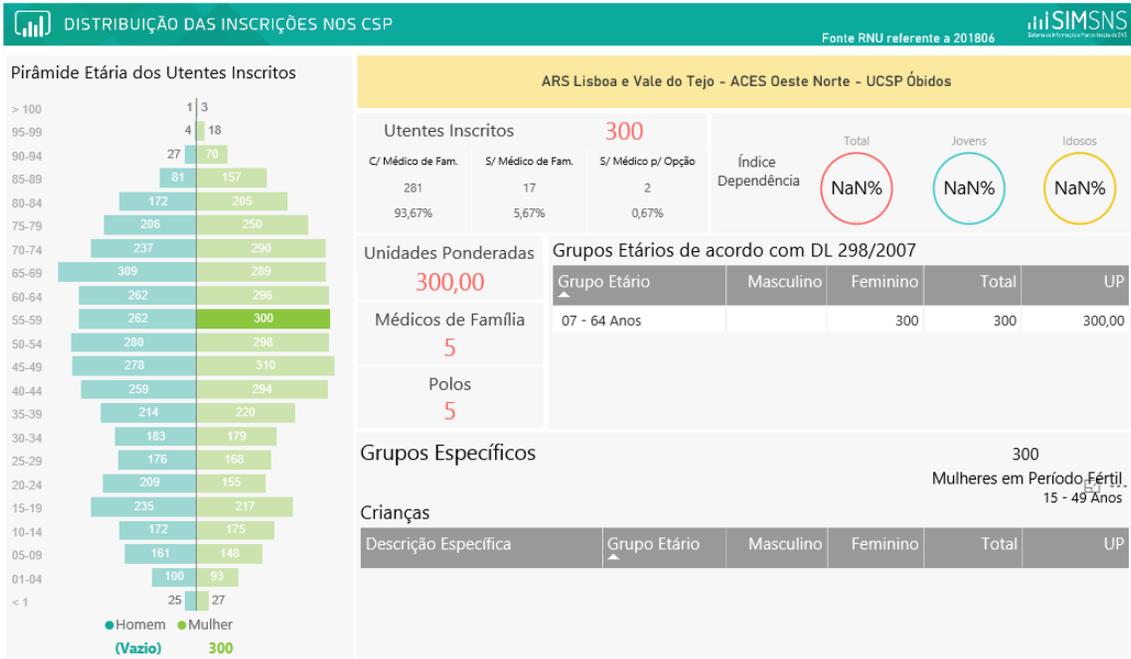


ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
24	1	(Vazio)	Infinity%	Infinity%	NaN%
96,00%	4,00%	(Vazio)			

Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
37,50	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	≤ 6 Anos	25		25	37,50
5					
Polos					
5					

Grupos Específicos		(Vazio)			
Crianças		Mulheres em Período Fértil 15 - 49 Anos			
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Crianças no 1º ano de vida	< 1 Ano	25		25	37,50

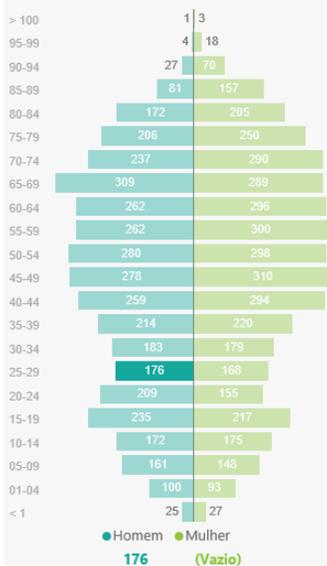


DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
171	5	(Vazio)	NaN%	NaN%	NaN%
97,16%	2,84%	(Vazio)			

Unidades Ponderadas

176,00

Médicos de Família

5

Polos

5

Grupos Etários de acordo com DL 298/2007

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
07 - 64 Anos	176		176	176,00

Grupos Específicos

(Vazio)

Mulheres em Período Fértil
15 - 49 Anos

Crianças

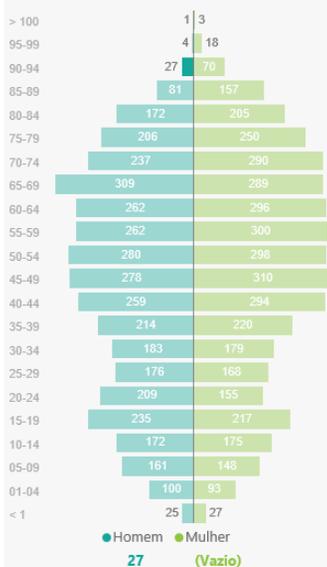
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
----------------------	--------------	-----------	----------	-------	----

DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
25	2	(Vazio)	Infinity%	NaN%	Infinity%
92,59%	7,41%	(Vazio)			

Unidades Ponderadas

67,50

Médicos de Família

5

Polos

5

Grupos Etários de acordo com DL 298/2007

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
≥ 75 Anos	27		27	67,50

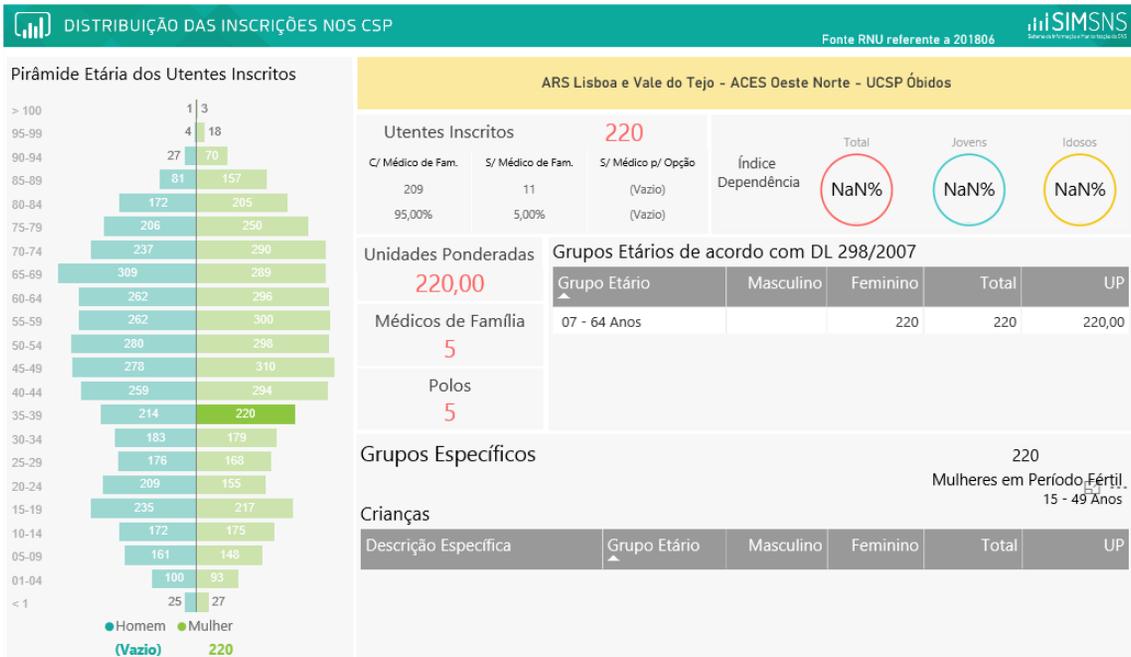
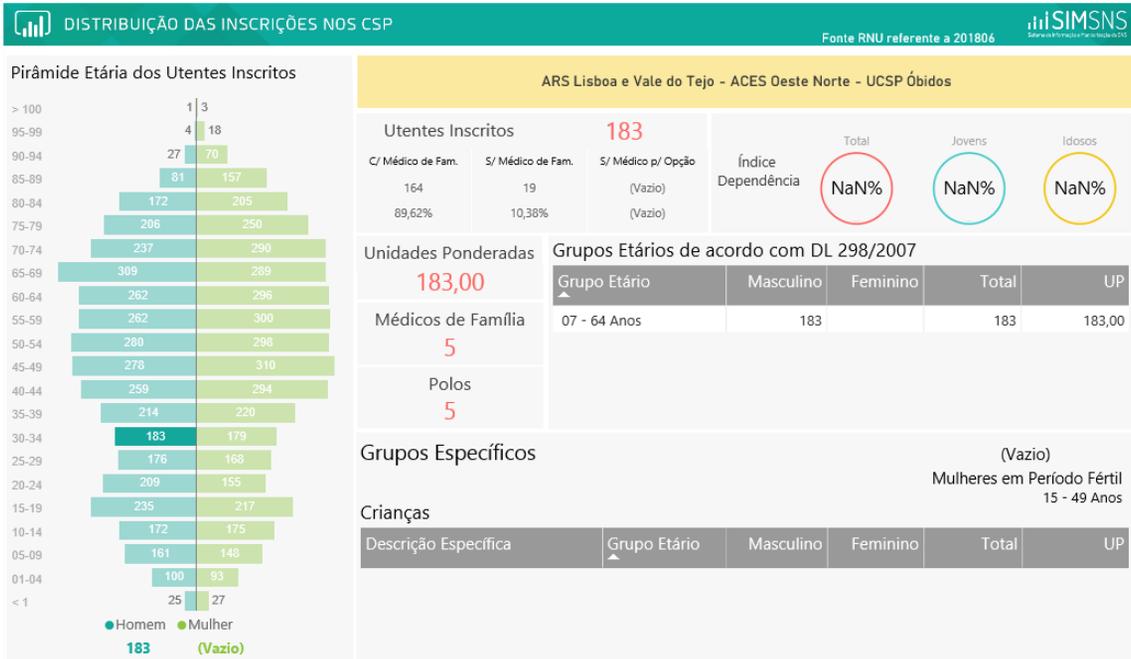
Grupos Específicos

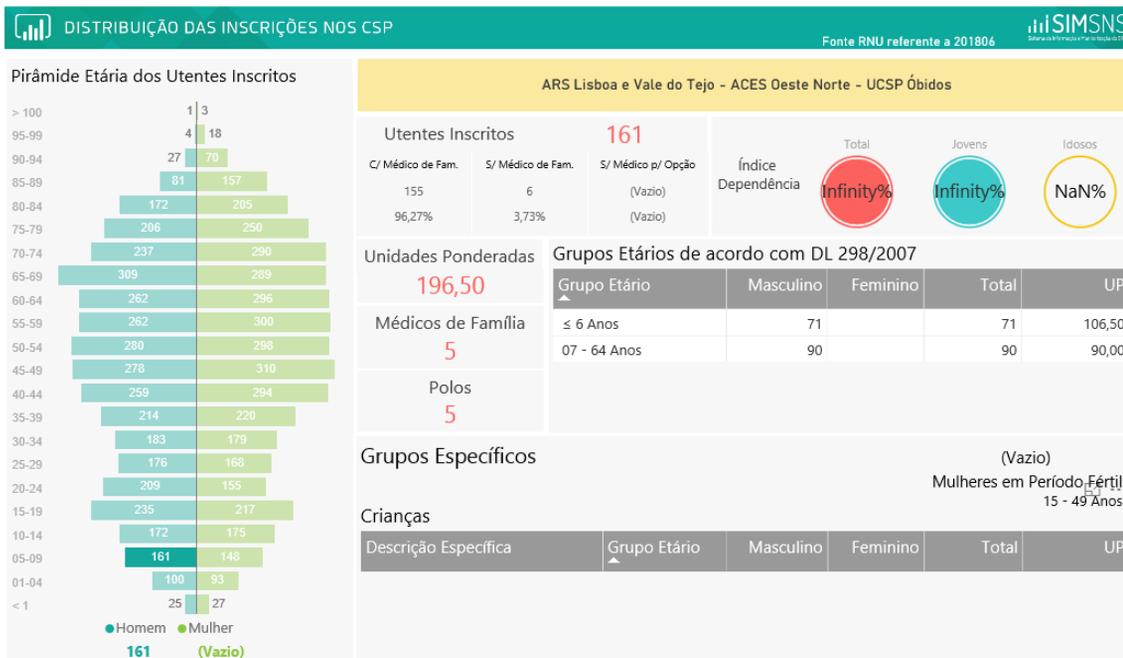
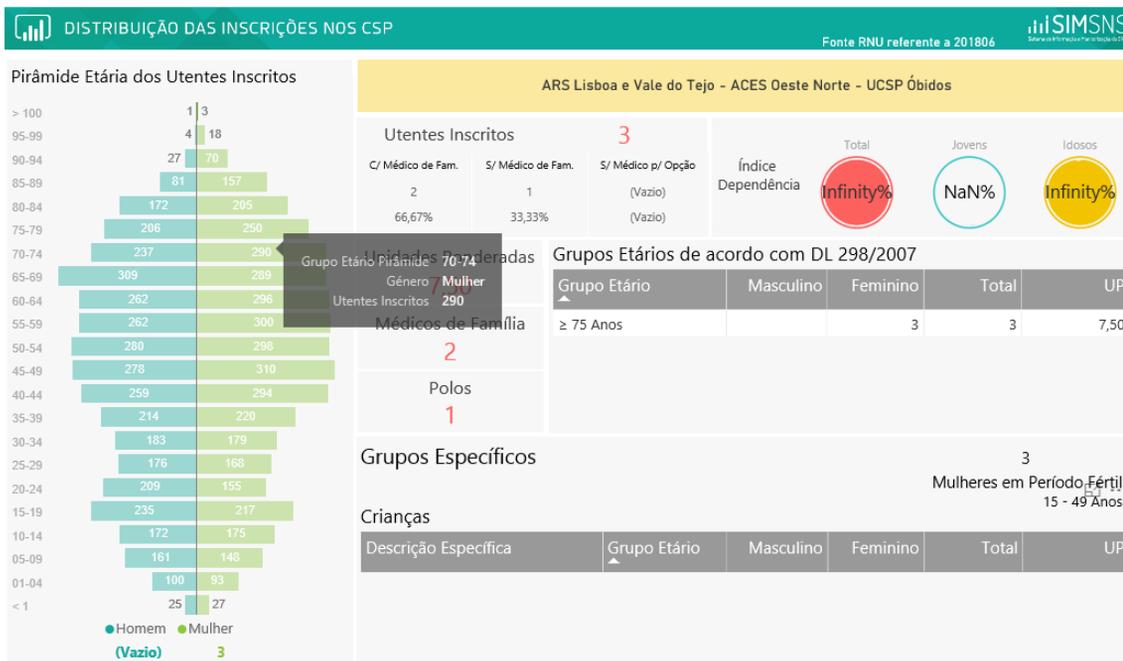
(Vazio)

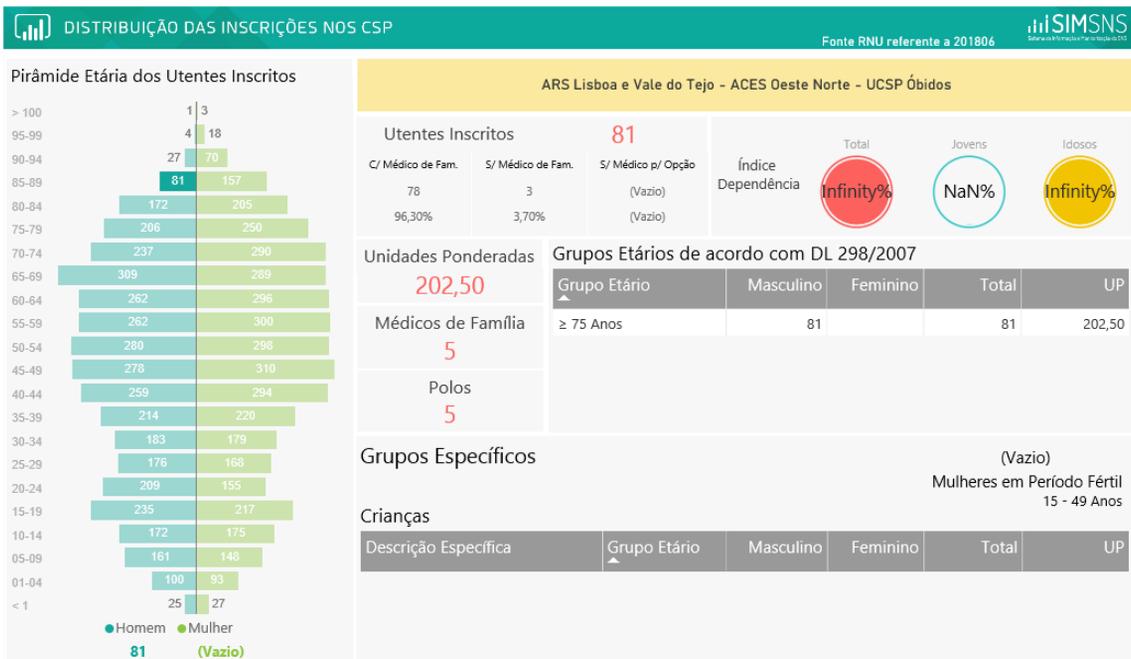
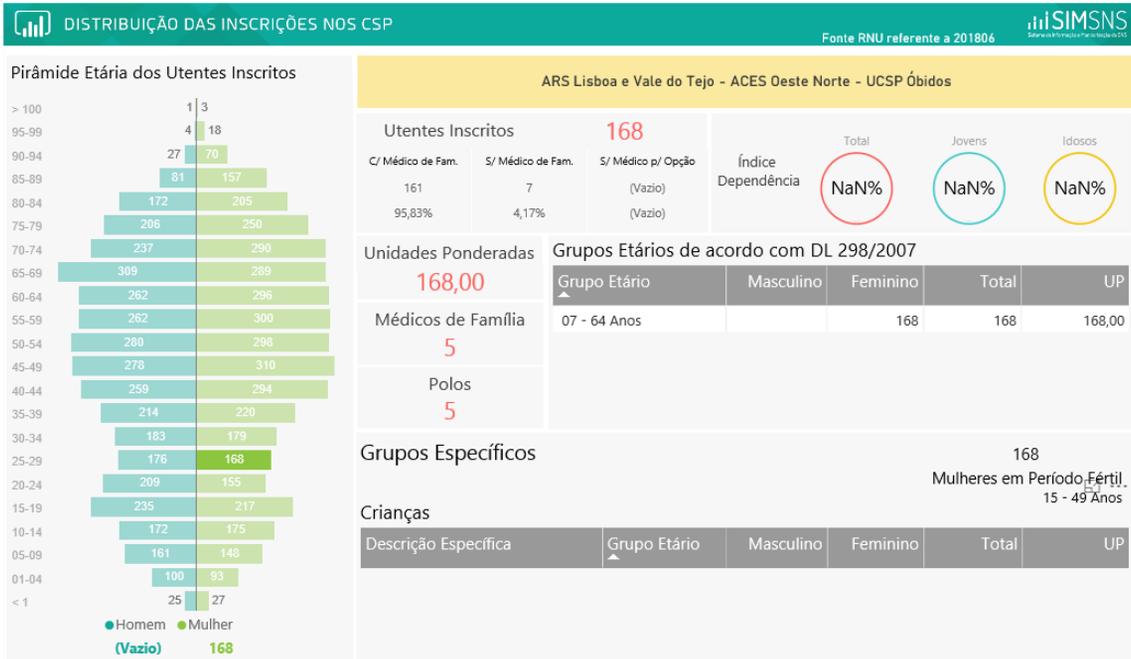
Mulheres em Período Fértil
15 - 49 Anos

Crianças

Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
----------------------	--------------	-----------	----------	-------	----





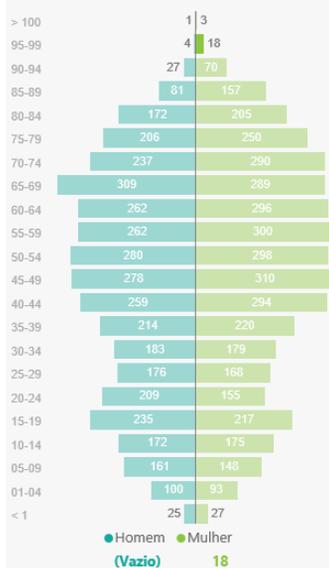


DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
18	(Vazio)	(Vazio)	Infinity%	NaN%	Infinity%
100,00%	(Vazio)	(Vazio)			

Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
45,00	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	≥ 75 Anos		18	18	45,00
4					
Polos					
4					

Grupos Específicos					
				18	
				Mulheres em Período Fértil	
				15 - 49 Anos	

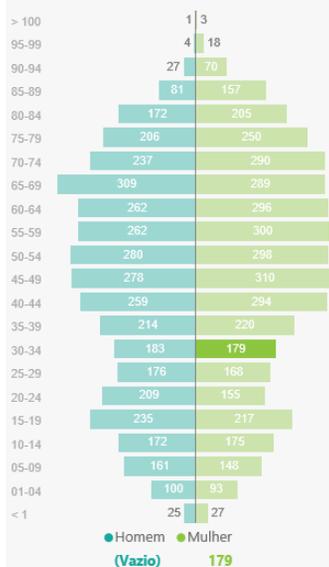
Crianças					
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP

DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



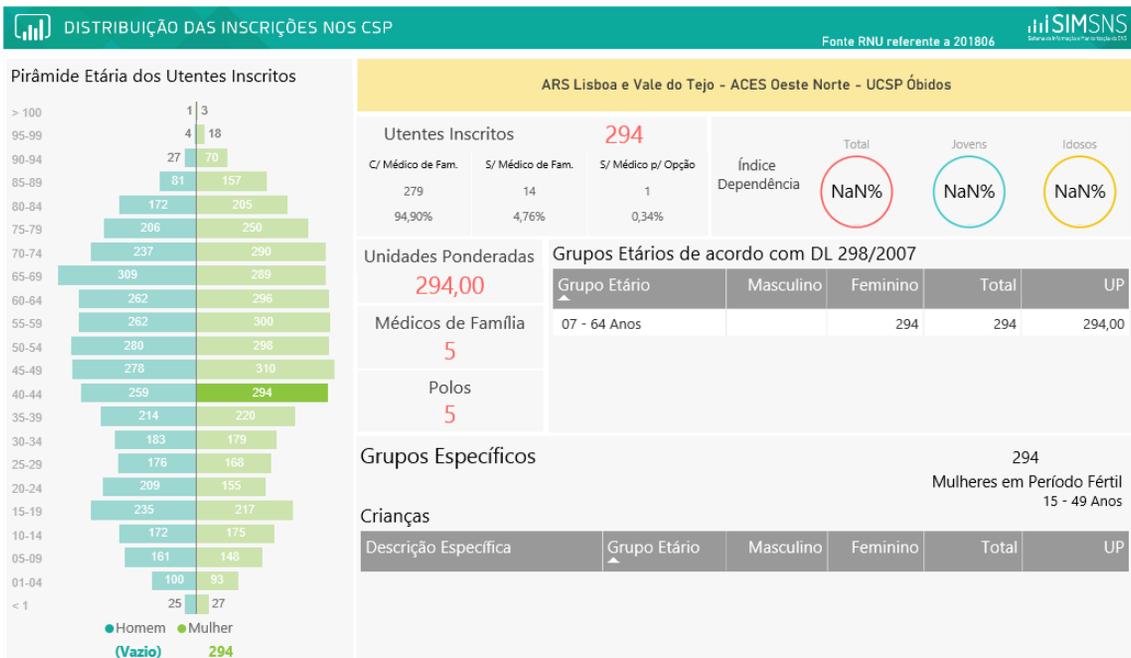
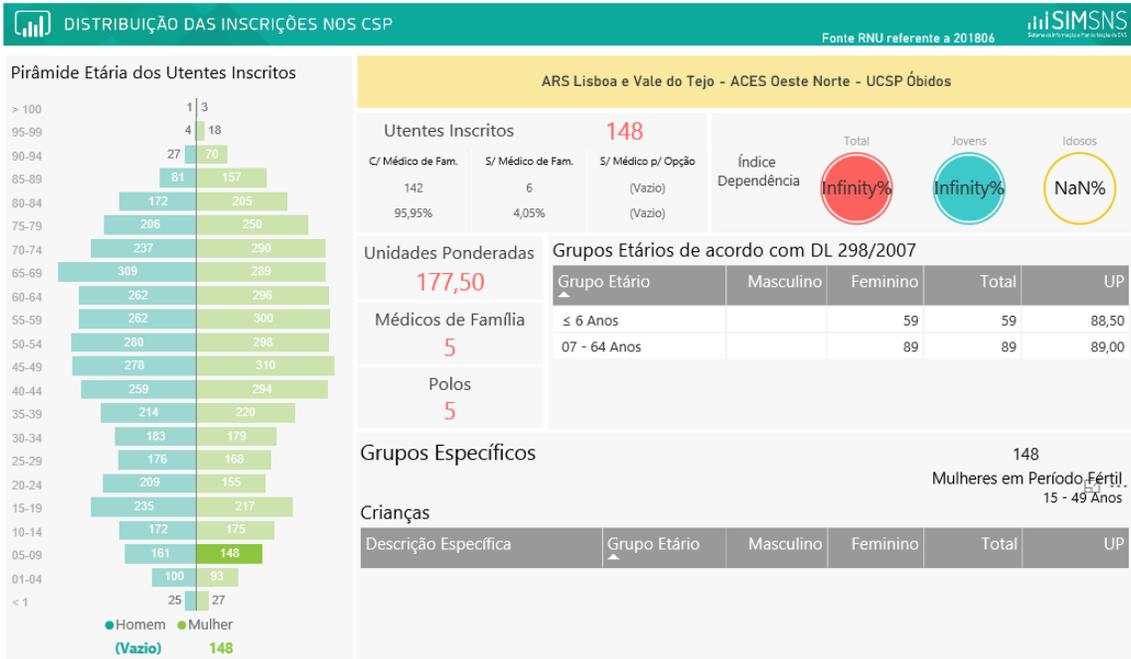
ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
171	8	(Vazio)	NaN%	NaN%	NaN%
95,53%	4,47%	(Vazio)			

Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
179,00	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	07 - 64 Anos		179	179	179,00
5					
Polos					
5					

Grupos Específicos					
				179	
				Mulheres em Período Fértil	
				15 - 49 Anos	

Crianças					
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP

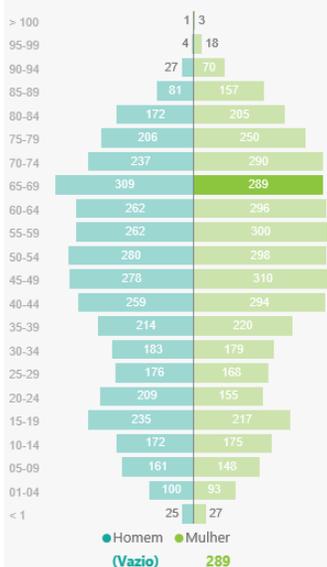


 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

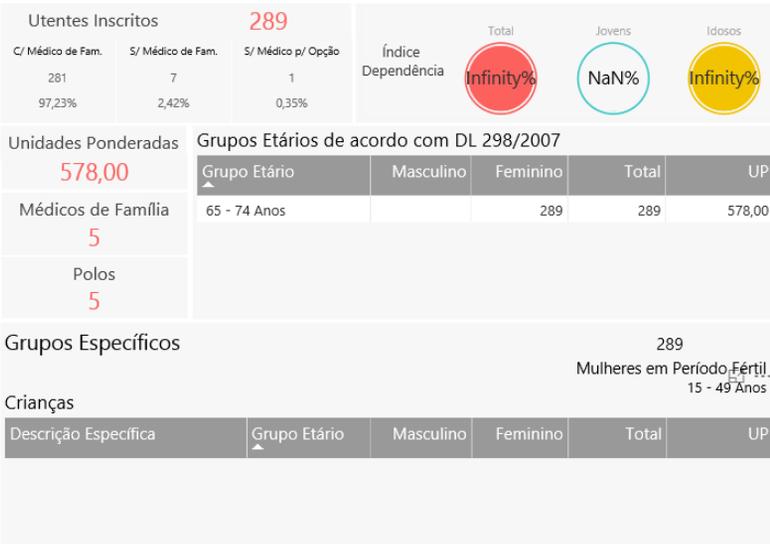
Fonte RNU referente a 201806



Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



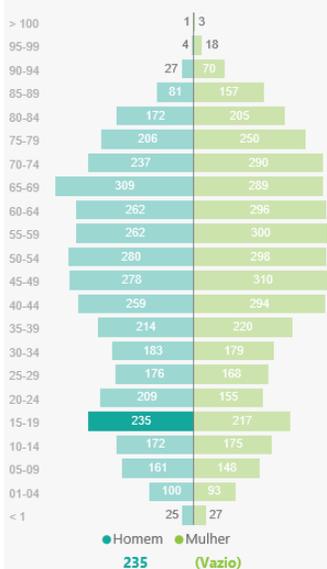
ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos


 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806



Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

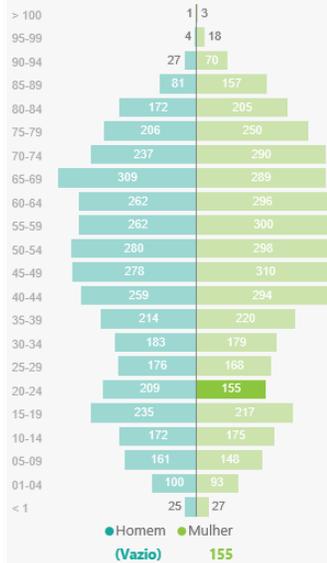


DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMSINS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
148	6	1	NaN%	NaN%	NaN%
95,46%	3,87%	0,65%			

Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
155,00	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	07 - 64 Anos		155	155	155,00
5					
Polos					
5					

Grupos Específicos		155			
		Mulheres em Período Fértil			
		15 - 49 Anos			

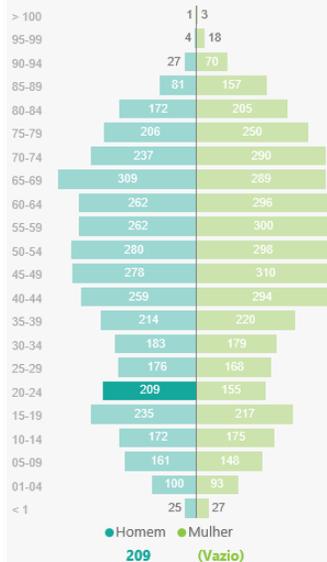
Crianças					
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP

DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMSINS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
204	5	(Vazio)	NaN%	NaN%	NaN%
97,61%	2,39%	(Vazio)			

Unidades Ponderadas	Grupos Etários de acordo com DL 298/2007				
209,00	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Médicos de Família	07 - 64 Anos	209		209	209,00
5					
Polos					
5					

Grupos Específicos		(Vazio)			
		Mulheres em Período Fértil			
		15 - 49 Anos			

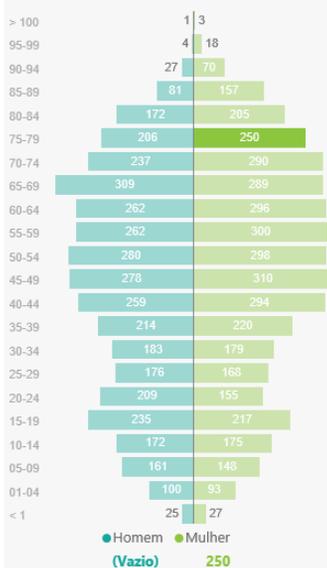
Crianças					
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP

 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

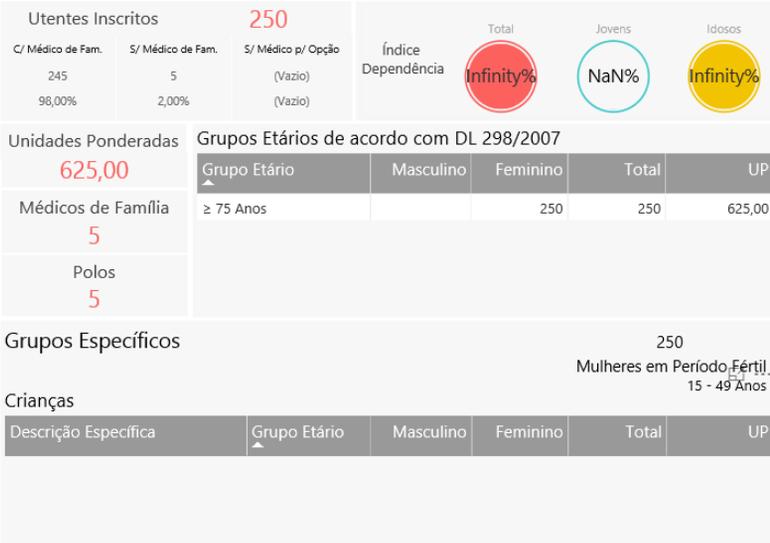
Fonte RNU referente a 201806

 SIMS SNS
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE DO CONCELHO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



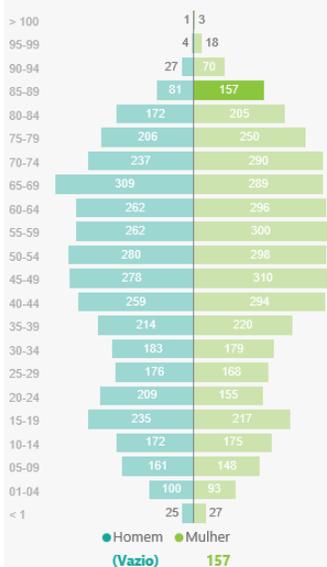
ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos


 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

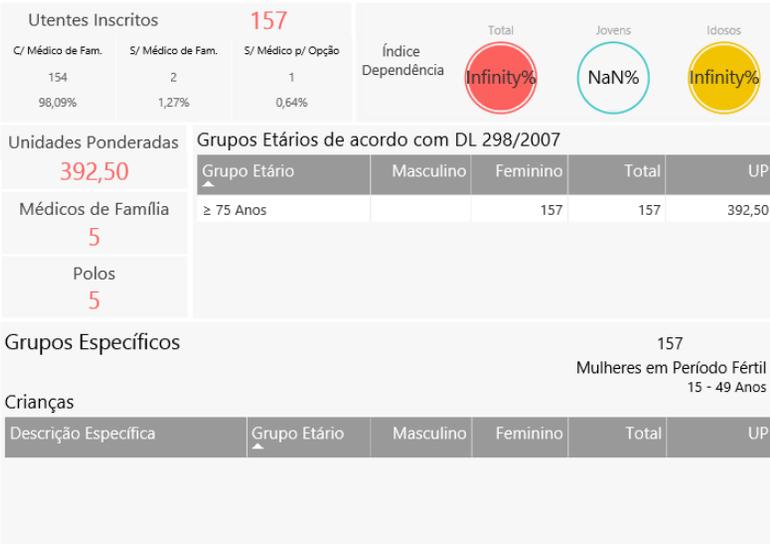
Fonte RNU referente a 201806

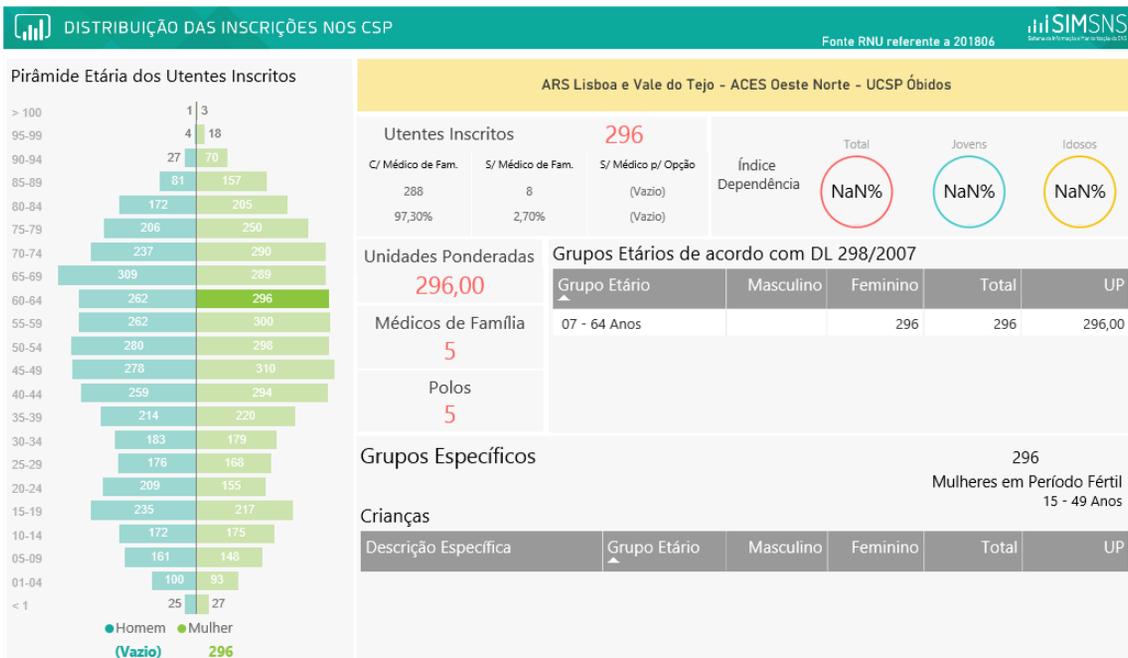
 SIMS SNS
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE DO CONCELHO

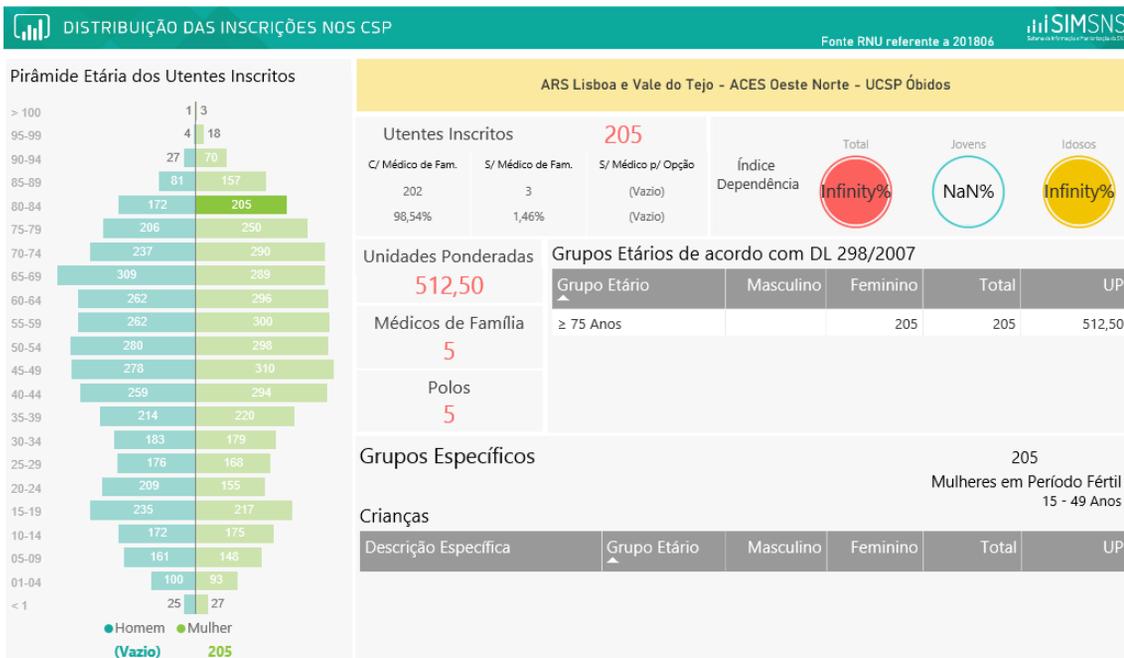
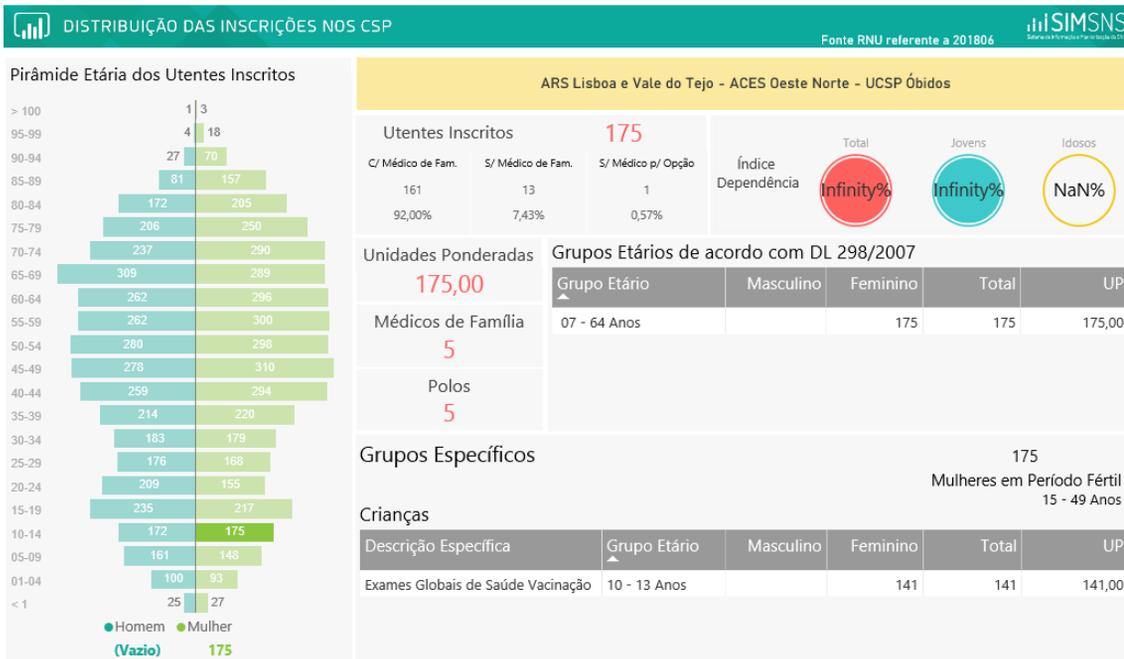
Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos

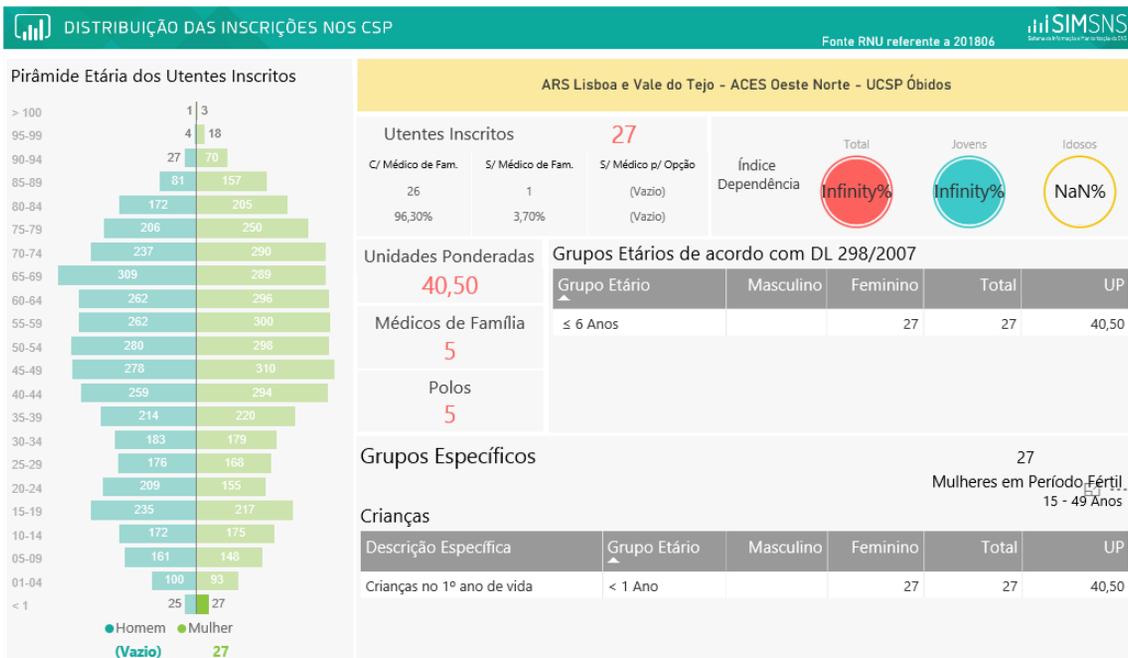
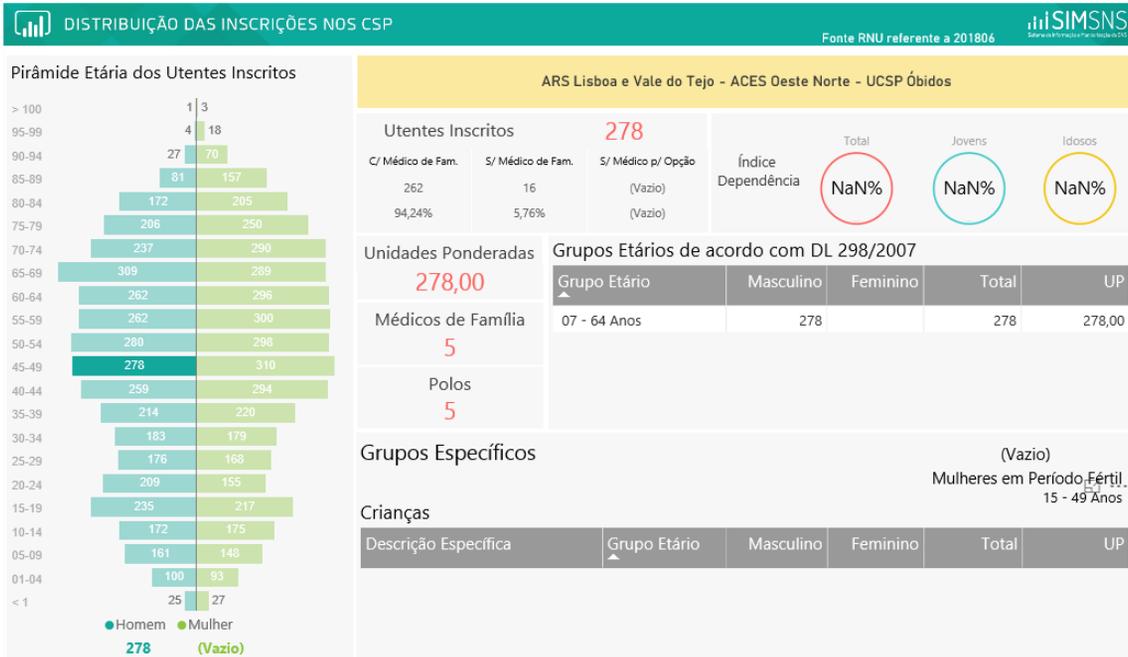


ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos







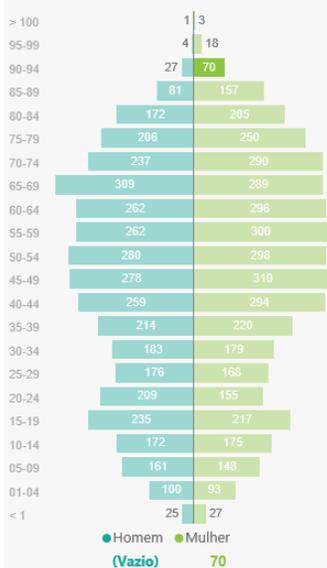


 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806



Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



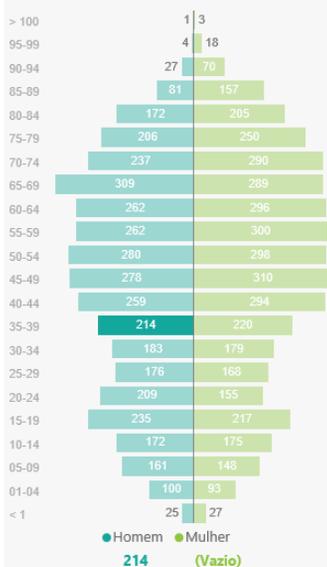
ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos


 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

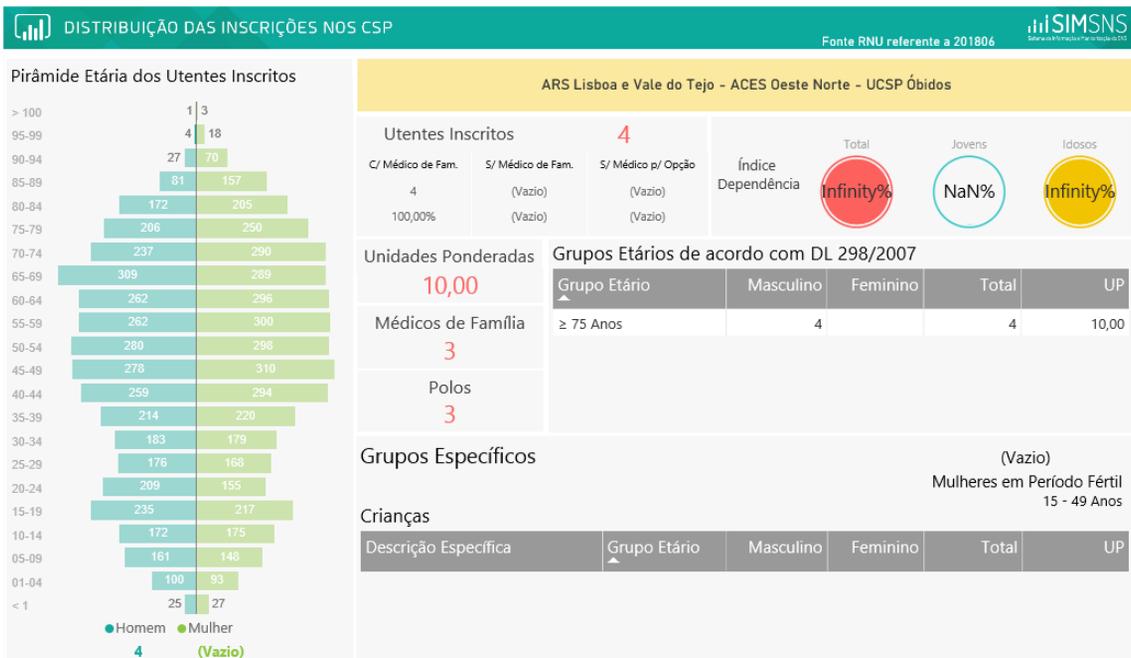
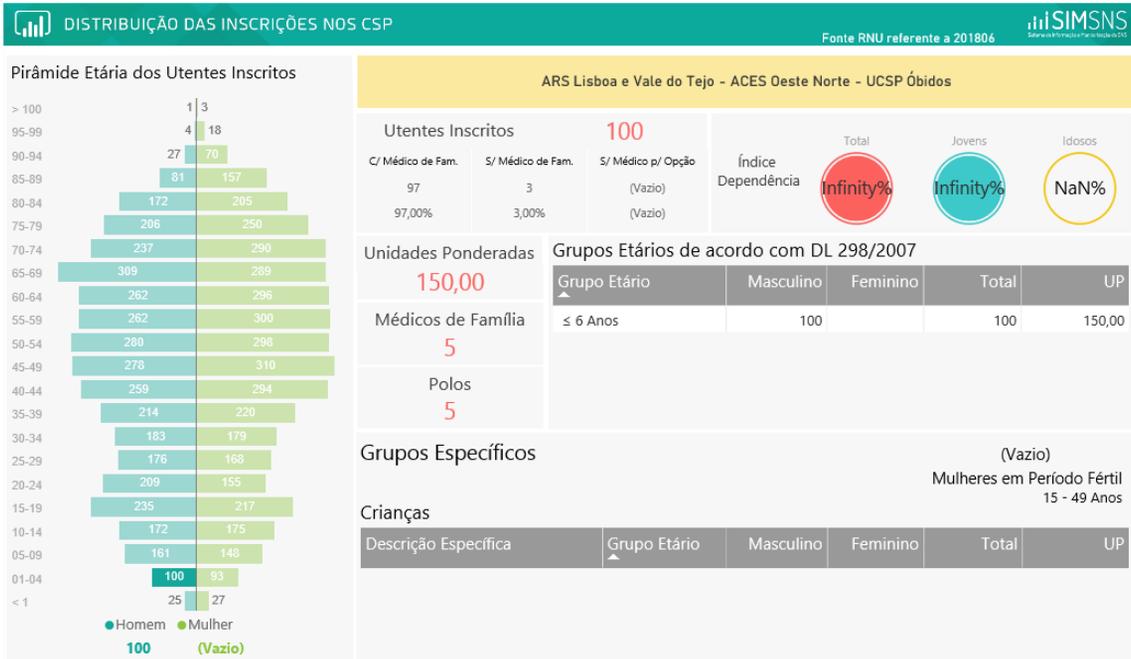


Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos



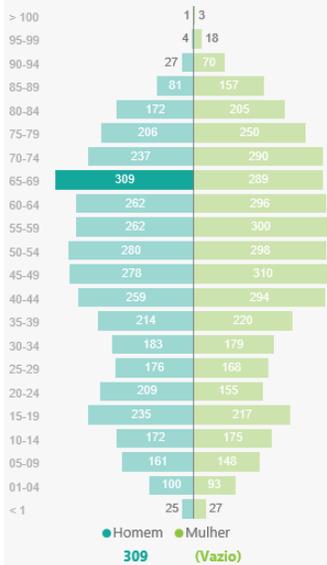


DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
294	14	1	Infinity%	NaN%	Infinity%
95,15%	4,53%	0,32%			

Unidades Ponderadas

618,00

Médicos de Família

5

Polos

5

Grupos Etários de acordo com DL 298/2007

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
65 - 74 Anos	309		309	618,00

Grupos Específicos

(Vazio)

Mulheres em Período Fértil
15 - 49 Anos

Crianças

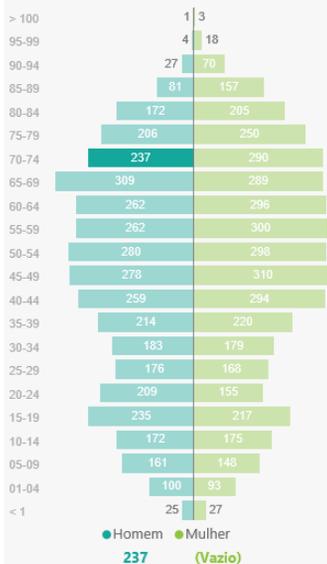
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
----------------------	--------------	-----------	----------	-------	----

DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806

SIMS SNS
SISTEMA DE INSCRIÇÃO E MONITÓRIO

Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos

Utentes Inscritos			Índice Dependência		
C/ Médico de Fam.	S/ Médico de Fam.	S/ Médico p/ Opção	Total	Jovens	Idosos
230	7	(Vazio)	Infinity%	NaN%	Infinity%
97,05%	2,95%	(Vazio)			

Unidades Ponderadas

474,00

Médicos de Família

5

Polos

5

Grupos Etários de acordo com DL 298/2007

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
65 - 74 Anos	237		237	474,00

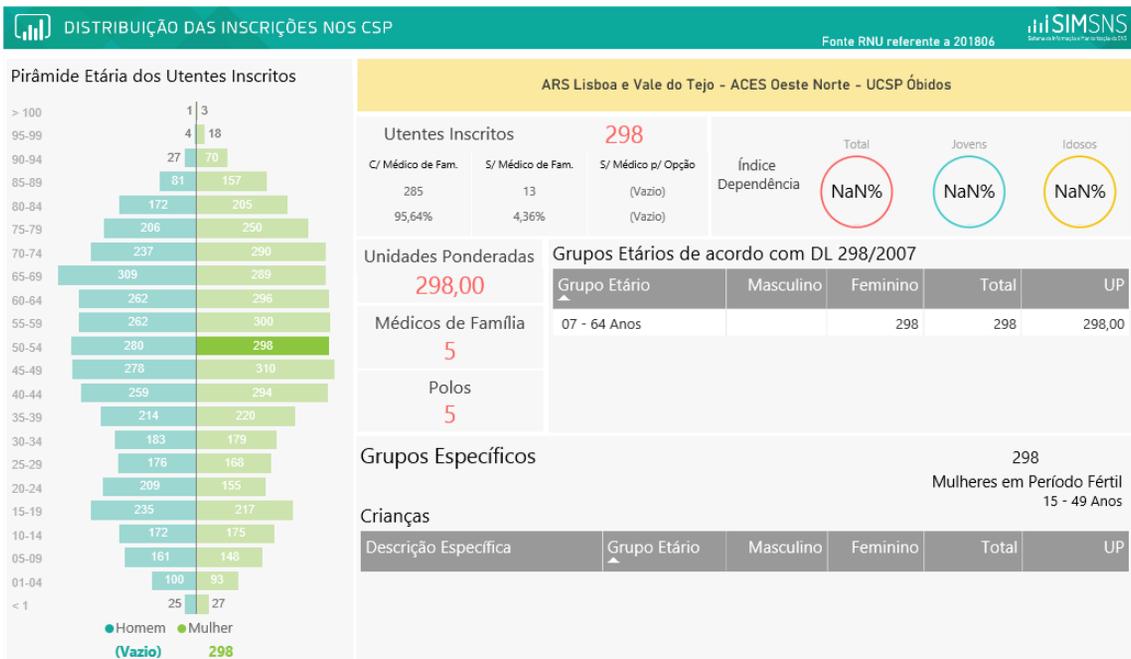
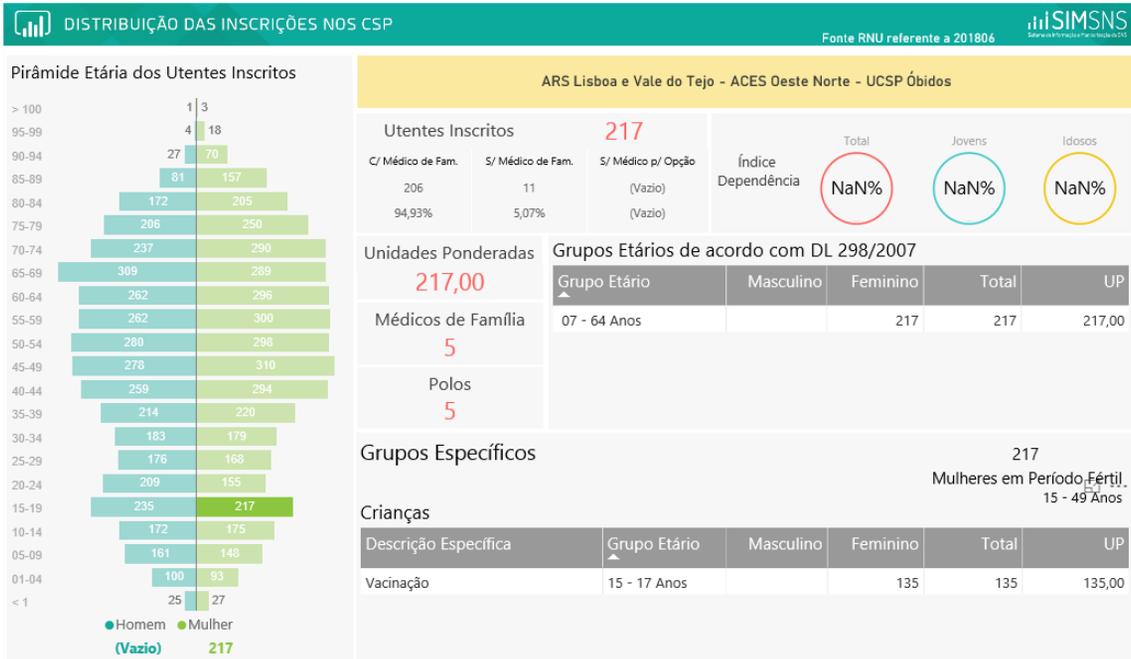
Grupos Específicos

(Vazio)

Mulheres em Período Fértil
15 - 49 Anos

Crianças

Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
----------------------	--------------	-----------	----------	-------	----

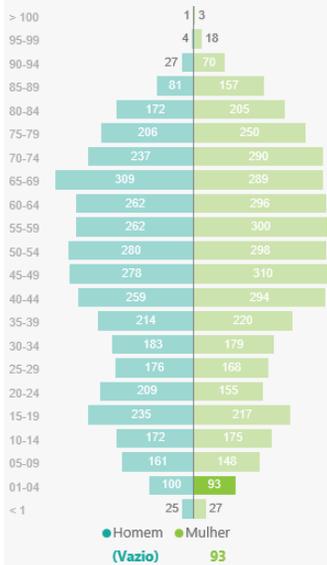


 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

Fonte RNU referente a 201806



Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



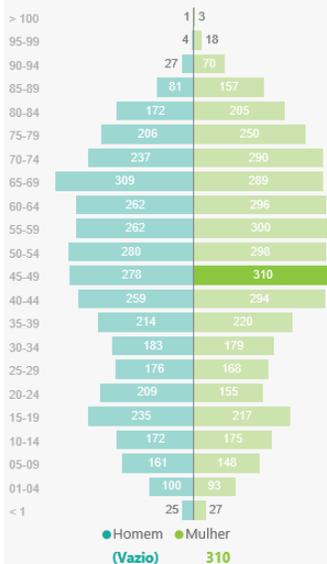
ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos


 DISTRIBUIÇÃO DAS INSCRIÇÕES NOS CSP

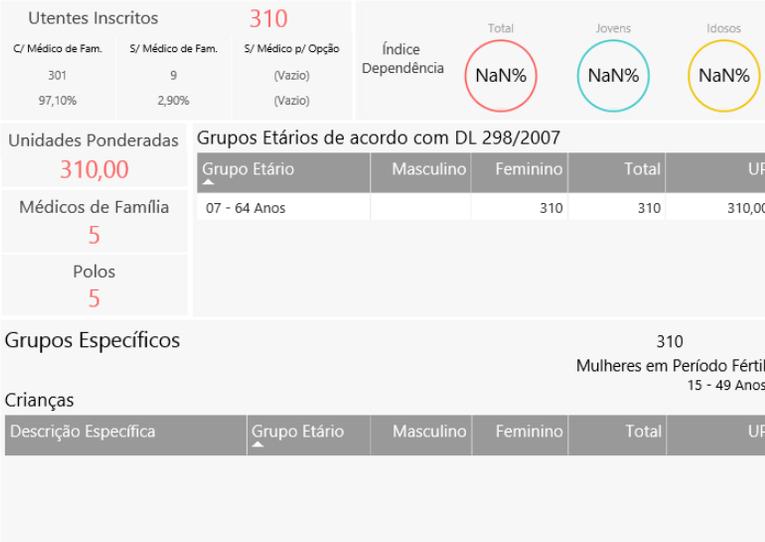
Fonte RNU referente a 201806



Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos



ARS Lisboa e Vale do Tejo - ACES Oeste Norte - UCSP Óbidos



ANEXO IV

REGIÃO OESTE NORTE

Triénio 2014/2016

PLANO LOCAL DE SAÚDE

Plano Local de Saúde
Região Oeste Norte
Triénio 2014/2016

“The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.”

Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946

Caldas da Rainha, 2014

FICHA TÉCNICA

Coordenação do Plano

Unidade de Saúde Pública Zé Povinho.

Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte

Liderança do Plano

Jorge Nunes - Coordenador da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho

Inês Campos Matos - Médica Interna de Saúde Pública da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho

Equipa Consultiva do Plano

Ana Castro - Técnica Serviço Social, Segurança Social, Caldas da Rainha

Ana Maria Pisco - Directora Executiva interina do ACeS Oeste Norte, Médica, Medicina Geral e Familiar

Carlos Castro - Engenheiro, Delegação Regional do Ambiente, Caldas da Rainha

Cecília Neto - Socióloga, Caldas da Rainha

Clara Abrantes - Presidente cessante do Conselho da Comunidade e Vereadora do Pelouro da Saúde, Câmara Municipal de Peniche

Fernando Guerreiro - Vogal do CCS do ACeS Oeste Norte, Médico, Saúde Pública

José António Silva - Protecção Civil, Caldas da Rainha

José Luíz Silva - Comunicação Social, Caldas da Rainha

Lúcia Mota - Vogal do CCS do ACeS Oeste Norte, Enfermeira Especialista, Saúde Pública

Luísa Sardo - Professora, Alcobaça

Maria João Melo - Médica, Saúde Pública, Bombarral e Peniche

Paula Carvalho - Médica, Psiquiatria, Caldas da Rainha

Rogério Cação - Director da Acompanha, Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, Peniche

Luís Sá Lopes - Professor, Caldas da Rainha

Teresa Manteigas - Enfermeira Especialista, Saúde Mental, Caldas da Rainha

Secretariado

Teresa Paula

Unidade de Saúde Pública Zé Povinho

Rua dos Silos, s/n. 2500-256 Caldas da Rainha

Telef.: +351 262 870 190. Fax: +351 262 870 191

Correio electrónico: usp.oestenorte@arslvt.min-saude.pt

Este documento também está disponível online em:

www.saudepublicaoestenorte.wordpress.com

ÍNDICE

	página
Índice de quadros	iii
Índice de figuras	iv
Lista de siglas	v
Agradecimentos	vi
Notas prévias	1
Directora Executiva interina do ACeS Oeste Norte	1
Presidente cessante do Conselho da Comunidade do ACeS Oeste Norte e Vereadora do Pelouro da Saúde da Câmara Municipal de Peniche	2
Coordenador da Unidade de Saúde Pública	3
Perfil de Saúde da Região Oeste Norte	5
Elaboração do Plano Local de Saúde	11
Programas e Projectos	17
Programa 1: VIH/SIDA	18
Projecto 1.1: Unidades de rastreio/teste rápido de VIH	20
Projecto 1.2: VIH/SIDA - intervenção junto de populações vulneráveis	23
Programa 2: Saúde Mental - Equipas multidisciplinares de intervenção precoce ..	27
Programa 3: Estilos de Vida	34
Projecto 3.1: Sensibilização e formação dos profissionais de saúde e utentes com Diabetes Mellitus	36
Projecto 3.2: Identificação precoce de factores de risco para Diabetes Mellitus e Doenças Cérebro-Cardiovasculares	40
Programa 4: Educação para a saúde em meio escolar “Movimento Escola/Cidade dos Afectos”	44
Bibliografia	49
Anexos	A
Anexo A1: Lista completa das intervenções propostas inicialmente e pontuação média final	A1

ÍNDICE DE QUADROS

	página
Quadro 1. Lista de colaboradores de acordo com área de conhecimento e respectiva instituição	12
Quadro 2. Lista de problemas, fundamentação e possíveis causas	13
Quadro 3. Exemplos de intervenções propostas para o problema VIH/SIDA	14
Quadro 4. Exemplo de pontuação por critério e total das intervenções propostas para o problema VIH/SIDA	16
Quadro 5. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o projecto 1.1: Unidades de rastreio/teste rápido de VIH/SIDA	21
Quadro 6. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o projecto 1.2: VIH/SIDA – Intervenção junto de populações vulneráveis	25
Quadro 7. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o programa 2: Saúde Mental – Equipas multidisciplinares de intervenção precoce	30
Quadro 8. Sinopse de funções das Equipas multidisciplinares de intervenção precoce em Saúde Mental	33
Quadro 9. 3.1: Sensibilização e formação dos profissionais de saúde e utentes com Diabetes Mellitus	39
Quadro 10. 3.2: Identificação precoce de factores de risco para Diabetes Mellitus e Doenças Cérebro-Cardiovasculares	42
Quadro 11. Indicadores e metas para o programa 4: Educação para a Saúde em Meio Escolar “Movimento Escola/Cidade dos Afectos”	48

ÍNDICE DE FIGURAS

	página
Figura 1. Região Oeste Norte, população e densidade populacional por concelho. Fonte: INE, 2013	5
Figura 2. Pirâmides etárias da Região Oeste Norte em 1960 e 2011. Fonte: INE, 2013	6
Figura 3. Taxa de mortalidade por Doenças Cérebro-Vasculares (esquerda) e Diabetes (direita) entre 2000 e 2010 padronizada por idade e por género, no Oeste Norte e em Portugal	7
Figura 4. Proporção de utentes dos Cuidados de Saúde Primários com registo de problemas selecionados no ACeS Oeste Norte e na Região de Lisboa e Vale do Tejo	9
Figura 5. Prevalência de casos acumulados de SIDA, CRS e Portadores Assintomáticos, 2012	9
Figura 6. Estrutura das equipas dinamizadoras e equipas locais do programa 2: Saúde Mental	32

LISTA DE SIGLAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ADR	Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação
APDP	Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CCS	Conselho Clínico e de Saúde
CHO	Centro Hospitalar do Oeste
CMP	Câmara Municipal de Peniche
CRS	Complexo Relacionado com a SIDA
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DALY	Disability Adjusted Life Years
DCV	Doenças Cérebro-Cardiovasculares
DE	Directora Executiva
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDA	Equipa Dinamizadora Alargada
ELIPSM	Equipas Locais de Intervenção Precoce em Saúde Mental
EMIPSM	Equipas Multidisciplinares de Intervenção Precoce em Saúde Mental
ET	Equipas de Tratamento
ETEO	Escola Técnica Empresarial do Oeste
FR	Factores de Risco
GHQ	General Health Questionnaire
GNR	Guarda Nacional Republicana
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IV	Intravenosas
MF	Médico de Família
NAITHES	Novas Abordagens Integradas Transversais e Horizontais de Educação Sexual
ON	Oeste Norte
ONG	Organizações Não Governamentais
PES	Projecto de Educação para a Saúde
PISPM	Programa de Intervenção Precoce em Saúde Mental
PLS	Plano Local de Saúde
PNCDT	Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências
PS	Perfil de Saúde
PSP	Polícia de Segurança Pública
PTS	Programa de Troca de Seringas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMT	Serviços de Medicina do Trabalho
SPC	Serviços de Protecção Civil
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Serviços Sociais
TS	Trabalhadores/as do Sexo
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCFD	Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
USF	Unidades de Saúde Familiares
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

AGRADECIMENTOS

Os autores deste trabalho agradecem a todos os que se envolveram na construção deste projecto, em especial a Conceição Camacho, Fernando Guerreiro, Anabela Santos, Ana Maria Rodrigues, José António Silva, Clara Abrantes e António Lopes aquando da elaboração do Perfil de Saúde da Região Oeste Norte.

Ao Professor Doutor António Tavares, Delegado de Saúde Regional de Lisboa e Vale do Tejo, um reconhecimento particular pelos seus ensinamentos na concepção do Plano Local de Saúde e a todos os Delegados de Saúde Coordenadores dos ACeS da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, um agradecimento especial pela constante troca de experiências.

NOTAS PRÉVIAS

DIRECTORA EXECUTIVA INTERINA DO ACES OESTE NORTE

As Doenças Não Transmissíveis são actualmente responsáveis pela maior parte do peso que a doença representa nos países desenvolvidos, em termos de morbilidade, mortalidade, anos de vida perdidos e despesa para os Serviços de Saúde.

As Doenças Cardiovasculares, a Diabetes, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, o Cancro e as Doenças Neuropsiquiátricas estão identificadas como as mais importantes e, todas elas, estão largamente dependentes de comportamentos e estilos de vida que se inter-relacionam directamente com determinantes sociais, económicas, educacionais e ambientais.

O tabagismo, o consumo prejudicial de álcool, os erros alimentares e a inactividade física são os factores de risco modificáveis que têm uma responsabilidade partilhada na ocorrência daquelas doenças.

A existência de factores de risco comuns no desenvolvimento de diversas doenças tem a vantagem eventual de que a intervenção, mesmo quando dirigida a apenas um daqueles factores, poderá ter um efeito sinérgico sobre todas elas.

A incidência destas doenças tem tido um aumento desproporcionado entre os grupos populacionais mais desfavorecidos contribuindo para aumentar a desigualdade em saúde. Estas doenças e os seus factores de risco estão intimamente relacionados com a pobreza e contribuem para a sua manutenção.

Ao longo da vida, as desigualdades no acesso à protecção, exposição ao risco e acesso aos Cuidados de Saúde constituem as causas fundamentais das principais desigualdades na incidência e no resultado das Doenças Não Transmissíveis.

O mesmo é verdade também para algumas Doenças Transmissíveis, como o VIH que neste momento é considerada uma doença crónica cujos factores de risco são essencialmente comportamentais.

Tendo em consideração que a probabilidade de ocorrência daquelas doenças depende, fundamentalmente, de comportamentos e estilos de vida e suas determinantes socioculturais e económicas, é fácil concluir que a sua prevenção só será possível através de uma intervenção de base familiar e comunitária, com o propósito de diminuir a exposição aos factores de risco modificáveis e seus determinantes, particularmente nos grupos populacionais mais desfavorecidos. Pretende-se, assim, fortalecer a capacidade de fazer escolhas mais saudáveis em termos de padrões e estilos de vida.

Esta responsabilidade pela saúde atribuída aos indivíduos, comunidade e serviços de saúde e a diminuição das desigualdades é um desafio para todos, podendo contribuir para o reforço da

cidadania e para a mudança de paradigma de funcionamento das diferentes instituições comprometidas com os resultados e ganhos em saúde.

A metodologia utilizada pela Unidade de Saúde Pública no estudo do Perfil de Saúde da população residente no ACeS e no desenho do Plano Local de Saúde (ao envolver vários parceiros da comunidade atribuindo-lhes responsabilidades partilhadas na gestão dos projectos considerados prioritários), vem de encontro às necessidades aqui expressas.

Sem a participação da comunidade através das suas várias instituições representativas, sem o seu envolvimento activo, um conhecimento mais esclarecido das populações, não é possível ultrapassar o desafio colocado.

A Directora Executiva interina e o Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Oeste Norte congratulam-se com o excelente trabalho desenvolvido pela Unidade de Saúde Pública.

Caber-nos-á agora ser os principais agentes motivadores e facilitadores da concretização dos objectivos do Plano Local de Saúde.

Ana Maria Pisco

PRESIDENTE CESSANTE DO CONSELHO DA COMUNIDADE E VEREADORA DO PELOURO DA SAÚDE DA CÂMARA MUNICIPAL DE PENICHE

O Planeamento em Saúde é de extrema importância, pois, se por um lado permite um diagnóstico das necessidades reais e sentidas de saúde e a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados na redução/minimização dos problemas de saúde considerados como prioritários, por outro permite a co-responsabilização dos vários sectores socioeconómicos em todas as fases de planeamento.

No mandato que detive, como Presidente do Conselho da Comunidade, de Fevereiro de 2010 a Março de 2014, congratulo-me de ter integrado o Conselho Executivo do ACeS Oeste Norte, que entendeu como prioritário a elaboração do Plano Local de Saúde 2011/2013, dando corpo à sua elaboração através da coordenação da Unidade de Saúde Pública deste ACeS. A elaboração do anterior Plano de Saúde 2011/2013 contou, sobretudo, com a envolvimento dos profissionais de saúde. Porém, na sua execução contou com a envolvimento da comunidade, através do Conselho da Comunidade, mas também dos vários concelhos que integram o ACeS Oeste Norte, com a mobilização dos vários sectores que compõem os Conselhos Locais de Acção Social e as respectivas Câmaras Municipais. Foi um passo importante para a sensibilização e compreensão da responsabilidade da comunidade na saúde das suas populações, facilitando a construção do Plano Local de Saúde 2014/2016 com a participação de vários sectores da comunidade, já na fase de diagnóstico.

Nunca é demais reforçar a importância deste instrumento de planeamento para a melhoria do nível de saúde da população de área da abrangência do ACeS Oeste Norte. No entanto, saliente que o seu sucesso depende, também, da cooperação articulada dos vários sectores que compõem a comunidade. Para tal, as estratégias poderão passar por um compromisso concelhio na elaboração de Planos Integrados de Saúde Concelhios, os quais devem convergir para o alcançar dos objectivos do Plano Local de Saúde 2014/2016, onde o Conselho da Comunidade, as Câmaras Municipais e os Conselhos Locais de Acção Social terão também um papel crucial.

Clara Abrantes

COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

O Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte, para o triénio 2014/2016, contou com a participação dos profissionais de saúde de todas as Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte (ACeS ON) e de diversos Parceiros da Comunidade, tendo sido amplamente discutido e participado. Contou, também, com a colaboração e participação do Conselho da Comunidade, da Directora Executiva e do Conselho Clínico e de Saúde. Foi um trabalho alicerçado numa lógica de trabalho multidisciplinar, intersectorial e interinstitucional, e atendeu a certos factores, nomeadamente aos seus recursos humanos, factores sócio-demográficos, culturais e geográficos.

As estratégias que serviram de base a todo o processo de construção do Plano Local de Saúde do ACeS Oeste Norte assentaram na definição, a nível local, de intervenções em espaços e grupos populacionais prioritários, privilegiando a promoção da saúde e detecção precoce da doença, a inovação das intervenções, a capacitação de recursos e a potenciação da articulação institucional. A promoção das boas práticas clínicas e da acção comunitária foram também relevantes em todo este processo.

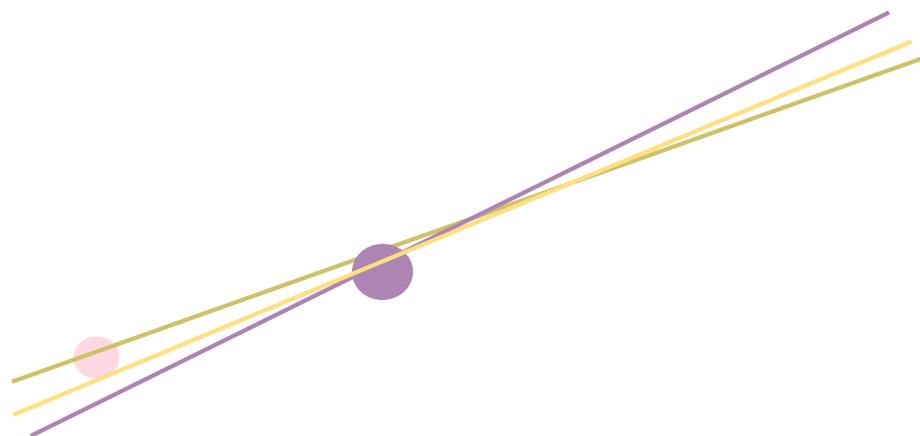
Os programas e projectos contidos neste plano foram seleccionados tendo em linha de conta o Perfil de Saúde do ACeS Oeste Norte, recentemente elaborado, e a opinião de um grupo de peritos composto por profissionais de instituições directa e indirectamente relacionadas com a saúde, garantindo, logo à partida, uma forte e consistente participação comunitária. Foram sujeitos a uma ampla discussão e consenso das respectivas equipas de gestão dos programas e de coordenação de projectos e tiveram em conta as orientações contidas nos Planos de Saúde Nacional e Regional.

Cada programa é tutelado por um gestor que será responsável pela sua monitorização e respectiva avaliação (contando com coordenadores específicos para os diferentes projectos), cabendo à Unidade de Saúde Pública a responsabilidade da gestão global e organização de todo o plano.

Independentemente da avaliação específica estabelecida para cada um dos programas e projectos, ficou acordado proceder a avaliações anuais do plano, em reuniões com a Equipa Consultiva do Plano, os Gestores e Coordenadores dos programas e projectos, o Conselho Clínico e de Saúde e a Directora Executiva, com elaboração de relatório.

A primeira etapa – a participação e o envolvimento por parte de todas as Unidades de Saúde e Parceiros da Comunidade - já é uma realidade. E para que aquilo em que verdadeiramente acreditamos se possa tornar realidade, firmamos a nossa vontade na garantia de que todos faremos o melhor para honrar os compromissos assumidos.

Jorge Sousa Nunes



PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE NORTE

O Perfil de Saúde da Região Oeste Norte, elaborado durante o ano de 2013 por uma equipa de cinco elementos da USP (dois médicos de saúde pública – Jorge Nunes e Inês Campos Matos, uma enfermeira de saúde comunitária – Fátima Neves e duas técnicas de saúde ambiental – Ana Maria Rodrigues e Anabela Santos) pretendeu, de uma forma rápida e abrangente, dar uma visão do estado de saúde da região. Este perfil foi concebido como uma ferramenta de base para a construção do presente Plano Local de Saúde. Segue-se um resumo deste documento (Inês Campos Matos, 2013).

DEMOGRAFIA

A Região ON inclui os concelhos de Alcobaca, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche (Figura 1). Viviam na região 176.281 pessoas à data dos Censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

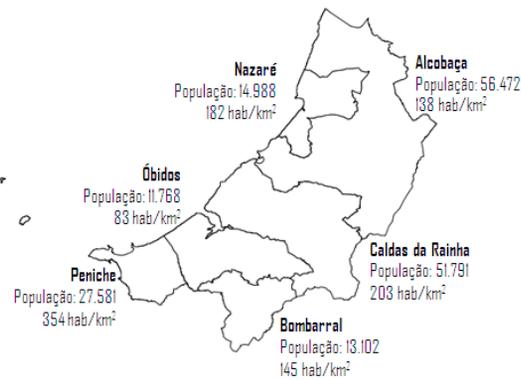


Figura 1. Região Oeste Norte, população e densidade populacional por concelho.
Fonte: INE, 2013

A estrutura etária da população da Região Oeste Norte modificou-se consideravelmente nos últimos 50 anos. A Figura 2 mostra a pirâmide etária dos residentes na região em 1960 e 2011. O número de nascimentos decresceu para quase metade, a população envelheceu consideravelmente e os grupos etários com mais representação passaram dos com menos de 20 anos para o grupo entre os 30 e os 50 anos. A par destas alterações, existe agora um número consideravelmente maior de habitantes com mais de 70 anos.

Não surpreendentemente e em consonância com tendências nacionais, a esperança média de vida aumentou na Região Oeste Norte nos últimos anos, tendo atingido os 79 anos à nascença, no triénio 2009-2011.

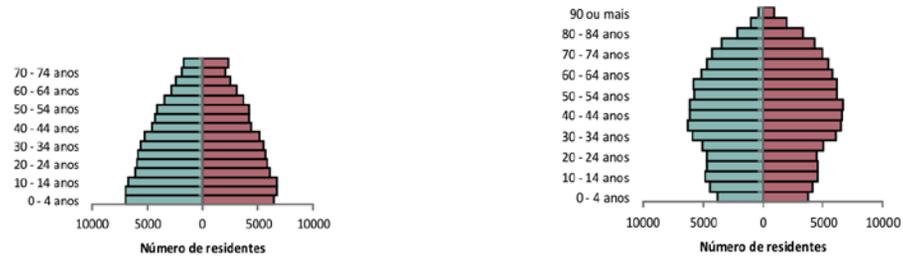


Figura 2. Pirâmides etárias da Região Oeste Norte em 1960 e 2011. Fonte: INE, 2013

CONDIÇÕES DE VIDA

No que diz respeito às condições de vida, cerca de 12% da população em idade activa estava desempregada em 2011 (uma duplicação da taxa de desemprego desde 2001). Por outro lado, a proporção da população com ensino superior mais que duplicou (de 4,5% para 11,9%) e a proporção da população com 10 e mais anos que não sabe ler nem escrever diminuiu (de cerca de 10% para 6%). É ainda de notar que, se em Portugal a média do ganho mensal era superior a 1.000 € em 2009, em nenhum dos seis concelhos da Região ON este valor era superior a 901 €.

COMPORTAMENTOS DE RISCO

A informação disponível sobre comportamentos de risco na Região ON é escassa. Sabemos que, em comparação com estudos nacionais, parece existirem mais adolescentes nesta região (tanto no 3º ciclo como no secundário) que consomem bebidas alcoólicas regularmente. Verifica-se ainda um aumento expressivo no número de utentes dos Cuidados Primários de Saúde com registo de abuso crónico do álcool entre 2008 e 2012. O hábito de fumar também aumentou, mas de forma muito menos acentuada. É de notar, no entanto, que esta informação provém de registos médicos, que podem não ser os mais fiáveis para avaliar correctamente um problema de saúde na população.

Existem várias fontes de dados sobre obesidade e excesso de peso na Região Oeste Norte. Também de acordo com os registos médicos do ACeS, menos de 6% dos utentes têm obesidade e/ou excesso de peso. No entanto, rastreios populacionais feitos pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Alcobaça detectaram uma prevalência de obesidade e excesso

de peso de 31,9% e 46,1%, respectivamente. Num estudo recente junto dos profissionais de saúde do ACeS Oeste Norte, constatou-se que 18% têm obesidade e 43% excesso de peso.

MORTALIDADE

A mortalidade geral (por todas as causas), padronizada para a idade, tem vindo a decrescer e tem sido, desde 2000, sempre superior na Região ON quando comparada com Portugal. Já a mortalidade por Diabetes e por Doenças Cérebro-Vasculares (padronizada para a idade e para o género) tem-se mantido quase sempre superior ao valor nacional. A mortalidade por Suicídio sofreu um grande aumento na Região ON de 2009 para 2010, tendo-se mantido superior ao valor nacional desde então.

A mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e por Tumores Malignos também tem sido superior na Região ON. No entanto, estes dados não se referem a taxas padronizadas, pelo que podem reflectir apenas uma distribuição etária diferente (mais envelhecida).

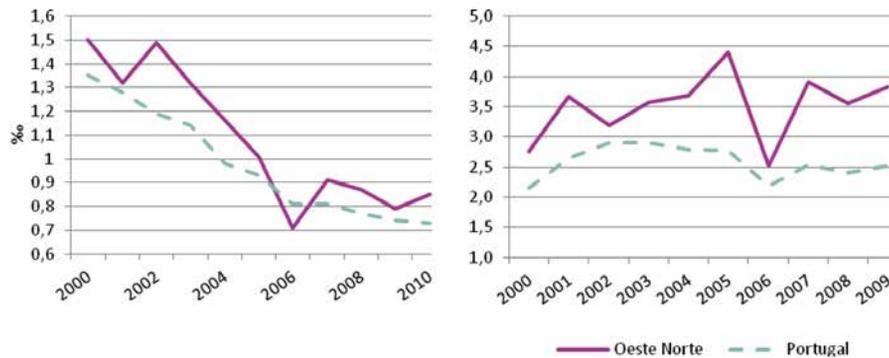


Figura 3. Taxa de mortalidade por Doenças Cérebro-Vasculares (esquerda) e por Diabetes (direita) entre 2000 e 2010 padronizada por idade e por género, na Região Oeste Norte e em Portugal.

REGISTOS CLÍNICOS

Os registos dos Cuidados de Saúde Primários mostram que, em comparação com a população da Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), a Hipertensão Arterial é o problema que mais se destaca: existe uma proporção quase 3% maior no ACeS Oeste Norte. Existe também uma maior proporção de utentes neste ACeS com Alterações do Metabolismo dos Lípidos, Diabetes, Perturbações Depressivas e Distúrbios Ansiosos. Já para os restantes problemas de

saúde apresentados na Figura 3, a proporção no Oeste Norte é muito semelhante à da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Entre 2008 e 2012, cerca de 10% dos internamentos na Unidade Hospitalar de Caldas da Rainha foram de doentes com Diabetes Mellitus (independentemente do motivo de internamento). Já a proporção de doentes com Hipertensão Arterial internados nesta unidade hospitalar subiu de 15,5% para cerca de 21% entre estes anos. A proporção de doentes com Insuficiência Renal Crónica internados nesta unidade teve um aumento importante de 1,3% para 4,5% entre 2008 e 2012. No que diz respeito à Insuficiência Cardíaca Crónica, este número também sofreu um aumento importante, de 3,6% para quase 6%. Já a proporção de doentes com Obesidade manteve-se relativamente constante neste período de tempo.

SAÚDE MENTAL

Num estudo efectuado entre 2009 e 2012, no concelho das Caldas da Rainha, constituído por uma amostra de 424 utentes inscritos no ACeS, com aplicação do questionário *General Health Questionnaire* – versão GHQ-28, pretendeu-se conhecer a realidade comunitária desse concelho por referência à Saúde Mental e Bem-Estar Subjectivo. Os principais resultados podem resumir-se da seguinte forma:

1. Um em cada três participantes tinha mal-estar significativo, sugestivo de patologia psiquiátrica;
2. As dimensões “disfunção social”, “ansiedade e insónia” e “sintomas somáticos” foram as que obtiveram pontuações médias mais elevadas;
3. As mulheres apresentavam pior Saúde Mental, sobretudo as de baixa escolaridade;
4. Constatou-se existir uma relação entre Saúde Mental e acontecimentos de vida (perante a conjuntura económica desfavorável, o desemprego e a pobreza).

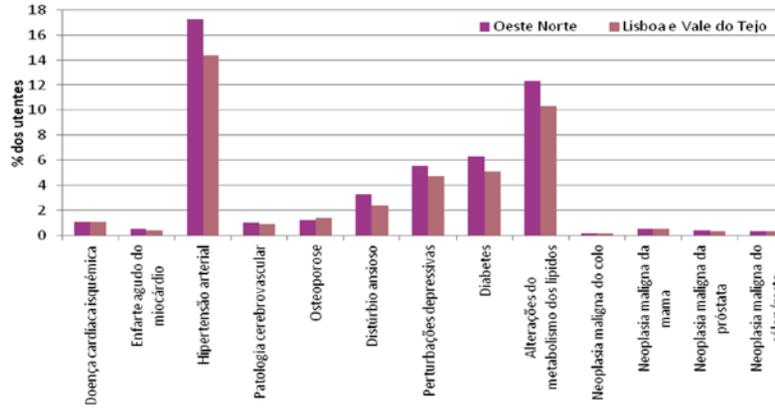


Figura 4. Proporção de utentes dos Cuidados de Saúde Primários com registo de problemas seleccionados no ACeS Oeste Norte e na Região de Lisboa e Vale do Tejo

VIH/SIDA

Os casos acumulados de infecção por VIH até 2012, na Região Oeste Norte, totalizam uma prevalência de 2.6 casos por cada 1000 habitantes, um número inferior à prevalência nacional de 3.9. No entanto, o concelho de Peniche com uma prevalência de 5.3 ultrapassa largamente o valor nacional.

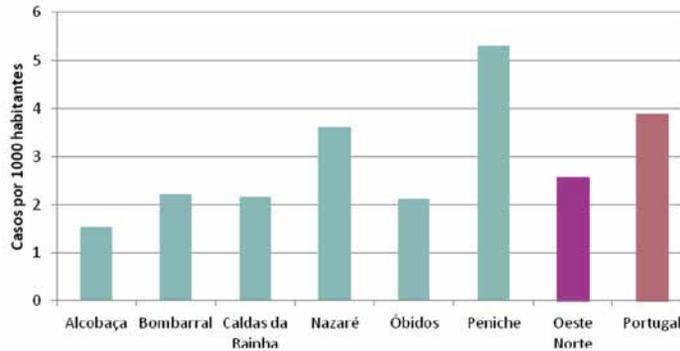


Figura 5. Prevalência de casos acumulados de SIDA, CRS e Portadores Assintomáticos, 2012

INFORMAÇÃO RELATIVA AO RESUMO COMPARATIVO DA PÁGINA ANTERIOR:

Os mínimos, máximos e percentis 25 e 75 referem-se a todas as regiões NUTS III. O valor para Portugal refere-se a todo o território nacional, excepto quando indicado o contrário. Todos os valores se referem ao ano de 2011, excepto quando indicado o contrário. Todos os dados foram retirados da página electrónica do Instituto Nacional de Estatística.

Notas: (a) Dados referentes à Região Oeste e não Oeste Norte. (b) dados referentes a 2009. (c) o valor do ganho médio mensal para o Oeste Norte é a média do ganho médio mensal em cada um dos seis concelhos. (d) valores de referência para Portugal Continental. (e) dados referentes a 2012 (assumiu-se a base populacional de 2011). (f) dados referentes a 2007. (g) dados referentes a 2010. (h) média da taxa de abstenção dos seis concelhos. (i) dados referentes ao triénio 2009-2011. AR: Assembleia da República.



ELABORAÇÃO DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

O PLS é um documento que pretende definir o que a comunidade, em conjunto, quer e pode fazer para melhorar a saúde da população da Região Oeste Norte durante o triénio 2014/2016. Procurou-se, assim, elaborá-lo com a colaboração de vários intervenientes na vida comunitária desta região, nas mais variadas áreas. Pretendeu-se que estes parceiros, para além de contribuírem no processo de selecção das áreas de acção prioritárias, contribuíssem também para a elaboração e execução das intervenções seleccionadas, no contexto das instituições nas quais trabalham.

Assim sendo, o PLS define as áreas em que se pretende intervir, que intervenções se pretendem fazer, quem e com que funções cada um contribuirá para cada intervenção e quais as metas que se pretendem atingir.

COLABORADORES DO PLANO LOCAL DE SAÚDE

A criação de um grupo heterogéneo e multidisciplinar de indivíduos que participam activamente na vida comunitária da Região ON teve como objectivo juntar diversas visões de “peritos” de várias áreas.

Este conjunto de especialistas procurou representar, da forma mais abrangente possível, as diferentes áreas da comunidade. Evidentemente, por questões práticas, é muito difícil (se não impossível) ter uma representação exaustiva, pelo que algumas áreas são negligenciadas nesta representação. No entanto, a necessidade de manter um tamanho do grupo de peritos que permitisse o contributo de todos e uma interacção produtiva, obrigou ao sacrifício de algumas áreas. O quadro 1 apresenta a constituição deste grupo.

Quadro 1. Lista de colaboradores de acordo com área de conhecimento e respectiva instituição

ÁREA	PERITO	INSTITUIÇÃO
Saúde	Ana Maria Pisco	ACeS ON
	Paula Carvalho	CHO (Caldas da Rainha)
	Maria João Melo	ACeS ON (Bombarral/Peniche)
	Teresa Manteigas	ACeS ON (Caldas da Rainha)
Administração e Segurança	José António Silva	Protecção Civil (Caldas da Rainha)
	Luis Lima Reis	GNR (Peniche)
	António Lopes	GNR (Caldas da Rainha)
Municípios	Clara Abrantes	Presidente cessante do Conselho da Comunidade e Vereadora do Pelouro da Saúde (Câmara Municipal de Peniche)
Comunicação Social	José Luiz Silva	Jornal Gazeta das Caldas (Caldas da Rainha)
Educação	Luísa Sardo	Agrupamento de Escolas de S. Martinho do Porto (Alcobaça)
	Luis Sá Lopes	ETEO (Caldas da Rainha)
Apoio Social	Ana Castro	Segurança Social (Caldas da Rainha)
	Rogério Cação	Acompanha - Cooperativa de Solidariedade Social (Peniche)
	Cecília Neto	Socióloga (Caldas da Rainha)
Ambiente	Carlos Castro	Delegação Regional do Ambiente (Caldas da Rainha)

METODOLOGIA DE PRIORIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Processos de consensualização nem sempre são fáceis de concretizar. O PLS exigia que um grupo de quinze pessoas, com experiências e perspectivas sobre a saúde muito diferentes chegassem a um consenso sobre onde iriam ser alocados os recursos – limitados – da comunidade. Assim, escolheu-se utilizar uma metodologia intitulada “*multi-criteria decision analysis*”, ou “análise de decisão com múltiplos critérios”, utilizada noutros contextos para a priorização de intervenções em saúde. Esta metodologia tem por objectivo chegar a uma lista final de intervenções, ordenadas por grau de prioridade, e é ideal para consensualizar opiniões diversas.

Assim, depois de ser feito um convite de colaboração no PLS a cada um dos peritos enunciados, o Perfil de Saúde foi apresentado a todos e foi construída a lista de problemas com a sua fundamentação e hipóteses causais (Quadro 2).

Quadro 2. Lista de problemas, fundamentação e possíveis causas

1. VIH/SIDA

Fundamentação: Taxa de prevalência muito elevada no concelho de Peniche.

Comportamentos de risco mais frequentes?

Falta de rastreio precoce?

Problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde?

2. Consumo excessivo de bebidas alcoólicas e substâncias aditivas nos jovens

Fundamentação: Estudos locais recentes indicam que um grande número de jovens consomem bebidas alcoólicas regularmente.

Percepção de peritos.

Falta de informação/conhecimento por parte dos jovens e/ou escolas/pais?

Demasiada acessibilidade na aquisição de bebidas alcoólicas?

3. Diabetes

Fundamentação: Taxa de mortalidade na região mais elevada que a nacional, nos últimos anos. Percentagem de diabéticos com retinopatia muito acima da média nacional.

Comportamentos de risco mais frequentes?

Diagnóstico tardio?

Qualidade não satisfatória dos cuidados prestados?

4. Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Fundamentação: Taxa de mortalidade na região mais elevada que a nacional nos últimos anos.

Comportamentos de risco mais frequentes?

Questões relacionadas com prevenção em pessoas com risco aumentado?

5. Saúde Mental

Fundamentação: Taxa de mortalidade por suicídios superior à taxa nacional.

Estudo local recente aponta para risco elevado de perturbações mentais.

Número de registos clínicos a aumentar nos últimos cinco anos.

"Apenas" o contexto socio-económico actual?

Falta de recursos humanos?

Necessidade de estudar novas estratégias de intervenção?

Isolamento dos idosos?

6. Insuficiência Renal Crónica

Fundamentação: Maior proporção de doentes internados que sofrem de Insuficiência Renal Crónica.

Comportamentos de risco mais frequentes?

Qualidade insuficiente no acompanhamento de indivíduos com risco aumentado?

Falta de recursos humanos (Nefrologistas/Médicos de Família, outros técnicos)?

7. Acidentes de viação

Fundamentação: Taxa elevada de acidentes de viação com vítimas, na região.

Problemas a nível de infra-estruturas da rede viária?

Factores comportamentais?

8. Higiene urbana

Fundamentação: Percepção de perigos.

9. Práticas agrícolas com risco para a saúde humana

Fundamentação: Percepção de perigos.

À construção da lista de problemas seguiu-se uma reunião presencial na qual foram discutidas possíveis intervenções para enfrentar os problemas seleccionados. O anexo A1 enumera todas as intervenções propostas.

Quadro 3. Exemplo de intervenções propostas para o problema VIH/SIDA

P1: VIH/SIDA

1.1. Implementação de centros de rastreio/teste rápido de VIH, com a colaboração de diversas instituições na divulgação da actividade, aproveitando a oportunidade para formação e distribuição de material informativo e outro (preservativo, seringa...).

1.2. Programa de informação/sensibilização de grupos de risco (todos os que vão fazer o teste VIH, entre outros), incluindo distribuição de material informativo e outro.

1.3. Programa de informação/sensibilização nas escolas, incluindo distribuição de material informativo e outro.

1.4. Campanhas de informação/sensibilização da população em geral, incluindo distribuição de material informativo e outro.

1.5. Programa de intervenção junto de grupos de risco, incluindo campanha de formação e distribuição de material informativo e outro.

Para além da enumeração de possíveis intervenções, foi ainda feito um *brainstorming* a fim de definir critérios de valorização e respectivos factores de ponderação para a valorização de cada intervenção. Os critérios definidos, a sua explicação e os respectivos factores de ponderação acordados por todos foram os seguintes:

- 1. Evidência sobre a existência do problema. Ponderação: 0,1.**
Responde à questão “Temos a certeza que este problema existe mesmo?”.
Questiona-se o conhecimento que existe sobre o problema. Assim, problemas que estão documentados por fontes fiáveis (como o número de pessoas infectadas com VIH) têm uma evidência elevada, enquanto problemas que surgem como a percepção relativa individual terão uma evidência baixa.
- 2. Impacto do problema. Ponderação: 0,25.**
Responde à questão “Qual o peso do problema na população?”.
Refere-se à gravidade do problema em termos subjectivos. Como exemplo, podemos considerar que a infecção por VIH é um problema mais grave que uma toxi-infecção alimentar (uma “vulgar” gastroenterite).
- 3. Abrangência do problema. Ponderação: 0,2.**
Responde à questão “Quantas pessoas são afectadas por este problema?”.
Terá um valor tanto maior quanto maior for a proporção da população que é afectada pelo problema em causa.
- 4. Recursos disponíveis para a intervenção. Ponderação: 0,1.**
Responde à questão “Quais os recursos disponíveis (como financeiros, humanos ou materiais?)”.
Quando já existem recursos que facilmente se organizam para levar a cabo uma determinada intervenção a pontuação será mais alta.
- 5. Eficácia da Intervenção. Ponderação: 0,2.**
Responde à questão “A intervenção terá resultados?”.
Intervenções cujo resultado seja incerto terão uma pontuação menor. Por oposição, intervenções para as quais há a certeza que funcionarão terão uma pontuação maior.
- 6. Custos da intervenção. Ponderação: 0,15.**
Responde à questão “Quais os custos da intervenção?”.
Quanto mais altos os custos de uma intervenção, mais baixa será a pontuação e vice-versa.

Com as intervenções propostas e os critérios definidos, foi construída uma matriz que serviu de base para a pontuação que cada colaborador atribuiu individualmente. O quadro 4 mostra uma parte da matriz (para as intervenções propostas para o problema de VIH/SIDA) e a pontuação média atribuída pelos colaboradores.

Quadro 4. Exemplo de pontuação por critério e total das intervenções propostas para o problema VIH/SIDA

	Critérios relacionados com o problema			Critérios relacionados com a intervenção			Pontuação total
	Evidência	Impacto	Abrangência	Recursos	Eficácia	Custos	
P1: VIH/SIDA	0,1	0,25	0,2	0,1	0,2	0,15	
1.1. Implementação de centros de rastreio/ teste rápido de VIH	7,7	8,7	8,3	7,5	8,3	6,3	8,0
1.2. Programa de informação/ sensibilização grupos de risco	7,2	8,2	8,0	7,0	7,2	6,5	7,5
1.3. Programa de informação/ sensibilização nas escolas	6,8	7,0	7,5	6,2	6,7	6,2	6,8
1.4. Campanhas de informação/ sensibilização da população em geral	7,0	6,8	7,0	4,7	5,7	5,3	6,2
1.5. Programa de intervenção junto de grupos de risco	7,7	8,7	8,3	7,2	7,8	5,7	7,7

Neste caso, a intervenção com a pontuação mais alta (implementação de centros de teste rápido de VIH) seria considerada prioritária sobre as outras. O Anexo 1 inclui a pontuação média total de todas as intervenções propostas.

Assim, a partir das dez intervenções com maior pontuação, foi proposta a estrutura que é apresentada agora no PLS. O Programa de Educação para a Saúde em Meio Escolar foi definido como prioritário por todos os Delegados de Saúde Coordenadores da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

PROGRAMAS E PROJECTOS

PROGRAMA 1: VIH/SIDA

GESTÃO DO PROGRAMA

António Romão - Médico, Medicina Geral e Familiar

Maria João Melo - Médica, Saúde Pública

ENQUADRAMENTO

A infecção por VIH e a SIDA representam sempre um fardo elevado, tanto para o indivíduo, como para a população e o seu sistema de saúde. Portugal mantém uma incidência elevada de infecção por VIH quando comparada com os restantes países da União Europeia (ECDC, 2013). Na Região ON, tanto a incidência de infecção por VIH como a prevalência de VIH/SIDA têm sido geralmente mais baixas que a nacional nas duas últimas décadas (Campos Matos, 2011). Destaca-se, no entanto, a situação do concelho de Peniche, que tem uma prevalência de infecção por VIH e de SIDA de 5.3 casos por 1000 habitantes, muito diferente dos 3.9 nacionais.

Deparamo-nos então com duas questões, aparentemente opostas: uma elevada prevalência no concelho de Peniche e baixa prevalência no resto da Região ON. Apesar de problemas opostos, as soluções propostas adaptam-se a toda a região.

Para começar, é gritante a inexistência de estruturas para teste rápido de VIH na região. Com excepção do concelho de Peniche, não existe, no ACeS ON, um local onde um indivíduo se possa dirigir e realizar, anonimamente, um teste rápido de VIH. A existência destas estruturas faz sentido tanto num local com alta prevalência da infecção (onde qualquer indivíduo terá uma maior probabilidade de ser infectado), como num local com baixa prevalência (que poderá não ser mais do que artificialmente baixa por falta de diagnóstico).

Não é, no entanto, possível alterar o perfil da infecção numa população apenas com centros de rastreio. Assim, é proposta também uma intervenção que pretenderá, em última análise, sensibilizar os residentes desta região para a infecção por VIH e, esperamos nós, venha a alterar comportamentos de risco deste grupo populacional.

Pelo exposto, este programa integra dois projectos:

1º Unidades de rastreio/teste rápido de VIH;

2º VIH/SIDA – Intervenção junto de populações vulneráveis.

OBJECTIVO GERAL

Reduzir a taxa de incidência de casos de SIDA, CRS e Portadores Assintomáticos na população do ACeS Oeste Norte.

POPULAÇÃO ALVO

Toda a população do ACeS, com especial relevo para os indivíduos e grupos com comportamentos de risco.

AVALIAÇÃO

Este programa prevê dois tipos de avaliação:

- Uma avaliação contínua, semestral, em reunião com as Equipas Coordenadoras dos projectos respectivos;
- Uma avaliação final, de resultados, anual, com a Equipa de Gestão do Programa e as Equipas Coordenadoras dos dois projectos, com elaboração de relatório.



PROJECTO 1.1: UNIDADES DE RASTREIO/TESTE RÁPIDO DE VIH

EQUIPA COORDENADORA

Sérgio Araújo - Médico, Interno de Medicina Geral e Familiar

Clementina Gomes - Enfermeira Especialista, Saúde Materna e Obstétrica/Mestre em Sexualidade Humana

ENQUADRAMENTO

Em Portugal, e à semelhança do que acontece nos países da União Europeia, estima-se que a proporção de pessoas com um diagnóstico tardio da infecção por VIH continue elevada. Os poucos dados disponíveis, abrangendo já esta década e reportados à data de admissão para seguimento hospitalar, apontam percentagens de diagnósticos tardios superiores a 60%.

Um dos principais motivos para fazer precocemente o teste rápido do VIH é permitir iniciar o tratamento da doença o mais cedo possível, caso o resultado seja positivo. Por outro lado, o conhecimento de estar infectado permite evitar a transmissão da doença a outras pessoas usando comportamentos preventivos, bem como defender-se de ser infectado novamente. É neste sentido que se torna urgente que todas as Unidades de Saúde do ACeS Oeste Norte estejam disponíveis para prestar este serviço. O rastreio de grupos de risco, em locais previamente definidos, permitindo o acesso voluntário, confidencial e gratuito ao teste do VIH e um apoio mais especializado, é um recurso importante a ponderar a breve prazo.

OBJECTIVOS GERAIS

A nível individual: diagnóstico precoce e seguimento adequado do doente;

A nível de Saúde Pública: evitar propagação da infecção VIH.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Implementar, nas Unidades de Saúde do ACeS, a realização de testes rápidos VIH para os utentes que o desejem;

Fornecer/aumentar os conhecimentos sobre infecção VIH/SIDA, sobretudo os relacionados com a prevenção, aos utentes que procuram a consulta de rastreio.

METAS

Conseguir que, no final do programa, todos os seis concelhos do ACeS Oeste Norte tenham implementado projectos consistentes de rastreio (testes rápidos), de acordo com o seguinte calendário: 2014 – Peniche e Nazaré; 2015 – Alcobaça e Bombarral; 2016 – Caldas da Rainha e Óbidos.

POPULAÇÃO ALVO

Embora aberto a toda a população, o rastreio sistemático é dirigido sobretudo a pessoas que apresentem maior vulnerabilidade face à infecção pelo VIH/SIDA: homens que fazem sexo com homens, utilizadores de drogas intravenosas, pessoas em situação de reclusão, minorias étnicas, migrantes e trabalhadores/as do sexo.

PARCEIROS

Todas as Unidades de Saúde do ACeS, Hospitais de referência, Instituições que trabalham na área do VIH/SIDA.

RECURSOS

Médicos de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública, Enfermeiros e pessoal com Funções Administrativas, Parceiros a identificar.

ACTIVIDADES DO PROJECTO

Quadro 5. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o projecto 1.1:
Unidades de rastreio/teste rápido de VIH

Actividade	Quem	Como	Quando	Avaliação	Metas
Formação de médicos e enfermeiros e outros técnicos	USP e Centro Saúde da Lapa	Consultas no CS da Lapa, sessões teóricas	Primeiros semestres	Número de médicos, enfermeiros e outros técnicos com formação/número total de médicos, enfermeiros e outros técnicos	Que seja dada formação a pelo menos um médico e um enfermeiro por centro de consulta

Elaboração de manual de procedimentos da consulta	USP e Equipa Coordenadora	Redacção de documento com base noutras experiências	2º Semestre de 2014	Manual de procedimentos efectuado	Existência de manual de procedimentos a 30 Novembro 2014
Elaboração de protocolo com hospitais de referência	USP, CCS e DE	Reuniões	2º Semestre 2014	Protocolo elaborado	Existência de protocolo a 30 de Setembro 2014
Elaboração de folheto informativo e outros suportes de informação da consulta	USP e Equipa Coordenadora	Reuniões	1º Semestre 2014	Gabinetes de consultas munidos com suportes de informação adequados	Suportes informativos de apoio à consulta em todos os gabinetes de consulta
Divulgação da consulta nos Serviços de Saúde e Comunicação Social local	USP e Equipa Coordenadora	Distribuição e afixação de folhetos/cartazes nas Unidades Saúde e envio à Comunicação Social para divulgação	Nos primeiros semestres de cada ano	Número de Unidades Saúde com folhetos cartazes afixados / número total de Unidades Saúde; relatório sobre divulgação	2014 – 50%; 2015 – 75%; 2016 – 100% Que no final de cada ano haja, pelo menos, uma divulgação na Comunicação Social por concelho
Equipamento dos gabinetes com o material mínimo necessário a esta consulta	USP e Equipa Coordenadora	Elaboração de listagem de material necessário	Primeiros semestres de cada ano	Verificar cumprimento dos requisitos mínimos em todos os gabinetes	Que no final de cada ano os gabinetes seleccionados estejam devidamente equipados
Consultas VIH: Consulta Pré-teste; Teste VIH; Consulta Pós-teste	Profissionais designados para a consulta	Consulta em gabinete	Ao longo dos três anos, a iniciar em 2014	Elaboração de relatório com os indicadores de avaliação	Realização efectiva
Referenciação dos indivíduos com teste VIH reactivo para consulta dos hospitais referência	Profissionais designados para a consulta	A definir no protocolo e com garantia de confidencialidade e anonimato	Logo que feito o diagnóstico	Número de casos reactivos encaminhados para hospitais/número total de casos reactivos;	100%, Relatório anual elaborado
Rastreo de grupos de risco (teste rápido)	USP, UCC e outros	Em locais a definir pelo CCS, USP e UCC	Sempre que necessário	Número de grupos de risco rastreados/número de solicitações	80%



PROJECTO 1.2: VIH/SIDA - INTERVENÇÃO JUNTO DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

EQUIPA COORDENADORA

Rogério Cação - Director, Acompanha - Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, Peniche

Sandra Pancas - Psicóloga, Acompanha - Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, Peniche

Jorge Nunes - Médico, Saúde Pública

ENQUADRAMENTO

Conforme a Declaração de Dublin (2004) e a Comunicação da Comissão Europeia “Luta contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos países vizinhos, 2009-2013”, as populações que apresentam maior vulnerabilidade face à infecção pelo VIH/SIDA na Europa, incluem homens que fazem sexo com homens, utilizadores de drogas intravenosas, pessoas em situação de reclusão, minorias étnicas, populações migrantes e trabalhadores/as do sexo.

Em Portugal, apesar de o número de casos mais elevados ocorrerem em heterossexuais, a epidemia por VIH é uma epidemia do tipo concentrada, afectando sobretudo as populações mais vulneráveis, o que reserva uma importância redobrada à intervenção junto das populações referidas.

A elevada prevalência de infecções por VIH em determinados concelhos da Região ON (Peniche e, em menor dimensão, Nazaré) chama a atenção para a necessidade de alterar comportamentos de risco que levam a novas infecções. De facto, em Peniche, existe já história de diversas intervenções levadas a cabo por organizações não governamentais que tentam enfrentar este problema. É, no entanto, percepção de quem trabalha neste concelho, que é necessário fazer mais.

Assim, este projecto pretende lançar as bases para uma intervenção prolongada e sustentável que promova uma diminuição dos comportamentos de risco para a infecção por VIH, começando no concelho de Peniche.

O maior número de infecções por VIH, à semelhança dos dados a nível nacional, ocorre em pessoas da categoria “heterossexuais”, tal como registado na notificação obrigatória da infecção. Em segundo lugar está a categoria “toxicodependentes” e em terceiro “homo ou bissexuais” (Campos Matos, I., 2011). A experiência, no terreno, em Peniche faz crer que os principais grupos para quem esta intervenção será prioritária são os trabalhadores/as do sexo e os utilizadores de drogas intravenosas.

Para estes grupos, estudos mostram que intervenções comportamentais aumentam o conhecimento dos trabalhadores do sexo sobre o VIH, embora não esteja provado que diminuam a taxa de incidência de novas infecções (Ota, 2011).

Segundo o estudo PREVIH (2011), os trabalhadores/as sexuais apresentam uma epidemia do tipo concentrada acima dos 5%. Dos 921 participantes neste estudo, conclui-se que 7,2% reportou ser seropositivo, dos quais 6,6% são mulheres, 4,8% homens e 15,4% transexuais.

De acordo com as declarações obtidas no mesmo estudo, a via mais provável de transmissão do VIH foi a sexual.

Importa ainda referir que cerca de 10% dos participantes dizem desconhecer o seu estatuto serológico.

Já para os utilizadores de drogas intravenosas, intervenções psicossociais individuais ou de grupo sobre comportamentos de risco parecem ser eficazes na redução destes comportamentos (Meador, 2010).

Neste sentido aponta o relatório de avaliação externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências (PNCDT 2005 – 2012), que, na categoria de notificações por transmissão do VIH nos utilizadores de drogas, se verifica um acentuado decréscimo entre 2003 e 2010, de 54,2% para 25%.

O referido relatório salienta que o Programa de Troca de Seringas foi das medidas mais efectivas na prevenção do contágio de doenças infecciosas entre os utilizadores de drogas intravenosas. Outra medida destacada foi a implementação do então programa KLOTTHO e adopção da metodologia ADR “Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação”, no âmbito do Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/SIDA junto dos utilizadores de drogas.

Por último, a quase inexistente articulação com a sociedade civil, sector privado, ONG e pessoas que vivem com VIH, em todo o processo de prevenção, educação/informação, comunicação e cuidados de saúde, tem, a nosso ver, levado à falta de efectividade no combate à propagação da infecção.

Entende-se, desta forma, que a cooperação multisectorial potencia a implementação de acções preventivas adaptadas a cada população, permitindo-nos assim aumentar os níveis de eficácia do presente projecto.

OBJECTIVOS GERAIS

Implementar medidas no sentido da melhoria da informação, prevenção, redução de riscos, rastreio e diagnóstico precoce da infecção, através de uma rede de serviços tendo como garantia a articulação que envolva os Parceiros Sociais na Comunidade, as Unidades de Saúde do ACeS e a Rede Hospitalar de Referência.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde;

Aumentar o acesso à informação e meios de prevenção;

Promover intervenções prioritárias junto de grupos populacionais específicos: homens que fazem sexo com homens, utilizadores de drogas intravenosas, pessoas em situação de reclusão, minorias étnicas, migrantes e trabalhadores/as do sexo.

METAS

Conseguir que, no final do programa, todos os seis concelhos do ACeS Oeste Norte tenham projectos consistentes e integrados dirigidos a grupos de maior risco.

POPULAÇÃO ALVO

Pessoas que apresentem maior vulnerabilidade face à infecção pelo VIH/SIDA: homens que fazem sexo com homens, utilizadores de drogas intravenosas, pessoas em situação de reclusão, minorias étnicas, migrantes e trabalhadores/as do sexo.

PARCEIROS

Unidades de Saúde do ACeS, Hospitais de Referência, Acompanha - Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, Peniche, outras parcerias a identificar.

RECURSOS

Profissionais de saúde; profissionais de organizações que trabalham na área da prevenção do VIH/SIDA (Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, Peniche, e outros a identificar); pessoas que contraíram VIH/SIDA.

ACTIVIDADES DO PROJECTO

Quadro 6. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o projecto 1.2:
VIH/SIDA – Intervenção junto de populações vulneráveis

Actividade	Quem	População alvo	Como	Quando	Avaliação	Metas
Criação de uma rede com instituições que pretendam trabalhar nesta área (rede externa)	USP e Equipa Coordenadora	Instituições/ Organizações	Identificação de serviços interessados; reuniões de trabalho	Ao longo do 1º ano	Número de equipas envolvidas em projectos nesta área	Pelo menos duas equipas concelhias em todo o ACeS

Identificação de locais prioritários alvo do projecto (para intervenção)	Equipa Coordenadora	Instituições/ Organizações	Junto da PSP, GNR, Serviços Sociais, Camarários e outros parceiros	Ao longo do 1º ano	Listagem elaborada	75% dos locais identificados devem ser alvo de, pelo menos, uma acção/ano
Ações de formação sobre VIH/SIDA	USP e Equipa Coordenadora	Médicos, enfermeiros e outros técnicos	Reuniões de formação; divulgação de documentação científica	Nos segundos semestres de cada ano	Número de acções realizadas/número de acções programadas	Uma acção/ano
Disponibilização de material preventivo e informativo (diferentes línguas); rastreio ao VIH (aconselhamento pré e pós teste); consultas de planeamento familiar (rastreio a outras IST); consulta de tuberculose	USP e Equipa Coordenadora	Trabalhadores do sexo, utilizadores de drogas intravenosas, migrantes, minorias étnicas e reclusos	Criação de uma rede interna constituída por técnicos de referência nas diferentes Unidades de Saúde	A iniciar no 2º semestre de 2014	Número de Unidades de Saúde onde se implementaram as actividades / número total de Unidades de Saúde do ACeS	50% No final de 2015 80% No final de 2016
Programa Troca de Seringas nos concelhos do ON não abrangidos pelo PTS; encaminhamento para as respectivas Equipas de Tratamento	USP e Equipa Coordenadora	Utilizadores de drogas intravenosas	Criação de uma rede interna constituída por técnicos de referência nos diferentes concelhos; articulação com a rede externa	Ao longo do 1º ano do projecto	Número de concelhos com PTS / número total de concelhos	Implementar o PTS em todos os concelhos até ao final do plano (2016)
Reforço de informação à população: Comunicação Social; Unidades de Saúde e nos locais de trabalho	Equipa Coordenadora, USP, Unidades de Saúde, Saúde Escolar	Trabalhadores do sexo, utilizadores de drogas intravenosas, migrantes, minorias étnicas e reclusos	Utilizar folhetos informativos; nas consultas das Unidades de Saúde; Equipa de Saúde Escolar; SMT em articulação com outros parceiros	Ao longo dos três anos do plano	Número de acções realizadas /número de acções previstas; número de concelhos onde se realizaram as acções/número total de concelhos do ACeS;	50% no 1º ano 60% no 2ºano 75% no 3ºano 33% no 1ºano 66% no 2ºano 100%no 3ºano
Efectuar projecto específico no Dia Mundial da SIDA	Equipas Coordenadora, USP, Parceiros	População em geral	Reuniões com parceiros para elaborar projecto	No dia 1 de Dezembro de cada ano	Relatório de avaliação	Peniche – 2014; Alcobaca – 2015, Caldas Rainha - 2016
Semana Europeia do teste ao VIH	Equipa Coordenadora, USP, Parceiros	Trabalhadores do sexo, utilizadores de drogas IV, migrantes, minorias étnicas e reclusos	Reuniões com parceiros para elaborar projecto	Novembro de cada ano	Número de projectos elaborados e executados/ número de concelhos do ACeS	Um projecto em cada ano do programa

PROGRAMA 2: SAÚDE MENTAL – EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES DE INTERVENÇÃO PRECOCE

GESTÃO DO PROGRAMA

EQUIPA DINAMIZADORA

Fátima Pais - Médica, Saúde Pública

Dina Santos - Técnica Superior, Serviço Social

Teresa Manteigas - Enfermeira Especialista, Saúde Mental

Fernanda Viola - Enfermeira Especialista, Saúde Mental

Renato Martins - Médico, Interno do Internato de Saúde Pública

Jorge Nunes - Médico, Saúde Pública

EQUIPA DINAMIZADORA ALARGADA

António Lopes - Comandante do Posto, GNR, Caldas da Rainha

José António Silva - Delegado Municipal, Protecção Civil, Caldas da Rainha

Representante da PSP

Representante da Segurança Social

Serviço de Psiquiatria do CHO

EQUIPAS LOCAIS DE INTERVENÇÃO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL

(a criar uma equipa por concelho)

ENQUADRAMENTO

A OMS estima que, em 2011, cerca de 10% dos anos de vida corrigidos para a incapacidade (DALYs, *Disability Adjusted Life Years*), na Região Europeia, serão devidos a problemas de Saúde Mental (29). Embora a situação Portuguesa não seja extensivamente conhecida, estudos pontuais mostram (9):

- Alta prevalência (cerca de 40%) de “casos” em indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico prévio;

- Associação destes casos com o sexo feminino, viuvez, situação de reforma, baixo suporte social e mais de 65 anos;
- Baixa taxa de mortalidade por suicídio quando comparada com a europeia, mas com tendência a aumentar.

É neste sentido que o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 sugere, entre outras, as seguintes ações prioritárias para a população geral (18):

- A informação à população sobre serviços, redes e associações de apoio;
- O aumento da rede de cobertura dos Cuidados de Saúde Primários e articulação com serviços especializados;
- A criação de barreiras físicas protectoras em locais potencialmente perigosos;
- A sensibilização da Comunicação Social sobre as boas práticas relativamente às notícias de comportamentos auto lesivos e actos suicidas;
- O desenvolvimento de redes de “porteiros sociais” na comunidade.

No que diz respeito à Região Oeste Norte, existem várias fontes de dados epidemiológicos que permitem construir uma ideia do estado da Saúde Mental na região.

Num estudo efectuado no concelho das Caldas da Rainha entre 2009 e 2012, uma amostra de 424 utentes inscritos no ACeS respondeu ao questionário *General Health Questionnaire*. Os resultados mostraram que um terço dos participantes tinha mal-estar significativo, sugestivo de patologia psiquiátrica, as mulheres tinham pior Saúde Mental, sobretudo as de baixa escolaridade e existia uma relação entre a Saúde Mental e acontecimentos de vida perante a conjuntura económica desfavorável, o desemprego e a pobreza (26).

A mortalidade por suicídio nesta região é, desde 2010, mais elevada que a nacional, com cerca de 1,2 mortes por 1.000 habitantes na região em 2012 (7). Por outro lado a patologia mental é frequentemente causa e consequência de episódios de violência, nomeadamente intrafamiliar. Este aspecto merece particular atenção por parte dos Serviços de Saúde, especialmente pelos Cuidados de Saúde Primários pela mais-valia que a proximidade com a comunidade lhes confere. Esta mais valia é importante sobretudo nos aspetos ligados à prevenção, quer primária quer secundária mas, e também, na articulação necessária com os Cuidados Hospitalares. Estes aspectos estão explanados no IV Plano Nacional de Prevenção da Violência Doméstica 2011-2013 (38), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, nomeadamente no parágrafo que se transcreve: “Em 2003, a Organização Mundial da Saúde considerou que a violência doméstica é um grave problema de Saúde Pública e que as consequências que lhe estão associadas [...] são devastadoras para a saúde e para o bem-estar de quem a sofre [...] comprometendo o desenvolvimento da criança, da família, da comunidade e da sociedade em geral”. Já em 2001 esta Organização tinha sublinhado a

necessidade de serem criados serviços na comunidade e aos níveis dos Cuidados de Saúde Primários e Secundários para apoiar as mulheres que sofrem violência doméstica, sexual ou outras formas de violência”.

Assim, tendo em conta as necessidades sentidas e reconhecendo a diversidade de formas de actuação, torna-se necessário aprimorar as intervenções já desenvolvidas em alguns concelhos da região e garantir que toda esta esteja abrangida por uma rede de profissionais, articulados entre si, que trabalhem com o objectivo de intervir precocemente na Saúde Mental da população da Região Oeste Norte.

OBJECTIVOS GERAIS

Conhecer a realidade do ACeS Oeste Norte relativamente à prevalência de episódios agudos referentes a situações de perigo em Saúde Mental e comparação com dados regionais/nacionais/europeus disponíveis, acompanhando a sua evolução;

Definir de procedimentos conducentes a uma resposta atempada e eficaz em situações de risco/perigo em Saúde Mental;

Capacitar os profissionais de saúde e os parceiros da comunidade através da informação pertinente com vista à boa implementação do presente programa.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Definição de caso (caraterização de: problemáticas em causa/situação de risco ou perigo/episódio agudo), com base na literatura científica disponível;

Constituição de seis equipas multidisciplinares (uma/concelho);

Recolha de dados locais, regionais, nacionais e europeus de prevalência de episódios agudos relativamente a, pelo menos, duas problemáticas: suicídio/tentativa de suicídio e violência intrafamiliar;

Definição de um algoritmo de actuação interna (Unidades de Saúde do ACeS Oeste Norte) e de articulação interinstitucional nos diferentes concelhos, estabelecendo o procedimento adequado em situação de risco (prevenção de situação aguda) e de perigo (episódio agudo);

Promoção do presente programa, nas diferentes fases do seu processo de desenvolvimento entre todos os intervenientes, desenvolvendo actividades que apontem para as seguintes METAS:

- 100 % dos concelhos;

- 80 % das Unidades Funcionais do ACeS;

POPULAÇÃO ALVO

População residente na área de abrangência do ACeS Oeste Norte (inscrita ou não nas Unidades de Saúde).

PARCEIROS

- Unidades de Saúde Funcionais do ACeS Oeste Norte (UCSP, USF, UCC);
- Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental do CHO;
- Forças de Segurança Públicas (PSP, GNR) dos seis concelhos;
- Autarquias dos seis concelhos, particularmente através das suas áreas de intervenção social;
- Serviços Municipais de Protecção Civil dos seis concelhos;
- Outros serviços ou entidades de nível concelhio.

RECURSOS

- Suporte logístico (equipamento informático, suporte administrativo, deslocações);
- Disponibilidade de tempo e motivacional para cumprimento dos procedimentos estabelecidos.

ACTIVIDADES DO PROGRAMA

Quadro 7. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o programa 2:
Saúde Mental – Equipas multidisciplinares de intervenção precoce

Objectivo Especifico	Actividade	Quem	Como	Quando	Avaliação	Metas
Constituição de equipas: Equipa Dinamizadora Alargada e seis Equipas Locais	Articulação com as Entidades Parceiras	Equipa Dinamizadora	Contactos e reuniões	2º Semestre 2014	Número de equipas locais constituídas/ número de concelhos	Uma EDA em finais 2014 e 5 Equipas locais em finais do 2º semestre 2015

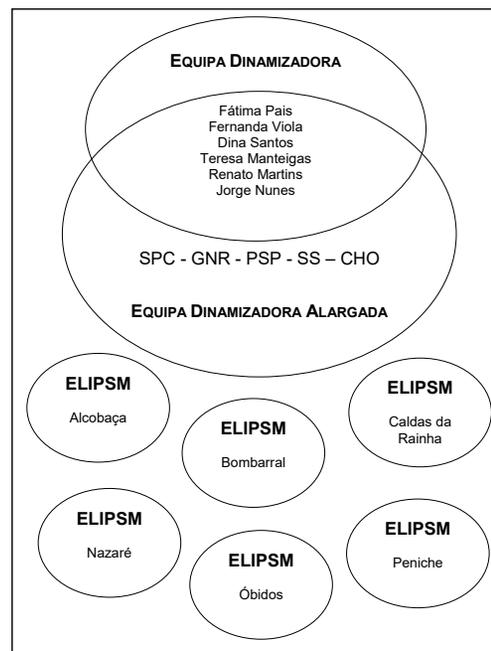
Definição de caso - caracterização de problemáticas abrangidas/ situação de risco ou perigo/ episódio agudo (literatura científica)	Levantamento e consulta de documentos e textos disponíveis	Equipa Dinamizadora Alargada	Consulta bibliográfica (DGS, ARSLVT e outras)	2º Semestre 2014	Relatório	Realização efectiva
	Estabelecimento de consenso relativamente a conceitos e situações alvo do programa	Equipa Dinamizadora Alargada	Reflexão partilhada pelos elementos da EDA	2º Semestre 2014	Relatório	Realização efectiva
Recolha de dados locais/ regionais/ nacionais/ europeus de prevalência dos problemas no âmbito da Saúde Mental	Recolha de dados junto dos serviços envolvidos no projecto de acordo com a definição de caso;	Equipa Dinamizadora Alargada	Consulta de bases de dados disponíveis, nomeadamente nos serviços respectivos	2º Semestre 2014	Relatório	Realização efectiva
	Consulta de dados em plataformas e serviços regionais/nacional/ europeus de acordo com a definição de caso;	Equipa Dinamizadora Alargada	Pesquisa e compilação de dados em plataformas e serviços regionais/nacionais/ Europeus	2º Semestre 2014	Relatório	Realização efectiva
	Diagnóstico de situação	Equipa Dinamizadora Alargada	Elaboração e divulgação de relatório	2º Semestre 2014	Relatório	Realização efectiva
Definição de um algoritmo de actuação interna (Unidades de Saúde do ACeS ON) e de articulação interinstitucional nos diferentes concelhos, estabelecendo o procedimento adequado em situação de risco (prevenção de situação aguda) e de perigo (episódio agudo)	Elaboração de uma proposta inicial de procedimento com algoritmo de actuação e articulação	Equipa Dinamizadora Alargada	Reunião de equipa	2º Semestre 2014	Relatório	Realização efectiva
	Discussão desta proposta inicial com todas as entidades e estruturas envolvidas	Equipa Dinamizadora Alargada, representantes das Entidades Parceiras, CCS, Coordenadores das Unidades Funcionais	Reuniões para apresentação prévia do diagnóstico de situação feito	2º Semestre 2014	Número de reuniões efectuadas/ número de reuniões previstas; Relatório	80%; Realização efectiva
	Elaboração de procedimento final	Equipa Dinamizadora	Reunião de equipa para elaboração de proposta e apresentação às outras Entidades Parceiras	1º Trimestre 2015	Relatório	Realização efectiva

Promoção do presente programa, nas suas diferentes fases entre todos os intervenientes, desenvolvendo actividades que abrangem: - 100% dos concelhos; - 80% das Unidades Funcionais do ACeS	Divulgação do projeto e dos resultados em reuniões com as Unidades de Saúde e eventualmente outras Entidades Parceiras	Equipa Dinamizadora	Apresentação de informação relativa ao projecto, e discussão do mesmo, bem como dos resultados de avaliação	1º Trimestre 2015	Relatório do projecto	100 % dos concelhos 80 % das Unidades Funcionais do ACeS
	Execução das actividades previstas com momentos de avaliação partilhada	Equipa Dinamizadora	Recolha e análise de dados de avaliação das diferentes actividades	Semestral (relatório); anual, ao longo de 2014/2016	Relatório do projecto	100% dos concelhos 80% das Unidades Funcionais do ACeS

AValiação

A avaliação do projecto será da responsabilidade da Equipa Dinamizadora Alargada, semestralmente, e com elaboração de relatório anual, sendo feita através do cálculo dos valores atingidos para as metas das diferentes actividades previstas e da apreciação de propostas e sugestões de todos os intervenientes.

Figura 6. Estrutura das equipas dinamizadoras e equipas locais do programa 2: Saúde Mental



Quadro 8. Sinopse de funções das Equipas Multidisciplinares de Intervenção Precoce em Saúde Mental

EQUIPA DINAMIZADORA

- Promove a implementação, dinamização e avaliação do projecto nas suas diversas fases
- Representa o projecto

EQUIPA DINAMIZADORA ALARGADA

- Divulga o projecto nas estruturas tutelares
- Dinamiza e dá suporte às equipas locais
- Promove a articulação entre Saúde e entidades parceiras
- Elabora definição de caso e fluxograma de intervenção
- Realiza reuniões trimestrais/semestrais de monitorização
- Reúne anualmente para avaliação
- Analisa situações concretas apresentadas pelas equipas concelhias
- Apresenta propostas

EQUIPAS LOCAIS

- Identificam entidades parceiras
- Acolhem casos
- Definem e implementam as intervenções adequadas
- Acompanham no terreno
- Procedem à referenciação de: médico de família, consulta de enfermagem de saúde mental, terapia familiar

PROGRAMA 3: ESTILOS DE VIDA

GESTÃO DO PROGRAMA

Fernando Guerreiro - Médico, Saúde Pública

José Fernando Pereira - Médico, Medicina Geral e Familiar

Maria João Alves - Enfermeira Especialista, Saúde Materno-Infantil

ENQUADRAMENTO

Investigação epidemiológica recente mostrou que tanto a Diabetes como as Doenças Cérebro-Cardiovasculares são problemas importantes da população residente na Região ON. As elevadas taxas de mortalidade por estas doenças obrigam-nos a reflectir e a intervir sobre a sua origem – os comportamentos e estilos de vida desta população. De facto, por terem factores de risco em comum e tão sobreponíveis, não faria sentido separá-las em programas diferentes e intervir separadamente.

Assim, conscientes de que se trata de um tema abrangente, acreditamos também que a intervenção em Saúde Pública não faz sentido a nível de patologias, mas sim de comportamentos. Por isso, o programa “Estilos de Vida” deste PLS procurará lançar as bases para uma intervenção organizada e sustentável que pretende, em última análise, promover a adopção de estilos de vida saudáveis pelas pessoas que vivem na Região ON.

Porque muitas das complicações dessas doenças são passíveis de prevenção, pela educação para a saúde e autogestão da doença apoiada em equipas multidisciplinares, a implementação de projectos com objectivos específicos bem definidos, sobretudo os direccionados para o rastreio e para a adopção de boas práticas clínicas, são um contributo importante. As recém-criadas Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFD) que têm como objectivo primeiro tornar mais dinâmica e eficaz a comunicação entre os diferentes níveis de cuidados à pessoa com Diabetes (agilizando as respostas necessárias a uma intervenção atempada, quer nos Hospitais quer nos CSP), têm assim uma tarefa mais facilitada.

Pelo exposto, este programa engloba dois projectos:

1º Projecto de sensibilização e formação dos profissionais de saúde e utentes com Diabetes Mellitus;

2º Projecto de identificação precoce de factores de risco para Diabetes Mellitus e Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

OBJECTIVOS GERAIS

Capacitar os profissionais de saúde do ACeS ON para o seguimento clínico dos utentes com Diabetes;

Capacitar os utentes com Diabetes do ACeS ON para o controlo da doença e das suas complicações;

Construir um sistema de rastreio para a população com risco aumentado de desenvolver Diabetes e patologia Cérebro-Cardiovascular de forma a facilitar o diagnóstico precoce e o seguimento adequado desde o início da doença e sensibilizar a população para os factores de risco comportamentais.

POPULAÇÃO ALVO

Profissionais do ACeS ON com responsabilidade sobre o seguimento clínico de utentes com Diabetes. Utentes do ACeS ON. População da Região ON.

AVALIAÇÃO

Reuniões semestrais entre os Gestores e Coordenadores dos Projectos. Relatórios anuais. Reuniões anuais com os elementos do Conselho Clínico e de Saúde, elementos do ACeS das UCFD e com a Equipa Consultiva do Plano.



PROJECTO 3.1: SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E UTENTES COM DIABETES MELLITUS

EQUIPA COORDENADORA

Leonor Salvo - Médica, Medicina Geral e Familiar

Anne Carvalho - Enfermeira

Henrique Nascimento - Médico, Interno Medicina Geral e Familiar

Luís Fonseca - Médico, Medicina Geral e Familiar

ENQUADRAMENTO

Foi feito recentemente um estudo da população residente na Região ON que caracterizou epidemiologicamente o estado desta população em termos de Diabetes (Campos Matos, 2012). Constatou-se que a taxa de mortalidade por esta doença, padronizada para a idade e para o género, foi sempre mais alta do que a nacional entre 2000 e 2009; que a proporção de diabéticos com retinopatia nesta região é mais do que o dobro da nacional; isto tudo num contexto de uma prevalência da doença aparentemente sobreponível à nacional.

A elevada taxa de mortalidade e prevalência de retinopatia salientam a importância de um seguimento clínico adequado dos indivíduos com Diabetes. Em 2011, 5,55% dos utentes do ACeS ON tinham Diabetes. Dos cerca de 100 médicos de Medicina Geral e Familiar do ACeS ON, desconhece-se quantos têm formação específica sobre o seguimento clínico de indivíduos com Diabetes.

Por outro lado, a prática clínica no terreno tem demonstrado que, por parte dos utentes com Diabetes existe um notável desconhecimento das noções mais básicas sobre a doença, assim como o modo de actuar perante ela, seja relativamente à alimentação, seja em relação à actividade física. Num pequeno inquérito informal executado por um dos proponentes deste documento constatou-se, precisamente e em concreto no concelho de Peniche, que a quase totalidade dos inquiridos pouco ou mesmo nada sabiam sobre vários aspectos relacionados com a doença.

Daí se constata que, se algo se pretende fazer de modo a reverter as taxas anuais de morbilidade e mortalidade por Diabetes na Região ON, logo à cabeça surge a necessidade de formação em competências pessoais e sociais da população diabética e suas famílias.

É necessário que as pessoas se sintam mais confortáveis em assumir uma maior responsabilidade no controlo da sua Diabetes.

Esse objectivo pode ser atingido mediante a aquisição de competências que permitam a tomada de decisões, o que poderá facilitar a gestão adequada da doença.

É de notar que, uma revisão da *Cochrane Collaboration*, feita em 2009, de todos os ensaios randomizados que testavam a educação de grupos de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, mostrou que estas eram mais eficazes que as intervenções de rotina ao melhorar a glicémia em jejum, a hemoglobina glicada, o conhecimento sobre a doença, os valores de tensão arterial, o peso e mesmo a necessidade de fármacos.

OBJECTIVOS GERAIS

Uniformizar as práticas profissionais em prol de uma efectiva qualidade clínica, organizacional e satisfação das pessoas com Diabetes;

Promover a qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com Diabetes;

Promover a prevenção primária, através do combate aos factores de risco conhecidos, sobretudo nos factores de risco modificáveis da etiologia da Diabetes.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer os médicos e enfermeiros do ACeS ON com formação em Diabetes;

Dinamizar acções de formação aos profissionais de saúde para o ensino de pessoas com Diabetes;

Realizar acções de sensibilização sobre Diabetes à população, particularmente a pessoas com Diabetes e a grupos populacionais de maior risco;

Efectuar actividades de índole comunitária à população no âmbito da celebração do Dia Mundial da Diabetes, envolvendo Profissionais de Saúde, as Autarquias, a Comunicação Social e a comunidade em geral;

Propor metodologias formativas (cursos e seus conteúdos, equipas multidisciplinares) às Unidades de Saúde do ACeS.

METAS

Relativamente aos profissionais de saúde, pretende-se que, no final do programa:

- Todas as Unidades de Saúde do ACeS ON tenham profissionais de saúde com formação específica no ensino de pessoas com Diabetes.

Relativamente aos utentes, pretende-se que, no final do programa:

- As pessoas com Diabetes (que foram alvo dos cursos de formação) sejam capazes de:

- ✓ Ter uma visão global de todos os aspectos presentes na Diabetes;
- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença, isto é, o que se altera no organismo de uma pessoa com Diabetes;
- ✓ Melhorar conhecimentos sobre alimentação saudável e as vantagens do exercício físico;
- ✓ Promover mudanças para estilos de vida mais saudáveis, o que poderá proporcionar melhor qualidade de vida;
- ✓ Valorizar a importância da alimentação saudável e do exercício físico no controlo da Diabetes;
- ✓ Conhecer, na generalidade, os nutrientes que se encontram nos diferentes alimentos;
- ✓ Fazer desafios para uma alimentação saudável (o que come, quando come e a que horas);
- ✓ Demonstrar a importância de conhecer os objectivos dos valores da glicemia, pressão arterial e perímetro da cintura;
- ✓ Aplicar medicação e avaliar os valores da glicemia;
- ✓ Aprender a importância do tratamento com a *insulina*, incluindo o motivo pelo qual este tratamento poderá vir a ser necessário.

No referente à população em geral, pretende-se que, no final do programa:

- As pessoas estejam mais capacitadas no que respeita aos seus conhecimentos sobre a doença.

POPULAÇÃO ALVO

Profissionais de saúde e toda a população do ACeS Oeste Norte, em particular, todas as pessoas residentes a quem foi diagnosticado Diabetes Mellitus tipo 1 e 2, assim como aos seus cuidadores (familiares ou outros).

PARCEIROS

UCFD; Unidades de Saúde do ACeS; Hospitais; APDP; Escolas; Autarquias; outros a identificar.

ACTIVIDADES DO PROJECTO

Quadro 9. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o projecto 3.1:
Sensibilização e formação dos profissionais de saúde e utentes com Diabetes Mellitus

Objectivo Especifico	Actividade	Quem	Como	Quando	Avaliação	Metas
Conhecer os médicos e enfermeiros do ACeS ON com formação em Diabetes	Inventariar listas de profissionais (médicos e enfermeiros) do ACeS ON com formação em Diabetes	Equipa Coordenadora	Questionário individual a médicos e enfermeiros	Durante 2014	Número de profissionais médicos com curso/total médicos Número de profissionais de enfermagem com curso/total de enfermeiros	Listagem de profissionais que têm formação em Diabetes no final de 2014
Dinamizar acções de formação aos profissionais de saúde para o ensino de pessoas com Diabetes, especialmente os que não têm essa formação	Seleccionar profissionais das Unidades de Saúde para frequência de cursos específicos sobre Diabetes	Equipa Coordenadora e UCFD	Reunião com profissionais sem formação em Diabetes	1º Semestre 2015	Número de profissionais sem formação em Diabetes presentes na reunião/ número total de profissionais por Unidade de Saúde Número total de profissionais (médicos e enfermeiros) com formação em Diabetes/ número total de profissionais por Unidade de Saúde	Ao fim dos 3 anos 75% dos profissionais de cada Unidade de Saúde do ACeS ON deverão ter formação em Diabetes
	Dinamizar formação em Diabetes no ACeS ON (Seminários, Encontros, outros)	Equipa Coordenadora	Organização de formação no ACeS ON sobre Diabetes	1º Semestre 2016	Realização efectiva de formação sobre Diabetes no ACES ON	Relatório
Realizar acções de sensibilização sobre Diabetes à população, particularmente a pessoas com Diabetes e a grupos populacionais de maior risco;	Elaboração de folhetos informativos para: Comunicação Social; afixação de cartazes nas Unidades de Saúde, em locais públicos e nas empresas; Acções de sensibilização e informação à população aquando de acções de rastreio.	Equipas Coordenadoras dos projectos 3.1 e 3.2; USP	Recolha e selecção de material informativo já disponível; reuniões com órgãos de Comunicação Social; reuniões com SMT das empresas	Ao longo do 1º ano; Ao longo dos 2º e 3º anos do projecto Ao longo dos 2º e 3º anos do projecto	Número de acções de informação divulgadas nas Unidades de Saúde/número total de Unidade de Saúde; número de artigos divulgados na Comunicação Social, por concelho	Que no final do projecto tenham sido efectuadas acções informativas em todas as Unidades de Saúde; que tenha sido feita divulgação de artigos sobre o tema em todos os concelhos, pela Comunicação Social e que, pelo menos 50% dos SMT, tenham realizado actividades de informação junto dos seus trabalhadores
Efectuar actividades de índole comunitária à população no âmbito da celebração do Dia Mundial da Diabetes.	Actividades a definir anualmente com colaboração das Autarquias, Comunicação Social e Parceiros a identificar	Equipa Coordenadora, USP, Autarquias e outros Parceiros	Reuniões entre Equipa Coordenadora, USP e Conselho da Comunidade	Novembro de cada ano do projecto	Realização efectiva de actividades (elaboração de relatório)	Realização de pelo menos uma actividade por ano num concelho do ACeS
Propor metodologias formativas (cursos e seus conteúdos, equipas multidisciplinares) às Unidades de Saúde do ACeS;	Definição dos cursos e conteúdos (em colaboração com as outras equipas do programa)	Equipas Coordenadoras dos dois projectos	Reuniões com as coordenações das Unidades de Saúde	2º Semestre	Número de Unidades de Saúde que realizaram cursos de formação aos seus diabéticos/ número total de Unidades de Saúde	Até ao final de 2016, 75% das Unidades de Saúde deverão ter realizado cursos de formação aos seus diabéticos (50% no 2º ano do projecto)



PROJECTO 3.2: IDENTIFICAÇÃO PRECOZE DE FACTORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS E DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES

EQUIPA COORDENADORA

Ângela Cerqueira - Médica, Medicina Geral e Familiar

Diana Marques - Médica, Interna de Medicina Geral e Familiar

Jenny Duarte - Médica, Interna de Medicina Geral e Familiar

Marisa Batarda - Médica, Interna de Medicina Geral e Familiar

Raquel Osório - Médica, Interna de Medicina Geral e Familiar

ENQUADRAMENTO

A decisão de implementar um programa de rastreio pode ser pensada em termos dos critérios definidos por Wilson e Junger, que estabeleceram as características de um problema de saúde e de um teste de rastreio que justificariam implementação em larga escala. O primeiro critério refere que o problema deve ser um importante em termos de saúde. Existem vários dados epidemiológicos, sobre a mortalidade e a prevalência das complicações por Diabetes, que comprovam o impacto que esta doença tem na população da Região Oeste Norte. Outros dois critérios relacionados com a doença referem que a sua história natural deve ser bem compreendida e que deve haver uma fase inicial diagnosticável. Os critérios descritos são facilmente aplicáveis ao caso da Diabetes.

Os critérios relacionados com o teste relembram a importância de se tratar de um teste aceitável, fiável, sensível e específico. A sua aceitabilidade dificilmente poderá ser posta em causa, já que o diagnóstico pode ser feito simplesmente com uma análise sanguínea (Direcção-Geral da Saúde, 2011). A sensibilidade e especificidade destes testes são geralmente consideradas suficientes para eles serem utilizados para o fim de rastrear populações (Borch-Johnsen, 2001).

Os critérios relacionados com o tratamento também não deixam margem para dúvidas: o tratamento é geralmente aceitável, é mais eficaz se iniciado mais cedo, existem indicações bem definidas sobre quando e como o iniciar e é custo-efectivo na maioria dos contextos (Borch-Johnsen, 2001).

Sobra um critério que depende do contexto no qual o rastreio é implementado: a continuidade do processo. De facto, um programa de rastreio deve ser implementado de forma sustentável, de forma a ter continuidade no tempo e assim garantir que os custos da sua implementação são justificados pelo retorno que obtêm.

Na Região ON não existem programas de rastreio implementados para a população em geral e a elevada taxa de mortalidade e prevalência de complicações por Diabetes sugerem que esta população beneficiaria de um programa de identificação precoce de factores de risco que permitissem o diagnóstico precoce da doença (Campos Matos, 2012). De acordo com o Perfil de Saúde da Região ON em 2013, também as Doenças Cerebrovasculares são uma importante causa de morte nesta região.

Levanta-se então a questão de onde, como e a quem dirigir estas acções. Existem diversos estudos e revisões que exploram a integração de rastreio de Diabetes em diferentes Serviços de Saúde. Estes mostram que, tanto em contexto hospitalar (Simpson, 2013), como nos cuidados primários (Woolthius, 2010), bem como em consultas de algumas patologias específicas como a Tuberculose (Jeon, 2010), o rastreio de Diabetes é custo-efectivo. A efectividade dos rastreios nestes contextos prende-se essencialmente com o facto de se tratar de grupos de pessoas à partida com mais patologias do que a população geral, e portanto com uma maior probabilidade de ter também Diabetes.

Apesar de não existirem estudos publicados que mostrem em que contextos e para quem é mais benéfico o rastreio de doenças Cérebro-Cardiovasculares, é razoável esperar que grupos populacionais que recorrem ao sistema de saúde terão também uma maior probabilidade de ter Patologia Cerebrovascular. Assim, rastreios dirigidos a esta população serão provavelmente também mais custo-efectivos.

Nesta base, e tendo em conta todos os dados acima mencionados, não nos propomos a realizar um rastreio propriamente dito, mas sim um programa de identificação de factores de risco, com o objectivo de mais precocemente detectar pessoas com risco aumentado para as patologias supracitadas que se revelam de extrema importância na nossa região.

OBJECTIVO GERAL

Identificar a população com factores de risco para Diabetes Mellitus e Doenças Cérebro-Cardiovasculares dos concelhos do ACeS Oeste Norte.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os locais possíveis de implementação dos programas de identificação precoce de factores de risco nos concelhos do ACeS Oeste Norte;

Definir a população alvo para tratamento estatístico dos dados recolhidos;

Implementar o programa de identificação precoce de factores de risco nos concelhos do ACeS Oeste Norte;

Encaminhar os casos detectados para o respectivo Médico de Família/Unidade de Saúde em que está inscrito;

Tratar e analisar os dados obtidos no programa de identificação de factores de risco de Diabetes e Doenças Cérebro-Cardiovasculares nos concelhos do ACeS Oeste Norte.

POPULAÇÃO ALVO

População adulta dos concelhos do ACeS Oeste Norte.

PARCEIROS

- Câmaras Municipais dos concelhos do ACeS Oeste Norte
- Juntas de Freguesia dos concelhos do ACeS Oeste Norte
- Estabelecimentos de Saúde dos concelhos do ACeS Oeste Norte
- Bombeiros Voluntários dos concelhos do ACeS Oeste Norte.

RECURSOS

- Médicos especialistas de Saúde Pública e de Medicina Geral e Familiar
- Médicos Internos de Saúde Pública, de Medicina Geral e Familiar e do Internato do Ano Comum
- Enfermeiros da área dos Cuidados de Saúde Primários
- Estudantes de Medicina e de Enfermagem
- Patrocínios: Indústria Farmacêutica e Entidades Públicas e Privadas locais.

ACTIVIDADES DO PROJECTO

Quadro 10. Actividades e especificidades de execução e avaliação para o projecto 3.2: Identificação precoce de factores de risco para Diabetes Mellitus e Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Objectivos Específicos	Actividades	Quem	Como	Quando	Avaliação	Metas
Identificar os locais possíveis de implementação dos programas de identificação precoce de factores de risco nos concelhos do ACeS Oeste Norte	Fazer um levantamento dos locais possíveis a implementar o programa	Equipa Coordenadora	Internet e recursos locais (ex. Câmara Municipal, Bombeiros Voluntários)	2014	Listagem dos locais/eventos seleccionados para o programa; Definir número de acções/programas de rastreio a realizar	Realização efectiva até novembro/2014

Definir a população alvo para tratamento estatístico	Definição dos critérios de inclusão e de exclusão Elaboração de ficha individual	Equipa Coordenadora	Pesquisa bibliográfica Preenchimento da ficha individual pelos utentes durante o programa	Até final de Abril 2014 2014-2016	Número de pessoas com FR/número total de pessoas avaliadas	40%
Implementar o programa de identificação precoce de factores de risco nos concelhos do ACeS Oeste Norte	Preenchimento da ficha individual pelos utentes e profissionais de saúde durante o programa Realização de acções de Educação para a Saúde no contexto do programa	Profissionais das várias áreas da saúde	Avaliação dos parâmetros biomédicos (peso, altura, índice de massa corporal, glicemia capilar, tensão arterial, frequência cardíaca, pulso radial)	Datas a definir dependentes de autorização prévia e da disponibilidade dos parceiros 2014-2016	Número acções realizadas/número de acções programadas	5/6 84%
Encaminhar os casos detectados para o respectivo MF/US em que está inscrito	Elaborar uma carta de referência para o MF	Equipa Coordenadora	Encaminhar as cartas de referência para as respectivas Unidades de Saúde (correio interno)	2014-2016 (após cada acção)	Número de cartas encaminhadas para a US/número de cartas de referência preenchidas	100%
Tratar e analisar os dados obtidos no programa de identificação de FR de Diabetes e Doenças Cérebro-Cardiovasculares nos concelhos do ACeS Oeste Norte	Aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e selecção dos dados a tratar Análise de dados das fichas individuais preenchidas pelos utentes e pelos profissionais de saúde Elaboração de relatório no final de cada acção bem como de relatório final com compilação de dados	Equipa Coordenadora e profissionais da USP	Recursos informáticos ex: SPSS, Excel	2014-2016 (após cada acção)	Número de relatórios elaborados /número de acções efectuadas	100%

AVALIACÃO

Avaliação contínua – uma reunião no final de cada acção com discussão de relatório seguida de uma reunião no final de cada ano para análise crítica das acções realizadas e eventual ajuste de estratégias (Equipa Coordenadora e USP);

Avaliação final – reunião, no final do projecto, entre a Equipa Coordenadora e a USP com discussão do relatório final e eventual elaboração de artigo científico.

PROGRAMA 4: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR “MOVIMENTO ESCOLA/CIDADE DOS AFECTOS”

GESTÃO DO PROGRAMA

Cristina Pecante - Médica, Saúde Pública

Fátima Neves - Enfermeira Especialista, Saúde Comunitária

Lola Monteiro - Técnica de Saúde Ambiental

Luísa Sardo - Professora

Sofia Costa - Professora

EQUIPA DE COLABORADORES

Almerinda Leitão - Enfermeira

Ana Patrícia Ferreira - Enfermeira

Anabela Medalho - Enfermeira Especialista, Saúde Comunitária

Carla Lopes - Enfermeira

Clementina Gomes - Enfermeira Especialista, Saúde Materna e Obstétrica

Fernanda Viola - Enfermeira Especialista, Saúde Mental

Susana Alves - Enfermeira

Susana Vaz - Enfermeira

Teresa Bilhastre - Enfermeira Especialista, Saúde Comunitária

Todorka Calisto - Enfermeira

ENQUADRAMENTO

De acordo com o ponto 4 do Programa Nacional de Saúde Escolar para 2013/2014, a intervenção em Saúde Escolar deve estar orientada para:

Articular programas, projectos, actividades e intervenções que promovam a saúde, a cidadania e os afectos;

Intervir, de forma sustentável, ao longo de toda a infância e juventude, com projectos que comecem no Jardim de Infância e se desenvolvam até ao final do Ensino Secundário;

Articular as intervenções, sinergicamente, com instituições, organizações e associações da sociedade civil que acrescentem mais-valia ao trabalho da Saúde com a Escola;

Dirigir a intervenção para toda a Comunidade Educativa, promovendo a equidade no acesso e a resolução de problemas da competência do Sector da Saúde.

Neste contexto, pretende-se criar o “Movimento Escola/Cidades dos Afectos”, que tem como finalidade a criação de um movimento orgânico, baseado nas Escolas, com o apoio das Unidades de Saúde Pública.

Este movimento teve a sua génese em 2009/2010 nas escolas do concelho do Barreiro, com o Projecto “Dia dos Afectos nas Escolas”. Trata-se de um projecto da área da Saúde Escolar – com actividades que contemplam as áreas da Educação para a Saúde, designadamente nas componentes afectivas, educação sexual e alimentação, entre muitas outras.

No ano lectivo de 2012/2013, o projecto foi transversal às Escolas/Agrupamentos de Escolas dos concelhos da Moita, Barreiro, Montijo, Alcochete e Alcobaça, no âmbito do PES, à qual aderiu a Associação de Produtores de Maças de Alcobaça, impulsionada pelas actividades da geminação entre as Unidades de Saúde Pública Arnaldo Sampaio (ACeS Arco Ribeirinho) e Zé Povinho (ACeS Oeste Norte), tendo evoluído para o “Movimento Escola/Cidade dos Afectos”, uma experiência que envolve não só profissionais das áreas da Educação e da Saúde, mas também os mais diversos Parceiros da Comunidade.

Por concordância do Departamento de Saúde Pública da ARSLVT e da Equipa Regional de Saúde Escolar o projecto é, a partir do presente ano lectivo de 2013/2014, alargado às Escolas de toda a Região de Lisboa e Vale do Tejo. A gestão deste programa cabe aos Coordenadores das Unidades de Saúde Pública respectivas.

OBJECTIVO GERAL

Desenvolver uma cultura de afectos, tendo em vista a humanização e o desenvolvimento do sentimento de pertença nas relações da Comunidade Escolar, baseado no exercício da Cidadania.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

Comemorar o “Dia dos Afectos” nas Escolas/Agrupamentos de Escolas, envolvendo toda a Comunidade Educativa;

Dinamizar a elaboração e exposição de trabalhos escolares (“maças dos afectos”) no espaço escola e na comunidade;

Realizar acções de formação para professores, com vista ao ingresso das respectivas Escolas/Agrupamentos no “Movimento Escola/Cidade dos Afectos”;

Dinamizar o Programa de Educação para a Saúde nas escolas, utilizando como símbolo a maçã.

POPULAÇÃO ALVO

Alunos do ensino Pré-Escolar, Básico e Secundário e restante Comunidade Escolar das escolas da área de influência do ACeS Oeste Norte (concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche).

ESTRATÉGIA

Este programa, no âmbito da Educação para a Saúde em Meio Escolar, utiliza a dimensão AFECTOS, a partir do qual se desenrolam todas as actividades. Todo o processo é centrado na escola, com a participação activa de alunos, professores e restante comunidade escolar. Tendo como motivo a maçã, a elaboração de trabalhos, a sua exposição no espaço escola, aquando da celebração, no dia 11 de Fevereiro, do Dia dos Afectos nas escolas, são o ponto de partida de toda a acção, que tem o apoio da Unidade de Saúde Pública. A participação dos mais variados Parceiros Comunitários completa assim, todo este processo inovador e criativo, que se pretende seja holístico e promotor de bem estar e saúde.

PARCEIROS

Associação de Produtores da Maçã de Alcobaça

Câmaras Municipais

Escolas Técnico-Profissionais

Estabelecimentos Comerciais

Outros parceiros a identificar disponíveis para integrar o projecto.

ACTIVIDADES

1 - Elaboração de trabalhos escolares (“maçãs dos afectos”) pelas turmas/escolas, que demonstrem como estas vivem e entendem os afectos;

2 - Comemoração do “Dia dos Afectos” nas escolas:

- Exposição no espaço escola das maçãs elaboradas;

- Desenvolvimento de actividades de Educação para a Saúde alusivas ao tema, em sala de aula, no espaço escola e na comunidade;

3 - Exposição conjunta das maçãs elaboradas por todas as escolas em espaços da comunidade, nos concelhos onde houve participação das escolas no projecto;

- 4 – Selecção da maçã mais representativa do tema, entre todas as realizadas no ACeS respectivo;
- 5 – Participação na Exposição conjunta das maçãs seleccionadas em cada ACeS que aderiu ao projecto - uma por ACeS, a realizar no mês de Maio;
- 6 – Replicação, em “tamanho gigante”, das duas maçãs seleccionadas: cidades do Barreiro e Caldas da Rainha - 2014; outras cidades concorrentes da RLVT - 2015 e 2016;
- 7 - Exposição das maçãs em “tamanho gigante” seleccionadas, na cidade de Lisboa, durante o evento “Maior Sorriso do Mundo”, a realizar em Junho de cada ano;
- 8 – Cerimónia Pública de assinatura do “Compromisso das Cidades dos Afectos” (Setembro de 2014 nas cidades do Barreiro e Caldas da Rainha e outras cidades, em datas e cidades a confirmar, em 2015 e 2016);
- 9 - Realização de Acção de Formação para professores, sobre Educação Sexual em Meio Escolar, em formato de B-learning, com vista ao ingresso das respectivas escolas/agrupamentos no “Movimento Escola/Cidade de Afectos”, a realizar ao longo do ano lectivo respectivo;
- 10 – Participação na acção de formação “NAITHES” – Educação Sexual em Meio Escolar, para professores e profissionais de saúde;
- 11 – Avaliação das actividades realizadas nos respectivos anos lectivos.

CRONOGRAMA

Actividades	2014				2015				2016			
	1ºT	2ºT	3ºT	4ºT	1ºT	2ºT	3ºT	4ºT	1ºT	2ºT	3ºT	4ºT
Actividade 1												
Actividade 2												
Actividade 3												
Actividade 4												
Actividade 5												
Actividade 6												
Actividade 7												
Actividade 8												
Actividade 9												
Actividade 10												
Actividade 11												

METAS/INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Quadro 11. Indicadores e metas para o programa 4: Educação para a Saúde em Meio Escolar "Movimento Escola/Cidade dos Afectos"

Indicadores	Metas (%)		
	2014	2015	2016
% de Agrupamentos / Escolas não Agrupadas que elaboraram trabalhos escolares (maçãs)	25	30	35
% de Escolas que desenvolveram actividades no "Dia dos Afectos" no espaço escola	15	20	25
% de Escolas que desenvolveram actividades no "Dia dos Afectos" em sala de aula	15	20	25
% de Concelhos onde foram realizadas exposições de trabalhos escolares (maçãs)	60	80	100
% de Agrupamentos Escolares com professores que participaram nas Acções de Formação	20	30	35

AVALIAÇÃO

Serão realizadas avaliações intercalares trimestrais, de acompanhamento, pelas responsáveis pelo projecto com o Coordenador da USP.

No final de cada ano lectivo será realizada a avaliação de resultados, pelas responsáveis pelo projecto, tendo em conta os indicadores previstos, com elaboração do respectivo relatório.

Bibliografia

1. Antinori A et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Medicine, 2011.
2. ARSLVT, Grupo de Autoridades de Saúde da. Normas para a orientação da construção de um perfil de saúde mínimo. Lisboa: ARSLVT, I.P., 2013.
3. Borch-Johnsen, K. (2002). The Case For and Against Screening for Type 2 Diabetes. DIABETES VOICE, 46(4), 16-19.
4. Bowling, A. – research methods in health: investigation health and health services. 2ª Edição. Philadelphia: Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20643-3.
5. Campos Matos, I. (2011). Era uma vez no Oeste... O VIH/SIDA na Região Oeste Norte: Epidemiologia da infecção e a necessidade de estruturas de rastreio. Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, Caldas da Rainha. Não Publicado.
6. Campos Matos, I. (2012). Diabetes Mellitus no Oeste Norte: Recomendações para Acção. Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, Caldas da Rainha. Não Publicado.
7. Campos Matos, Inês, et al. Perfil de Saúde da Região Oeste Norte. Caldas da Rainha : Unidade de Saúde Pública Zé Povinho, Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte, 2013.
8. Coates, T. J., Richter, L., & Caceres, C. (2008). Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. The Lancet, 372(9639), 669-684.
9. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007 - 2016. Lisboa, Portugal : s.n., 2007.
10. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA, 2007/2010, Lisboa, Março, 2007. Disponível em: <http://www.sida.pt>
11. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Lisboa, Portugal, 2008;
12. Deakin, T., McShane, C. E., Cade, J. E., & Williams, R. D. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 Diabetes Mellitus. Cochrane Database Syst Rev, 2.

13. DIAS, S. et al. – Infecção VIH/SIDA nos grupos de homens que têm sexo com homens e trabalhadores sexuais: prevalência, determinantes, intervenções de prevenção e acesso aos serviços de saúde: relatório comunitário – estudo com trabalhadores do sexo. Lisboa: Projecto PREVIH. IHMT, 2011.
14. Direcção-Geral da Saúde (2011). Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus tipo 2. Número 052/2011. Departamento da Qualidade na Saúde, DGS. Lisboa.
15. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2012.
16. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2013. Disponível em: <http://sida.dgs.pt/>. Acedido a 19 de maio 2014.
17. Direcção-Geral de Saúde - Programa Nacional de Saúde Escolar para 2013 / 2014.
18. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Lisboa, Portugal: s.n., 2013.
19. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. VIH/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013.
20. Hall HI et al. HIV Transmission Rates from persons living with HIV who are aware and unaware of their infection. AIDS, 2012.
21. Hamers FF & Phillips AN. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe. HIV Medicine, 2008.
22. Instituto Nacional de Estatística. População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Estado civil; Decenal (1). [Online] 7 de Dezembro de 2011.
23. Jeon, C. Y., Harries, A. D., Baker, M. A., Hart, J. E., Kapur, A., Lönnroth, K., ... & Murray, M. B. (2010). Bi-directional screening for tuberculosis and diabetes: a systematic review. Tropical Medicine & International Health, 15(11), 1300-1314.
24. Meader, N., Li, R., Des Jarlais, D. C., & Pilling, S. (2010). Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. status and date: New, published in, (1).
25. Mocroft A et al. Risk Factors and Outcomes for Late Presentation for HIV-Positive Persons in Europe: Results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). PLoS Med, 2013.

26. Neto C, Silva M, Abrantes C, Coelho M, Nunes J, Coelho V e Pais Ribeiro L. Rastreo em Saúde Mental - Concelho de Caldas da Rainha. Caldas da Rainha : Não publicado, 2011.
27. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Relatório de Primavera 2008: Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2008.
28. OMS – Perfis de Saúde das cidades: como conhecer e avaliar a saúde da sua cidade. Copenhaga: Gabinete Regional para a Europa. OMS, 1995. Edição portuguesa 1996.
29. Organização Mundial da Saúde. GLOBAL HEALTH ESTIMATES SUMMARY TABLES: DALYs BY CAUSE, AGE AND SEX, BY WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) REGION. Genebra, Suíça : Organização Mundial da Saúde, 2013. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
30. Phillips AN, et al. Increased HIV Incidence in Men Who Have Sex with Men Despite High Levels of ART-Induced Viral Suppression: Analysis of an Extensively Documented Epidemic. PLoS ONE, 2013.
31. Pineault, R e Daveluy, Carole. La planification sanitaria – conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, S.A y Salude y Gestión;, 1987.
32. Plano Local de Saúde - Identificação e priorização dos Recursos da Comunidade. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., 2011.
33. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Indicadores e Metas em Saúde. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2012.
34. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. – Lisboa, 2008.
35. Programa Nacional de Prevenção e Controlo VIH e SIDA 2012-2016, Ministério da Saúde, Portugal, 2012.
36. Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2012.
37. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Orientações Programáticas. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, Setembro de 2012;
38. Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 - IV Plano Nacional de Prevenção da Violência Doméstica 2011-2013, DR 1.ª série — N.º 243 — 17 de Dezembro de 2010;

39. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos (2013). Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências e nas Dependências 2005-2012 (PNCDT). Lisboa: SICAD. Disponível em: <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>. Acedido a: 22 de Maio 2014.
40. Simpson, A. J., Krowka, R., Kerrigan, J. L., Southcott, E. K., Wilson, J. D., Potter, J. M., ... & Hickman, P. E. (2013). Opportunistic pathology-based screening for diabetes. *BMJ open*, 3(9), e003411.
41. Tavares, A. Determinação de prioridades Módulo Estratégias de Acção e Planeamento em Saúde. Lisboa: (Adaptado do conteúdo das aulas), 2012.
42. VELASCO-GARRIDO, M. et al. – Purchasing for quality of care. In EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES – Purchasing to improve health systems performance. Berkshire: Open University Press, 2005.
43. Woolthuis, E. P. K., de Grauw, W. J., & van Weel, C. (2010). Opportunistic screening for type 2 diabetes in primary care. *The Lancet*, 376(9742), 683-684.

Nota: Os autores deste documento escrevem de acordo com a antiga ortografia.



ANEXOS - A

ANEXO A1: LISTA COMPLETA DAS INTERVENÇÕES PROPOSTAS INICIALMENTE E PONTUAÇÃO MÉDIA FINAL

P1: VIH/SIDA

1.1. Implementação de centros de rastreio/teste rápido de VIH, com a colaboração de diversas instituições na divulgação da actividade, aproveitando a oportunidade para formação e distribuição de material informativo e outro (preservativo, seringa...)	7,97
1.2. Programa de informação/sensibilização de grupos de risco (todos os que vão fazer o teste VIH, entre outros), incluindo distribuição de material informativo e outro	7,47
1.3. Programa de informação/sensibilização nas escolas, incluindo distribuição de material informativo e outro	6,81
1.4. Campanhas de informação/sensibilização da população em geral, incluindo distribuição de material informativo e outro	6,21
1.5. Programa de intervenção junto de grupos de risco, incluindo campanha de formação e distribuição de material informativo e outro	7,73

P2: Consumo excessivo de bebidas alcoólicas e substâncias aditivas nos jovens

2.1. Actividades de formação nas escolas	6,93
2.2. Actividades alternativas, à noite, nos locais onde os jovens se reúnem para beber (procurando parcerias, tais como a Cruz Vermelha)	6,62
2.3. Campanhas de informação para os pais (procurando sensibilizá-los para a importância do não consumo de bebidas alcoólicas em idades precoces)	6,73
2.4. Campanhas de formação de empresários que vendem bebidas alcoólicas onde os jovens as adquirem (procurando sensibilizá-los para os perigos do consumo de álcool por menores de idade)	6,73
2.5. Campanhas de informação para a população em geral (nomeadamente campanhas “de choque”)	5,85

P3: Diabetes

3.1. Formação/reforço da sensibilização dos profissionais de saúde para o seguimento clínico dos utentes com Diabetes, de acordo com as normas clínicas	7,46
3.2. Campanhas de (in)formação para diabéticos sobre exercício físico, alimentação e controlo da doença	6,87
3.3. Campanhas de informação para a população geral sobre a importância da prevenção (exercício físico e alimentação), bem como para os sinais de alarme da doença e suas complicações	6,97
3.4. Rastreio de Diabetes para a população em geral, incluindo a aplicação de questionário diagnóstico (Sim/Não/Desconhece), informação aos rastreados (população geral) sobre a importância da prevenção (exercício físico e alimentação), bem como para os sinais de alarme da doença e suas complicações	7,40
3.5. Campanhas de formação para diabéticos sobre as sequelas da doença e a necessidade de exercício físico, alimentação e seu controlo metabólico	7,50

P4:Doenças Cérebro-Cardiovasculares	
4.1. Campanhas de sensibilização/informação para a população em geral sobre os factores de risco para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares	7,60
4.2. Actividades esporádicas de sensibilização (caminhadas, passeios...)	7,58
4.3. Acções de rastreio para a população geral, incluindo distribuição de questionário diagnóstico de Hipertensão Arterial (Sim/Não/Desconhece) e informação aos rastreados (população geral) sobre a importância da prevenção (exercício físico e alimentação sem sal, gorduras), bem como das suas complicações	7,72
4.4. Disponibilização/criação de espaços públicos para a prática de exercício físico, tanto para a mobilidade quotidiana como para a actividade física regular (promoção da ideia de “cidades saudáveis”)	7,41
P5:Saúde Mental	
5.1. Melhorar a articulação entre os intervenientes locais (autoridade de saúde, serviços sociais, ...) e os hospitais que recebem pessoas para internamentos compulsivos (feedback)	7,39
5.2. Criação de equipas multidisciplinares com elementos da saúde, segurança social, autarquias e IPSS, entre outros, para garantir a boa integração comunitária dos indivíduos com patologia mental	7,52
5.3. Acções de rastreio de doença mental nas escolas	5,62
5.4. Actividades de promoção da Saúde Mental dirigidas a grupos de risco com a articulação entre vários parceiros	6,83
5.5. Criação de equipas multidisciplinares com elementos da saúde, da segurança social, das autarquias e das IPSS, entre outros, para garantir o apoio aos familiares de pessoas com patologia psiquiátrica (grupos de apoio, psicólogos)	7,53
P6: Insuficiência Renal Crónica	
6.1. Formação/sensibilização dos profissionais de saúde para acompanhamento de doentes com risco aumentado de desenvolverem Doença Renal Crónica	6,51
6.2. Campanhas de prevenção da Doença Renal Crónica, articulando com Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	6,72
P7: Acidentes de viação	
7.1. Investigação epidemiológica sobre acidentes de viação de forma a compreender melhor em que circunstâncias e em que locais estes ocorrem	7,14
7.2. Campanhas “de choque” que coajam os condutores a serem mais cautelosos (ex: informação nas passadeiras sobre o valor da multa por não parar numa passadeira)	6,21
7.3. Acções de informação/campanhas de sensibilização para a população em geral sobre os factores de risco mais responsáveis pelos acidentes de viação	7,09
7.4. Acções em locais onde os jovens consomem bebidas alcoólicas feitas em parceria com elementos da saúde e das forças policiais (ex: discotecas, bares, ...)	6,96
P8:Higiene urbana	
8.1. Campanhas de informação/sensibilização dirigidas ao público em geral versando aspectos da cidadania	6,75
8.2. Campanhas de informação nas escolas sobre cidadania	7,43
8.3. Estudo dos locais existentes com maior número de queixas relacionadas com falta de higiene em espaços públicos (de forma a compreender melhor o porquê do lixo, vandalismo, etc.)	6,78
P9:Práticas agrícolas com risco para a saúde humana	
9.1. Acções de sensibilização/informação dos agricultores sobre boas práticas de rega	6,20
9.2. Acções de sensibilização/informação dos agricultores sobre boas práticas de estrumar a terra	6,14

ANEXO V

REGIÃO OESTE NORTE PERFIL DE SAÚDE 2017



Volume 1, Edição 1

Agosto, 2017

Unidade de Saúde Pública Zé Povinho
ACeS Oeste Norte

Um Retrato da Região Oeste Norte

O perfil de saúde da Região Oeste Norte (ON), que integra os concelhos de Alcobça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche, é um documento elaborado e atualizado regularmente pela Unidade de Saúde Pública (USP) Zé Povinho, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Oeste Norte, no sentido de dar a conhecer à população as principais características e indicadores da região.

Este documento pretende servir como ferramenta de auxílio para o planeamento e priorização de intervenções na área da saúde desta comunidade, e insere-se, nesse contexto, na missão desta USP de contribuir para a melhoria contínua do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo para o cumprimento da missão do ACeS Oeste Norte.

Não sendo este um documento exaustivo, pretende-se que seja dinâmico e que beneficie de contribuições de todos os setores da sociedade para o complementar. Agradecemos que todos os comentários, críticas ou sugestões sejam enviados para o seguinte endereço eletrónico: usp.oestenorte@arslvt.min-saude.pt



Figura 1. Região Oeste Norte – terra de turismo e tradições

- A Região Oeste Norte tem uma **população estimada de 171.642 habitantes** e a sua pirâmide etária reflete um **índice de envelhecimento mais elevado** que o da Região de Lisboa e Vale do Tejo e do Continente.
- Em Portugal o número de nascimentos mantém uma tendência decrescente, fazendo com que o **índice sintético de fecundidade da região seja 1,2**, muito abaixo dos desejados 2,1 para renovação geracional.
- A **taxa de desemprego** na Região Oeste Norte é inferior à média nacional entre os homens enquanto o oposto ocorre no sexo feminino, e o **ganho mensal** em todos os concelhos está abaixo da média nacional, havendo aqui também **desigualdades de género** com uma disparidade salarial média de 10%.
- Os dados de acesso à saúde na região sugerem um **excesso de uso dos serviços de urgência hospitalares**, tal como uma **capacidade de internamento hospitalar inferior** à da ARS LVT e Continente.
- A **taxa de mortalidade**, após padronização, é significativamente **mais elevada** na Região Oeste Norte, notando-se um excesso de mortalidade por **diabetes, doenças cardiovasculares, suicídios, entre outras**.

Versão elaborada por: Cristina Costa (médica interna de saúde pública), Fátima Neves (enfermeira especialista em saúde comunitária), Jorge Nunes (médico de saúde pública e coordenador da USP Zé Povinho do ACeS Oeste Norte).

Os autores deste trabalho agradecem a colaboração da Dr^a Dália Saramago (CHO), Dr^a Helena Cortes-Martins (INSA, DDI-URVE), Dr^a Cláudia Borges (ACSS), Dr^a Anabela Santos (ACeS Oeste Norte), Dr^a Ana Maria Rodrigues (ACeS Oeste Norte), Dr^a Carla Nunes (Escola Nacional de Saúde Pública), Dr^a Cátia Augusto (ACeS Oeste Norte) e da Dr^a Ana Pisco (Diretora Executiva do ACeS Oeste Norte), na elaboração deste documento.

Índice

Lista de Figuras e Quadros.....	3
Lista de Siglas.....	5
INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	6
Território e população residente.....	6
Pirâmide etária.....	6
Relação de masculinidade.....	7
Índices demográficos.....	7
Esperança de vida.....	8
Saldo natural e migratório.....	9
Natalidade e fecundidade.....	9
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS.....	10
Escolaridade.....	10
Desemprego.....	11
Emprego.....	12
Condições de vida e cidadania.....	13
Crime e justiça.....	14
Ambiente e saneamento básico.....	14
Mapa ambiental da Região Oeste Norte.....	15
Idade materna ao nascimento do primeiro filho.....	16
Nascimentos em mulheres em idade de risco.....	16
Nascimentos pré-termo e baixo peso à nascença.....	17
Interrupções voluntárias da gravidez.....	17
INDICADORES DE SAÚDE.....	18
Recursos e acesso à saúde.....	18
Mortalidade global.....	19
Mortalidade infantil.....	20
Mortalidade específica.....	21
Determinantes de saúde.....	26
Hábitos de saúde na adolescência.....	26
Prevenção da obesidade infantil.....	27
Rastreios.....	27
Vacinação.....	28
Saúde escolar.....	28
Saúde oral.....	29
Saúde mental.....	29
Medicina do viajante e vacinação internacional.....	31
Prevenção e tratamento de comportamentos aditivos.....	31
Morbilidade a nível dos cuidados de saúde primários.....	34
Morbilidade hospitalar.....	38
Doenças de declaração obrigatória.....	41
Infeção VIH/SIDA.....	42
Tuberculose.....	44
Vigilância epidemiológica da gripe na Região Oeste.....	46
Projeto Cidade dos Afetos.....	47
Quadro síntese.....	48
Conceitos.....	49

Lista de Figuras

Figura 1 – Região Oeste Norte – terra de turismo e tradições	capa
Figura 2 – Região Oeste Norte e estimativas da população residente	6
Figura 3 – Pirâmides etárias da população residente na Região Oeste Norte.	6
Figura 4 – Índice de envelhecimento por concelho do ACeS Oeste Norte	7
Figura 5 – Evolução do índice de envelhecimento em Portugal, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	7
Figura 6 – Índice de Envelhecimento e Índice de Dependência de Idosos no ACeS Oeste Norte	8
Figura 7 – Índice de Dependência de Jovens em Portugal, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	8
Figura 8 – Índices demográficos no ACeS Oeste Norte	8
Figura 9 – Esperança de vida à nascença no Continente e Região Oeste	8
Figura 10 – Esperança de vida aos 65 anos no Continente e Região Oeste	8
Figura 11 – Saldo natural e migratório e população residente no ACeS Oeste Norte	9
Figura 12 – Evolução da taxa bruta de natalidade em Portugal, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	9
Figura 13 – Distribuição da população residente no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte por nível de escolaridade	10
Figura 14 – Distribuição da população residente no ACeS Oeste Norte por nível de escolaridade	10
Figura 15 – Proporção da população do ACeS Oeste Norte sem nenhuma escolaridade, por género e grupo etário	11
Figura 16 – Proporção da população ativa inscrita no IEFP, por local de residência	12
Figura 17 – População residente inscrita no IEFP, por concelho	12
Figura 18 – Representatividade dos setores de atividade económica por proporção de população empregada	12
Figura 19 – Evolução da taxa de criminalidade por local de residência	14
Figura 20 – Evolução da proporção de acidentes de viação com vítimas, e da taxa de criminalidade por condução sob o efeito do álcool e sem habilitação legal	14
Figura 21 – Mapa ambiental da região Oeste Norte	15
Figura 22 – Idade média da mulher à data de nascimento do primeiro filho, no Continente e na Região Oeste	16
Figura 23 – Proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, por triénio	16
Figura 24 – Proporção de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos, por triénio.	16
Figura 25 – Proporção de nascimentos pré-termo por nados-vivos, por triénio	17
Figura 26 – Proporção de nados-vivos com baixo peso à nascença, anual	17
Figura 27 – Interrupções voluntárias da gravidez por 10.000 mulheres em idade fértil	17
Figura 28 – Mapa de recursos de saúde do ACeS Oeste Norte	18
Figura 29 – Evolução da taxa bruta de mortalidade no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	19
Figura 30 – Taxa mortalidade infantil, por triénio, no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	20
Figura 31 – Taxa mortalidade perinatal, por triénio, no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	20
Figura 32 – Taxa de mortalidade por grande grupo de causas de morte no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	21
Figura 33 – Principais causas de morte por grande grupo de causas no triénio 2012-14 no ACeS Oeste Norte	21
Figura 34 – Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos do cólon e do reto, no triénio 2012-14	24
Figura 35 – Taxa de mortalidade padronizada por diabetes, no triénio 2012-14	24
Figura 36 – Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, no triénio 2012-14	25
Figura 37 – Taxa de mortalidade padronizada por causas externas de lesão/envenenamento, acidentes, acidentes de transporte, e suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente, no triénio 2012-14	25
Figura 38 – Proporção de alunos ensino secundário que consumiu tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas	26
Figura 39 – Uso de preservativo na primeira relação sexual entre os estudantes do ensino secundário do ACeS Oeste Norte	26
Figura 40 – Relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou substâncias psicoativas entre os estudantes do ensino secundário do ACeS Oeste Norte	26
Figura 41 – Número de crianças identificadas para seguimento em consulta especializada de nutrição, no ano de 2014/2015	27
Figura 42 – Número de crianças identificadas para seguimento em consulta especializada de nutrição, no ano de 2015/2016	27
Figura 43 – Proporção de alunos do ACeS Oeste Norte abrangidos pelo Programa Nacional de Saúde Escolar	28
Figura 44 – Evolução do número de cheques dentista e documentos de referência ao higienista oral emitidos por ano	29
Figura 45 – Evolução das taxas de utilização docheques dentista e documentos de referência ao higienista oral emitidos	29
Figura 46 – Proporção de mandados de condução para internamento compulsivo emitidos por ACeS da ARS LVT	30
Figura 47 – Número de mandados de condução para internamento compulsivo por 10000 habitantes, ACeS ON e ARS LVT	30
Figura 48 – Número de mandados de condução para internamento compulsivo por 10000 habitantes, por concelho	30
Figura 49 – Evolução do número de atendimentos no contexto de Medicina do Viajante e Vacinação Internacional	31
Figura 50 – Distribuição da proporção de vacinas administradas no contexto da vacinação internacional, no ano de 2016	31
Figura 51 – Distribuição dos utentes da Consulta de Alcoologia do ACeS Oeste Norte segundo a proveniência, no ano 2015	32
Figura 52 – Distribuição dos utentes da Consulta de Alcoologia do ACeS Oeste Norte por grupo etário na primeira consulta	32
Figura 53 – Novos utentes atendidos na consulta de cessação tabágica de acordo com o grupo etário e género	33
Figura 54 – Novos utentes atendidos na consulta de cessação tabágica de acordo com estado final de fumador ou não	33
Figura 55 – Métodos terapêuticos utilizados na consulta de cessação tabágica	33
Figura 56 - Proporção de medicamentos consumidos que são genéricos	34
Figura 57 - Proporção de diagnósticos ativos de "diabetes" nas unidades de CSP do ACeS Oeste Norte	36
Figura 58 - Proporção de diagnósticos ativos de "hipertensão arterial" nas unidades de CSP do ACeS Oeste Norte	36
Figura 59 - Proporção de diagnósticos ativos de "perturbação depressiva" nas unidades de CSP do ACeS Oeste Norte	36
Figura 60 - Evolução da proporção de diagnósticos ativos de "diabetes", "hipertensão arterial" e "perturbação depressiva"	36
Figura 61 - Proporção de diagnósticos ativos de síndromes dolorosas nas unidades de CSP do ACeS Oeste Norte	37
Figura 62 - Evolução do número de episódios de urgência em hospitais públicos ou parcerias público-privadas por habitante	38
Figura 63 - Evolução do número de internamentos hospitalares por episódio de urgência, nos hospitais de referência	38
Figura 64 - Distribuição de Episódios de Urgência por Prioridade da Triagem de Manchester no Centro Hospitalar do Oeste	38

Figura 65 - Proporção de primeiras consultas realizadas em tempo adequado, média anual	39
Figura 66 - Taxa de internamento por doenças cerebrovasculares em utentes com menos de 65 anos, por asma ou DPOC em adultos, por complicações da diabetes <i>mellitus</i> , por insuficiência cardíaca, angina de peito, e pneumonia	40
Figura 67 - Número de doenças de declaração obrigatória notificadas no ACeS Oeste Norte, por semestre	41
Figura 68 - Notificações de doenças de declaração obrigatória através do SINAVE no ACeS Oeste Norte	41
Figura 69 - Evolução do número de novos casos de VIH [PA+CRS], SIDA e VIH/SIDA no ACeS Oeste Norte	42
Figura 70 - Evolução da incidência cumulativa de VIH/SIDA por quadriénio	43
Figura 71 - Evolução da incidência cumulativa de VIH/SIDA por concelho do ACeS Oeste Norte	43
Figura 72 - Distribuição das formas de apresentação de tuberculose no ACeS Oeste Norte	44
Figura 73 - Incidência cumulativa de tuberculose no triénio de 2014-16, por concelho do ACeS Oeste Norte	44
Figura 74 - Taxa de incidência de tuberculose, média do período 2010-2014, no Continente	44
Figura 75 - Tratamento irregular/abandono de terapêutica para a tuberculose por localização geográfica	45
Figura 76 - Taxa de incidência de gripe na época 2016-17 em Portugal e conjunto dos ACeS Oeste Norte e Sul	46
Figura 77 - Taxa de incidência de gripe nas épocas 2014-15, 2015-16 e 2016-17 no ACeS Oeste Norte e Sul	46
Figura 78 - Atividades no âmbito do projeto Cidade dos Afetos	47

Lista de Quadros

Quadro I	Relação de masculinidade no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	7
Quadro II	Evolução de índices demográficos em Portugal, ARS LVT e ACeS Oeste Norte	7
Quadro III	Taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade geral, por localização geográfica	9
Quadro IV	Proporção da população ativa com ensino superior completo	10
Quadro V	Taxas de analfabetismo e de abandono escolar	11
Quadro VI	Taxa de desemprego por local de residência e por género	11
Quadro VII	Ganho médio mensal (em euros) no ano de 2014	13
Quadro VIII	Disparidade no ganho mensal entre sexos na população empregada por conta de outrem	13
Quadro IX	Poder de compra per capita por local de residência	13
Quadro X	Taxa de abstenção nas eleições para a presidência da república, para a assembleia da república, e para as câmaras municipais	13
Quadro XI	Proporção da população residente servida por sistemas públicos de abastecimento de água, sistemas de drenagem de águas residuais, e estações de tratamento de águas residuais	14
Quadro XII	Número de hospitais públicos e privados, centros de saúde, unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados, instituições particulares de solidariedade social, e farmácias por localização geográfica	18
Quadro XIII	Taxa de domicílios médicos e de enfermagem por 1000 inscritos no ACeS Oeste Norte	19
Quadro XIV	Médicos, médicos dentistas, farmacêuticos por local de residência por 1000 habitantes; e enfermeiros por local de trabalho por 1000 habitantes, por localização geográfica	19
Quadro XV	Número de camas, internamentos e consultas externas hospitalares em hospitais, número de consultas em cuidados de saúde primários, total e por habitante	19
Quadro XVI	Evolução de indicadores de mortalidade infantil e componentes no ACeS Oeste Norte	20
Quadro XVII	Taxa de mortalidade específica, padronizada, na população total, por grande grupo de causas de morte, por sexo e por sexo e local de residência	22
Quadro XVIII	Taxa de mortalidade específica, padronizada, na população com idade inferior a 75 anos, por grande grupo de causas de morte, por sexo e por sexo e local de residência	23
Quadro XIX	Proporção de determinantes de saúde ativos entre utentes inscritos no ACeS Oeste Norte	26
Quadro XX	Proporção da população em risco abrangida por programas de rastreio	27
Quadro XXI	Proporção de crianças com PNV cumprido e idosos/doentes crónicos com vacina da gripe	28
Quadro XXII	Taxa de utilização de consultas médicas (a um e a três anos) no ACeS Oeste Norte	34
Quadro XXIII	Índices de acompanhamento adequado no ACeS Oeste Norte	34
Quadro XXIV	Proporção dos 10 diagnósticos ativos mais frequentes entre utentes do ACeS Oeste Norte	34
Quadro XXV	Proporção de diagnósticos ativos por utentes inscritos nas unidades de CSP	35
Quadro XXVI	Proporção de diagnósticos ativos (tumores malignos) por inscritos nas unidades de CSP	37
Quadro XXVII	Proporção de primeiras consultas hospitalares realizadas em tempo adequado	39
Quadro XXVIII	Número total de consultas hospitalares realizadas, por ano	39
Quadro XXIX	Proporção de primeiras consultas hospitalares do total de consultas realizadas	39
Quadro XXX	Número de internamentos em hospitais por 1000 habitantes	39
Quadro XXXI	Incidência cumulativa de notificações no SINAVE, no primeiro semestre de 2015	41
Quadro XXXII	Alguns indicadores demográficos, socioeconómicos e de saúde, na Região Oeste Norte, Portugal, e mínimo e máximo no território nacional	48-49

Lista de Siglas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACeS ON	Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte
ACeS OS	Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
ARS	Administração Regional de Saúde
ARS LVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CAT	Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CHL	Centro Hospitalar de Leiria
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
CHO	Centro Hospitalar do Oeste
CM	Câmara Municipal
CRI	Centro de Respostas Integradas
CRS	Complexo Relacionado com a SIDA
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ET	Equipa de Tratamento
ETAR	Estação de Tratamento de Águas Residuais
DDI	Departamento de Doenças Infecciosas
DGS	Direção-Geral da Saúde
IDI	Índice de Dependência de Idosos
IDJ	Índice de Dependência de Jovens
IDT	Índice de Dependência Total
IE	Índice de Envelhecimento
IEFP	Instituto de Emprego e Formação Profissional
IJ	Índice de Juventude
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IVG	Interrupção Voluntárias da Gravidez
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
PA	Portador Assintomático
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SAE	Setores de Atividade Económica
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
SVIG-TB	Sistema de Vigilância da Tuberculose em Portugal
TM	Taxa de Mortalidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
URVE	Unidade de Referência de Vigilância Epidemiológica
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VASPR	Vacina tríplice contra o Sarampo, Parotidite e Rubéola
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
VIP	Vacina Inativada contra a Poliomielite

Território e População Residente

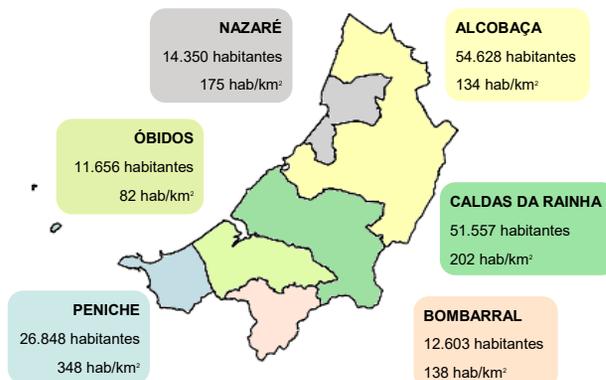


Figura 2. Região Oeste Norte e estimativas da população residente. Fonte: INE, 2016.

A Região Oeste Norte é composta pelos concelhos de Alcobaca, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche, que compõem uma área territorial total de 1057 km².

A população estimada da Região Oeste Norte é de 171.642 habitantes (2016, INE), um número significativamente inferior à população registada no último Censos (176.298), traduzindo um crescimento populacional negativo nos últimos anos que acompanha a tendência observada a nível nacional.

Pirâmide Etária da Região Oeste Norte

A estrutura demográfica da população da Região Oeste Norte tem sofrido importantes alterações nas últimas décadas. Comparativamente ao início do milénio, verificamos que há um afunilamento progressivo da base da pirâmide etária da região, traduzindo um envelhecimento da população desta região.

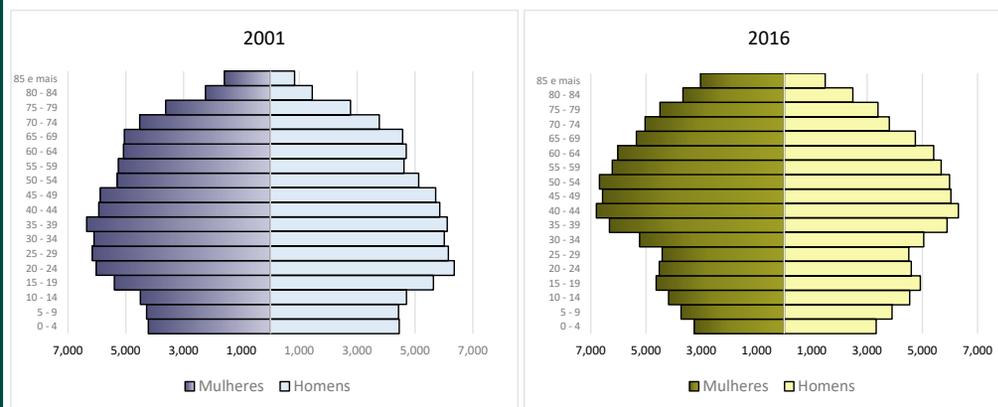


Figura 3. Pirâmides etárias da população residente na região Oeste Norte. Fonte: INE, 2016 (Censos 2001 e estimativas INE 2016).

A proporção de população estrangeira residente na Região Oeste Norte era 3,2% à data do último Censos (2011), valor ligeiramente inferior à média nacional e aproximadamente metade do valor da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Relação de Masculinidade

A relação de masculinidade da Região Oeste Norte é 91,1 (2015, INE), o que significa que existem 91 homens por 100 mulheres nesta região. Esta proporção é superior à média nacional e da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Quadro I. Relação de masculinidade no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte

	2013	2014	2015
Continente	90,6	90,2	90
ARS Lisboa e Vale do Tejo	89,6	89,4	89,2
ACeS Oeste Norte	91,6	91,3	91,1

Fonte: INE.

Índices Demográficos

A Região Oeste Norte apresenta um maior número de população idosa (>65 anos) por população jovem (0-14 anos) relativamente à Região de Lisboa e Vale do Tejo e de Portugal, que se traduz por um Índice de Envelhecimento (IE) superior. Globalmente, assistimos a um aumento paulatino deste índice em todas as regiões supracitadas, refletindo um envelhecimento da população portuguesa.

Até ao início da presente década, os concelhos do Bombarral e de Óbidos apresentavam populações significativamente mais envelhecidas relativamente aos restantes concelhos da Região Oeste Norte. No entanto, desde 2011 estima-se que esta diferença tenha sido atenuada, nomeadamente por aumento dos índices de envelhecimento dos restantes concelhos do ACeS. As estimativas mais recentes apontam para um aumento particularmente importante da população idosa relativamente à população jovem no concelho de Alcobaça.

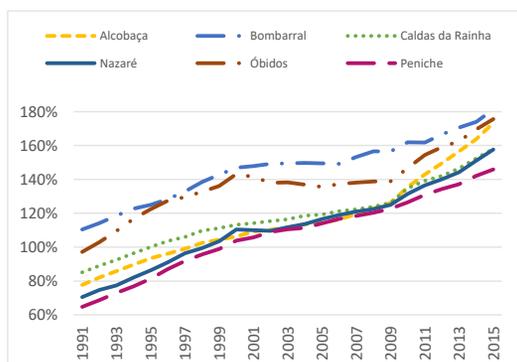


Figura 4. Índice de envelhecimento por concelho do ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

Quadro II. Evolução de Índices Demográficos em Portugal, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte

	1991	2001	2011	2015
Índice de Juventude (IJ)				
Portugal	138,7	97,5	78,4	68,2
ARS Lisboa e Vale do Tejo	128,8	92	79,8	71,9
ACeS Oeste Norte	124,5	87	70,7	61,2
Índice de Envelhecimento (IE)				
Portugal	72	102,6	127,6	146,6
ARS Lisboa e Vale do Tejo	77,7	108,7	125,3	139,2
ACeS Oeste Norte	80,3	114,9	141,4	163,4
Índice de Dependência de Jovens (IDJ)				
Portugal	29	24	22,6	21,7
ARS Lisboa e Vale do Tejo	25,4	22,3	23,9	24,2
ACeS Oeste Norte	28,2	23,9	22,2	20,5
Índice de Dependência de Idosos (IDI)				
Portugal	20,9	24,6	28,8	31,8
ARS Lisboa e Vale do Tejo	19,7	24,2	30	33,6
ACeS Oeste Norte	22,7	27,4	31,3	33,5
Índice de Dependência Total (IDT)				
Portugal	50	48,7	51,4	53,4
ARS Lisboa e Vale do Tejo	45,1	46,5	53,9	57,8
ACeS Oeste Norte	50,9	51,3	53,5	54,1

Fonte: INE

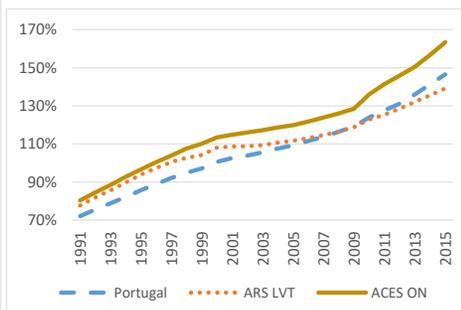


Figura 5. Evolução do índice de envelhecimento em Portugal, ARS LVT e ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

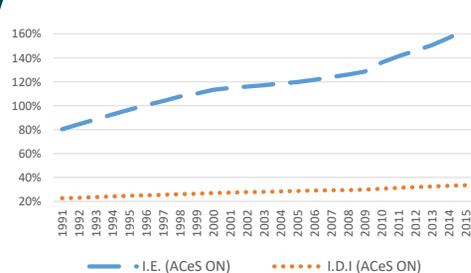
REGIÃO OESTE NORTE
PERFIL DE SAÚDE 2017

Figura 6. Índice de Envelhecimento e Índice de Dependência de Idosos no ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

O índice de dependência de idosos, isto é, a proporção de idosos por população em idade ativa (15-64 anos), tem vindo a aumentar no ACeS Oeste Norte, como resultado de um envelhecimento geral da população residente. Por outro lado, a proporção de jovens tem vindo a diminuir em relação à população ativa na Região Oeste Norte assim como em Portugal (índice de dependência de jovens).

A variação destes indicadores resulta num índice de dependência total (população jovem e idosa por população ativa) sensivelmente inalterado.

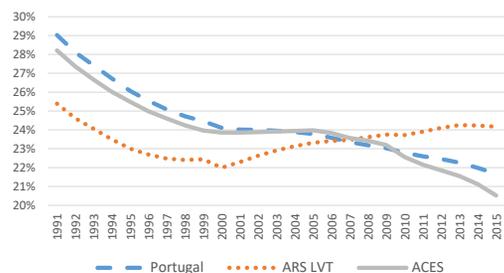


Figura 7. Índice de Dependência de Jovens em Portugal, ARS LVT e ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

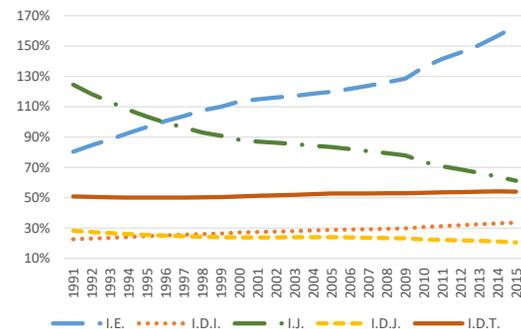


Figura 8. Índices demográficos no ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

Esperança de Vida

A esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar na Região Oeste, sendo estimada em cerca de 80 anos (2013-15), valor que está abaixo da média no Continente (80,6 anos) e corresponde ao valor mais baixo das regiões (NUTS III) da região de Lisboa e Vale do Tejo. A esperança de vida aos 65 anos na região Oeste foi estimada em 18,7 anos (2013-2015), o que significa que a população residente com 65 anos em 2013-15 apresenta uma esperança de vida de quase 19 anos.

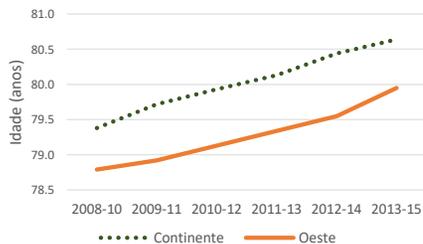


Figura 9. Esperança de vida à nascença no Continente e Região Oeste. Fonte: INE.



Figura 10. Esperança de vida aos 65 anos no Continente e Região Oeste. Fonte: INE.

Saldo Natural e Migratório

Nos últimos anos estima-se uma diminuição na população residente na Região Oeste Norte, mantendo a tendência observada desde 2010 a nível nacional. A estimativa de população na Região Oeste Norte em 2015 foi de 172.460 habitantes, menos 728 do que em 2014, o que representa uma taxa de crescimento efetivo de -0,42%.

O saldo migratório na nossa região apresentou um decréscimo abrupto de 2009 a 2012, tendo tido uma ligeira melhoria em 2013, e em 2015 apontando para uma forte tendência de aumento em todos os concelhos de abrangência do ACeS.

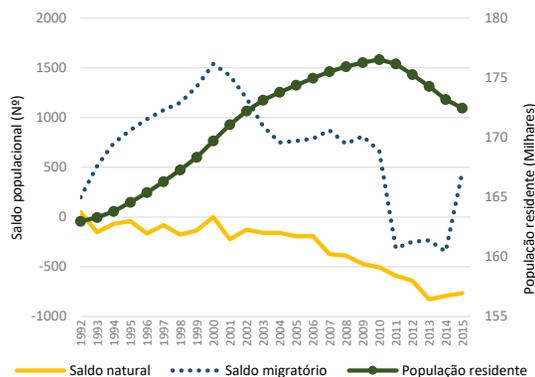


Figura 11. Saldo natural e migratório e população residente no ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

Quadro III. Taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade geral, por mil habitantes (2015).

	Taxa de Natalidade (‰)	Taxa de Fecundidade (‰)
Portugal	8,25	36
ARS Lisboa e Vale do Tejo	9,48	41,9
ACeS Oeste Norte	7,24	32,4
Alcobaça	6,53	28,9
Bombarral	5,9	27,5
Caldas da Rainha	6,93	30,1
Nazaré	8,92	41,1
Óbidos	8,18	38,2
Peniche	8,63	39,4

Fonte: INE.

Natalidade e Fecundidade

O número de nascimentos na Região Oeste Norte tem vindo a diminuir na última década, embora com tendência a estabilizar nos anos mais recentes. Esta estabilização, juntamente com a diminuição da população residente, resultou num ligeiro efeito de aumento na taxa de natalidade nos últimos anos.

Em 2015, a taxa de bruta de natalidade foi de 7,2‰ na Região Oeste Norte, um valor que fica bastante aquém dos registados na Região de Lisboa e Vale do Tejo e Portugal.

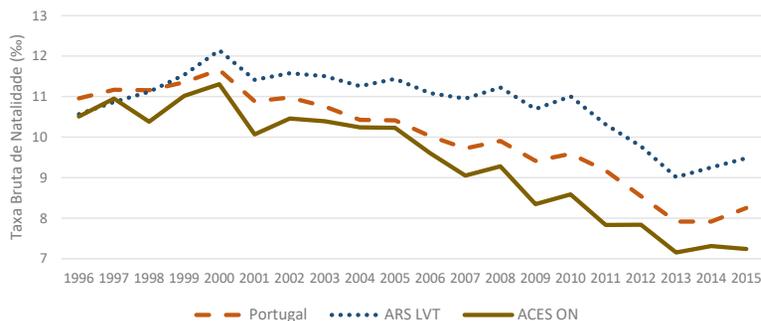


Figura 12. Evolução da taxa bruta de natalidade (Portugal, ARS LVT, ACeS Oeste Norte). Fonte: INE.

Escolaridade

O nível de escolaridade da população da Região Oeste Norte melhorou entre as datas dos últimos Censos. No entanto, à data do Censos 2011, o panorama de escolaridade no ACeS Oeste Norte mantinha-se ainda atrás dos valores gerais de escolarização verificados a nível regional e nacional: no ACeS verificava-se uma proporção da população sem escolaridade superior à da ARS LVT e Continente (Gráfico 10), e uma proporção de população ativa com ensino superior completo inferior às das regiões da ARS LVT e do Continente (Tabela 4).

É ainda interessante observar que, na população ativa com ensino superior (Tabela 4), existe uma marcada diferença nas proporções de género: 9,5% no género masculino, contra 15,9% no género feminino.

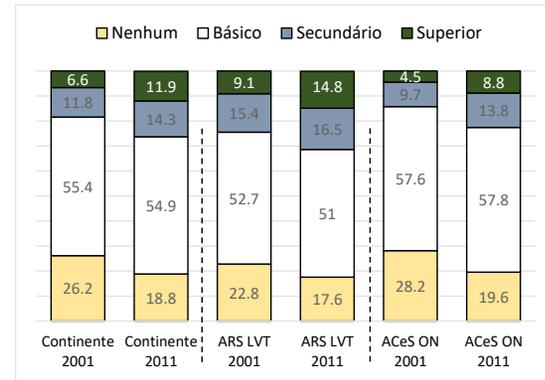


Figura 13. Distribuição (%) da população residente por nível de escolaridade (Censos 2001 e 2011). Fonte: INE.

Quadro IV. Proporção (%) da população ativa com ensino superior completo (Censos 2011)

Ensino Superior Completo	
Continente	16,7
ARS Lisboa e Vale do Tejo	20,6
ACeS Oeste Norte	12,8
Homens	9,5
Mulheres	15,9

Fonte: INE

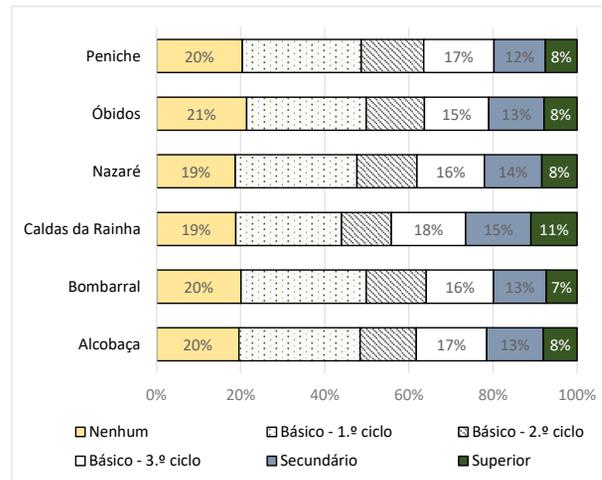


Figura 14. Distribuição (%) da população por nível de escolaridade (Censos 2011). Fonte: INE.

Entre os concelhos do ACeS Oeste Norte destaca-se o de Caldas da Rainha, com maior proporção de indivíduos residentes com mais habilitações (ensino secundário 15% e ensino superior 11%) conforme podemos observar no Gráfico 11. Em todos os concelhos do ACeS Oeste Norte a proporção de indivíduos sem escolaridade é aproximadamente equivalente e corresponde a 20%.

A taxa de analfabetismo no ACeS era de 6% em 2011, valor superior ao da ARS LVT e Continente.

Como podemos ver no Gráfico 13, a taxa de analfabetismo no ACeS é muito elevada na faixa etária dos 65 anos ou mais, na qual quase um quarto da população do ACeS Oeste Norte não possuía qualquer nível de escolaridade em 2011 (principalmente entre as residentes do sexo feminino). Nos grupos etários mais jovens este valor é muito inferior, o que aponta para uma previsão de melhoria dos índices globais de escolarização da população do ACeS nas próximas décadas.

Quadro V. Taxas (%) de analfabetismo e de abandono escolar à data do Censos 2011.

	Taxa de Analfabetismo (%)	Taxa de Abandono Escolar (%)
Continente	5,2	1,6
ARS Lisboa e Vale do Tejo	4,0	1,7
ACeS Oeste Norte	6,0	1,6
Alcobaça	6,2	1,7
Bombarral	6,4	2,0
Caldas da Rainha	5,6	1,7
Nazaré	5,7	1,4
Óbidos	7,2	0,8
Peniche	6,1	1,7

Fonte: INE

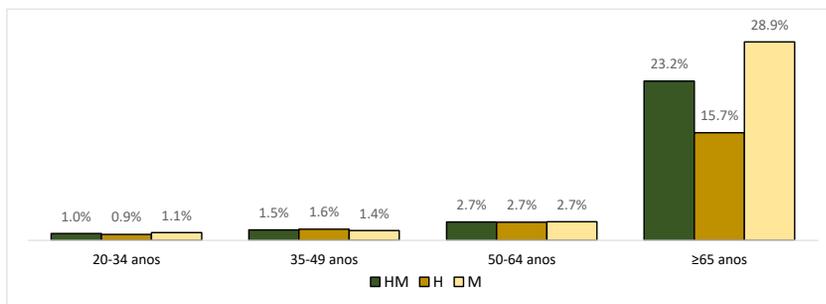


Figura 15. Proporção (%) da população do ACeS Oeste Norte sem nenhuma escolaridade, por género e grupo etário (Censos 2011). HM - Homens e Mulheres, H – Homens, M – Mulheres. Fonte: INE.

Desemprego

Após uma subida acentuada, desde o ano 2013 a taxa de desemprego nacional tem vindo a diminuir, e no ano de 2016 atingiu o valor de 11,2% (INE).

À data do Censos de 2011, a taxa de desemprego no ACeS Oeste Norte era superior à da da ARS LVT, mas inferior à do Continente. Verificava-se uma diferença significativa entre os géneros, sendo que em Peniche e na Nazaré a taxa de desemprego entre as mulheres era superior a 16%.

Quadro VI. Taxa de desemprego (%) por local de residência e por género (Censos 2011).

	Taxa de Desemprego (%)		
	HM	H	M
Continente	13,19	12,51	13,92
ARS Lisboa e Vale do Tejo	12,65	12,89	12,40
ACeS Oeste Norte	12,69	11,50	13,98
Alcobaça	10,99	9,46	12,69
Bombarral	11,75	10,34	13,43
Caldas da Rainha	13,71	13,32	14,12
Nazaré	14,33	12,51	16,25
Óbidos	10,79	9,54	12,27
Peniche	14,53	13,16	16,06

Fonte: INE. HM - Homens e Mulheres, H – Homens, M – Mulheres.

Seguindo a tendência da taxa de desemprego nacional, a proporção da população ativa inscrita no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) tem vindo a decrescer desde 2013 (Figura 16 e 17), tanto na Região Oeste Norte como na de Lisboa e Vale do Tejo e Continente.

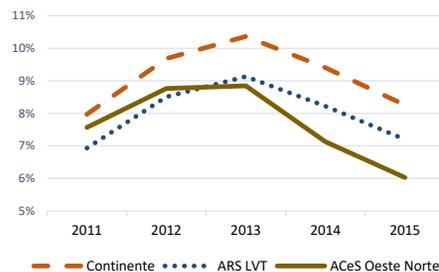


Figura 16. Proporção (%) da população ativa inscrita no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), por local de residência. Dados: INE e IEFP.

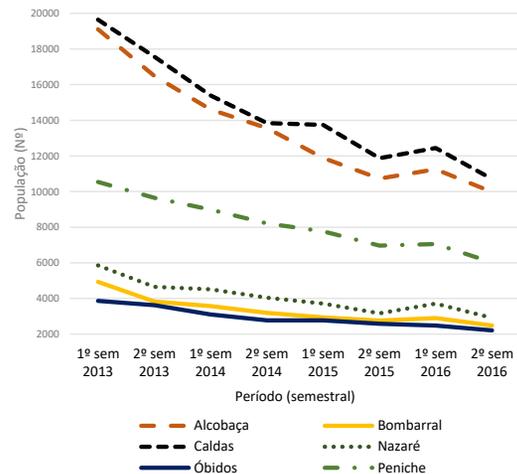


Figura 17. População (Nº) residente inscrita no Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), por concelho. Dados: IEFP.

Emprego

Relativamente à ARS Lisboa e Vale do Tejo e ao Continente, o ACeS Oeste Norte apresenta maior proporção de população empregada nos Setores de Atividade Económica (SAE) primário e secundário, em detrimento do setor terciário.

Da população empregada do ACeS Oeste Norte, em 2011, 7% trabalhava no SAE primário (produção de matérias-primas), 28% no SAE secundário (indústrias transformadoras, construção e produção de energia) e 65% no SAE terciário (serviços).



Figura 18. Representatividade dos setores de atividade económica por proporção de população empregada (Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACeS Oeste Norte); Censos 2011. Fonte: INE.

Condições de Vida e Cidadania

Seguindo a tendência observada a nível nacional, o ganho médio mensal na Região Oeste tem vindo a aumentar com o decorrer dos anos, correspondendo em 2014 a cerca de 920 euros. No entanto, esta tendência apenas se verifica em três dos concelhos do ACeS Oeste Norte, já que no triénio 2012-14 o ganho médio mensal diminuiu nos concelhos de Nazaré, Óbidos e Peniche. Ainda assim, Óbidos mantém-se o concelho com ganho mensal mais alto do ACeS Oeste Norte, sendo o único concelho do ACeS com ganho mensal médio superior ao valor médio da Região Oeste.

Existe uma disparidade de cerca de 11% no salário mensal entre homens e mulheres em Portugal Continental e na Região Oeste, sendo ligeiramente menos acentuada na Região Oeste Norte (Quadro VIII). Entre os concelhos do ACeS Oeste Norte, Alcobaca apresenta a maior diferença no salário entre géneros (12%), e Bombarral é o concelho onde esta diferença é menor (aproximadamente 6% de disparidade proporcional entre ganhos mensais).

O poder de compra per capita tem vindo a aumentar na última década em todos os concelhos do ACeS Oeste Norte, no entanto em 2013 este era ainda inferior ao do Continente (Quadro IX). O concelho de Caldas da Rainha apresenta o poder de compra mais elevado entre os concelhos do ACeS Oeste Norte (98,05%), sendo aquele que está mais próximo do poder de compra médio de Portugal continental (100,75%).

Quadro IX. Poder de compra per capita (%), por Local de Residência; 2013

Poder de Compra (%)	
Continente	100,75
Região Oeste	89,50
Região Oeste Norte*	86,8
Alcobaca	85,95
Bombarral	81,09
Caldas da Rainha	98,05
Nazaré	89,32
Óbidos	79,92
Peniche	86,70

*o valor para o Oeste Norte foi obtido através da média dos seis concelhos. Fonte: INE

Quadro VII. Ganho médio mensal (em euros) no ano de 2014

Ganho médio mensal (€)	
Continente	1093,2
Região Oeste	919,7
Região Oeste Norte*	862,6
Alcobaca	877,0
Bombarral	826,1
Caldas da Rainha	898,3
Nazaré	811,6
Óbidos	923,6
Peniche	839,0

*o valor para o Oeste Norte foi obtido através da média dos seis concelhos. Fonte: INE

Quadro VIII. Disparidade (%) no ganho médio mensal entre sexos na população empregada por conta de outrem; ano de 2013

Disparidade salarial entre homens e mulheres	
Continente	10,9
Região Oeste	10,7
Região Oeste Norte*	9,6
Alcobaca	12,0
Bombarral	5,8
Caldas da Rainha	9,6
Nazaré	9,1
Óbidos	10,6
Peniche	10,3

*o valor para o Oeste Norte foi obtido através da média dos seis concelhos. Fonte: INE

Quadro X. Taxa de abstenção (%) nas eleições para a Presidência da República ([PR], 2016), para a Assembleia da República ([AR], 2015), e para as Câmaras Municipais ([CM], 2013)

Taxa de Abstenção (%)	PR	AR	CM
Continente	49,3	42,4	47,4
Região Oeste	49,8	42,9	48,9
Região Oeste Norte*	53,3	53,1	50,0
Alcobaca	46,5	40,6	46,4
Bombarral	50,6	43,7	49,0
Caldas da Rainha	51,4	45,2	53,5
Nazaré	62,6	52,1	49,3
Óbidos	50,4	43,6	44,7
Peniche	58,4	50,4	56,8

*o valor para o Oeste Norte foi obtido através da média dos seis concelhos. Fonte: INE

Crime e Justiça

Apesar do ligeiro aumento em 2015, nos últimos anos a taxa de criminalidade tem mostrado uma tendência decrescente no ACeS Oeste Norte, assim como na ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente (Figura 19). Desde o ano de 2014 que a taxa de criminalidade é inferior no ACeS Oeste Norte relativamente ao Continente, no entanto a taxa de criminalidade na ARS LVT apresenta valores sustentadamente mais elevados. Através do Figura 20 podemos verificar que há uma tendência de aumento da proporção de acidentes de viação com vítimas desde 2013, mais acentuada no ACeS Oeste Norte.

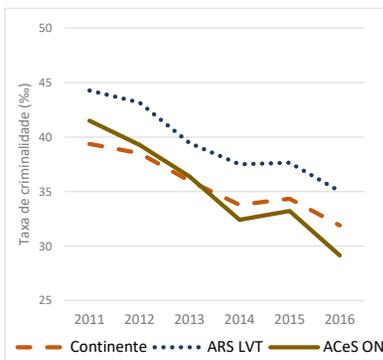


Figura 19. Evolução da taxa de criminalidade (%) por Local de Residência; anual. Dados: INE.

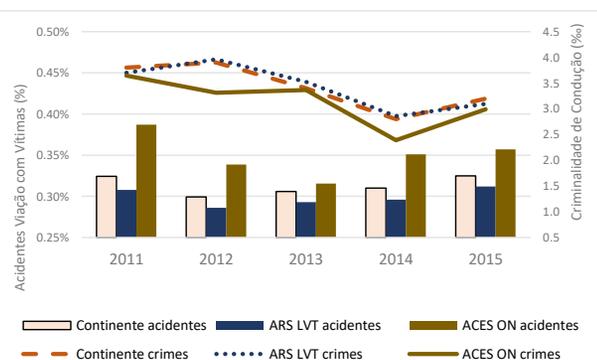


Figura 20. Evolução da proporção de acidentes de viação com vítimas (%) do total de acidentes, e da taxa de criminalidade por condução sob o efeito do álcool e por condução sem habilitação legal (%), anual. Dados: INE.

Ambiente e Saneamento Básico

Quadro XI. Proporção (%) da população residente servida por sistemas públicos de abastecimento de água, sistemas de drenagem de águas residuais, estações de tratamento de águas residuais (ETAR), por localização no ano 2009; Água segura (%) por localização, ano 2015.

	População (%) servida por			Água Segura (%)
	Sistemas públicos de abastecimento de água	Sistemas de drenagem de águas residuais	Estações de tratamento de águas residuais	
Continente	96	84	74	99
ARS Lisboa e Vale do Tejo	99	92	81	100
ACeS Oeste Norte	97	94	92	99
Alcobaça	99	95	96	100
Bombarral	95	74	68	100
Caldas da Rainha	100	100	100	99
Nazaré	100	100	96	99
Óbidos	100	91	91	100
Peniche	88	89	78	98

Dados: INE, CM Peniche, CM Alcobaça.

Mapa Ambiental da Região Oeste Norte

De seguida apresenta-se o mapa da Região Oeste Norte com referência aos principais pontos de interesse ambiental, geográfico e turístico.



Figura 21. Mapa ambiental da Região Oeste Norte.

A Região Oeste Norte dispõe de 25 zonas balneares, distribuídas pelos concelhos de Alcobaça (6), Nazaré (2), Caldas da Rainha (2), Óbidos (3) e Peniche (12), onze delas com galardões de Bandeira Azul. No ano de 2016, a quase totalidade (24) dessas praias obtiveram classificação de qualidade “excelente” (INE, 2016), havendo apenas uma com classificação “aceitável” (praia Molhe Leste, Peniche).

Idade Materna ao Nascimento do Primeiro Filho

Em Portugal em 1990, o primeiro filho nascia em média quando a mãe tinha menos de 25 anos de idade. Nas últimas décadas este panorama tem-se alterado, fruto de vários fatores socioeconómicos e culturais. Atualmente no nosso país, o primeiro filho nasce, em média, quando a mãe tem mais de 30 anos (30,4 anos em 2016 em Portugal continental).

A idade média à qual as mulheres têm o seu primeiro filho tem vindo a aumentar paulatinamente na Região Oeste, acompanhando a tendência nacional. Ainda assim, as mulheres na Região Oeste tendem a ter o seu primeiro filho mais cedo (em 2016 aos 29,8 anos em média) relativamente à idade média das mulheres em Portugal continental.

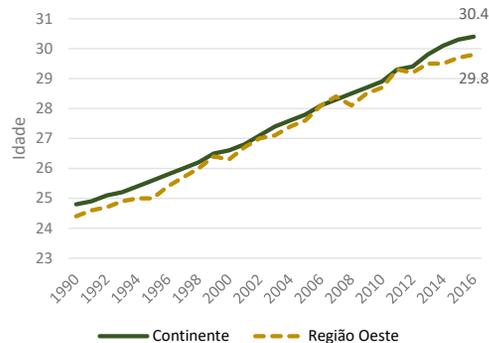


Figura 22. Idade média da mulher à data de nascimento do primeiro filho, no Continente e na Região Oeste. Fonte: INE.

Nascimentos em Mulheres em Idade de Risco

Os nascimentos em mulheres em idade de risco podem ser utilizados como indicadores socioeconómicos de uma região. No ACeS Oeste Norte a proporção de nascimentos em mulheres com menos de 20 anos tem vindo a diminuir gradualmente, no triénio 2013-15 correspondeu a 3,1% dos nascimentos, um valor ainda assim acima do valor no Continente (2,9%). Por outro lado, a proporção de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos tem vindo a aumentar globalmente, sendo consistentemente superior na ARS LVT (30%) relativamente ao ACeS (28,2%).

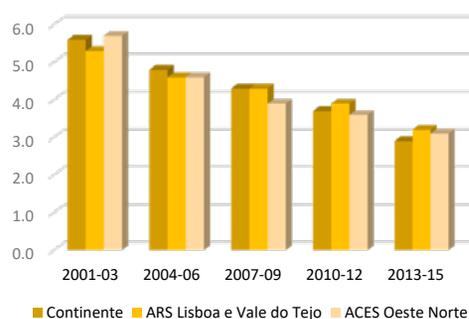


Figura 23. Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos, por triénio. Dados: INE.

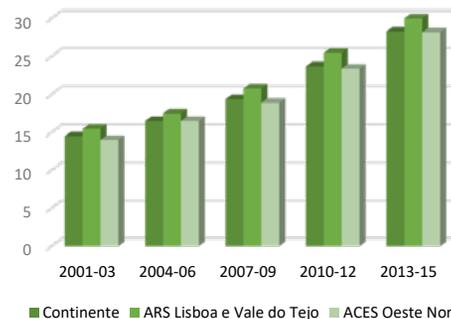


Figura 24. Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos, por triénio. Dados: INE.

Nascimentos Pré-Termo e Baixo Peso à Nascimento

A proporção de nascimentos de nados-vivos considerados pré-termo (menos de 37 semanas de gestação) no ACeS Oeste Norte tem vindo a decrescer desde o triénio de 2008-2010, no último triénio por cada 1000 nascimentos de nados-vivos em média 75 nasceram antes das 37 semanas de gestação.

Por outro lado, a número de nados-vivos nascidos com baixo peso à nascença (definido como peso inferior a 2500 gramas) tem vindo a aumentar nos últimos anos no ACeS Oeste Norte, em 2016 correspondendo a uma proporção superior a 9 por cada 100 nascimentos de nados-vivos, valor já superior à média no Continente e na ARS LVT.

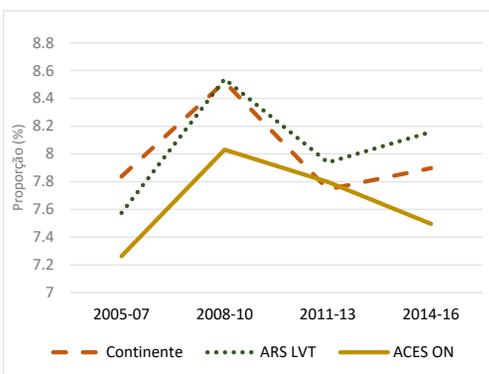


Figura 25. Proporção (%) de nascimentos pré-termo por nados-vivos, por triénio. Fonte: INE.

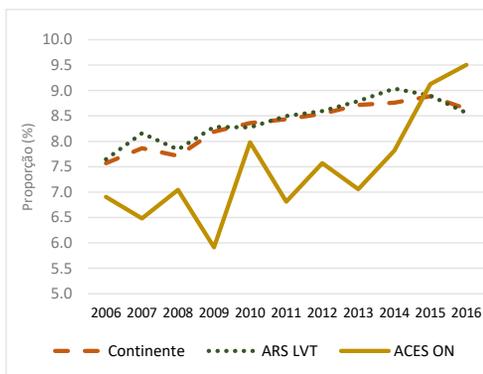


Figura 26. Proporção (%) de nados-vivos com baixo peso à nascença (<2500g), anual. Dados: INE.

Interrupções Voluntárias da Gravidez

Desde a despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em Portugal em 2008, o número de procedimentos em Portugal continental aumentou gradualmente até ao ano de 2011, começando então a diminuir. Na Figura 27 pode ver-se que na ARS Lisboa e Vale do Tejo a proporção de IVGs realizadas é bastante mais elevada do que a média no Continente, e ainda mais do que a média no ACeS Oeste Norte. Em 2015 no ACeS Oeste Norte a taxa de IVGs efetuadas aproximava-se de 62 por 10.000 mulheres em idade fértil –menos de metade do valor para a região da ARS LVT nesse mesmo ano.

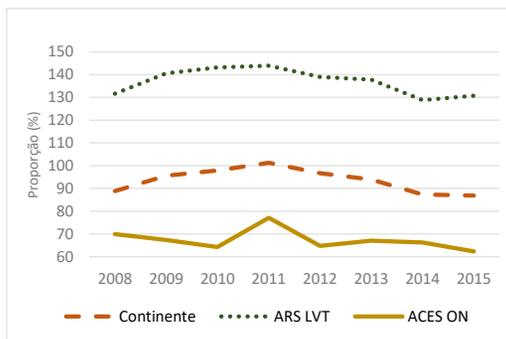


Figura 27. Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVGs) por 10.000 Mulheres em Idade Fértil. Fonte: INE.

Recursos e Acesso à Saúde no Oeste Norte

Legenda

-  Bombeiros
-  Cuidados S. Primários SNS
-  Unidade Hospitalar SNS
-  Comunidade Terapêutica
-  Unidade Internamento RNCCI
-  Equipa de Tratamento do SICAD
-  Centro Vacinação Internacional
-  Centro de Diagnóstico Pneumológico
-  Centro de Atendimento a Toxicodependentes

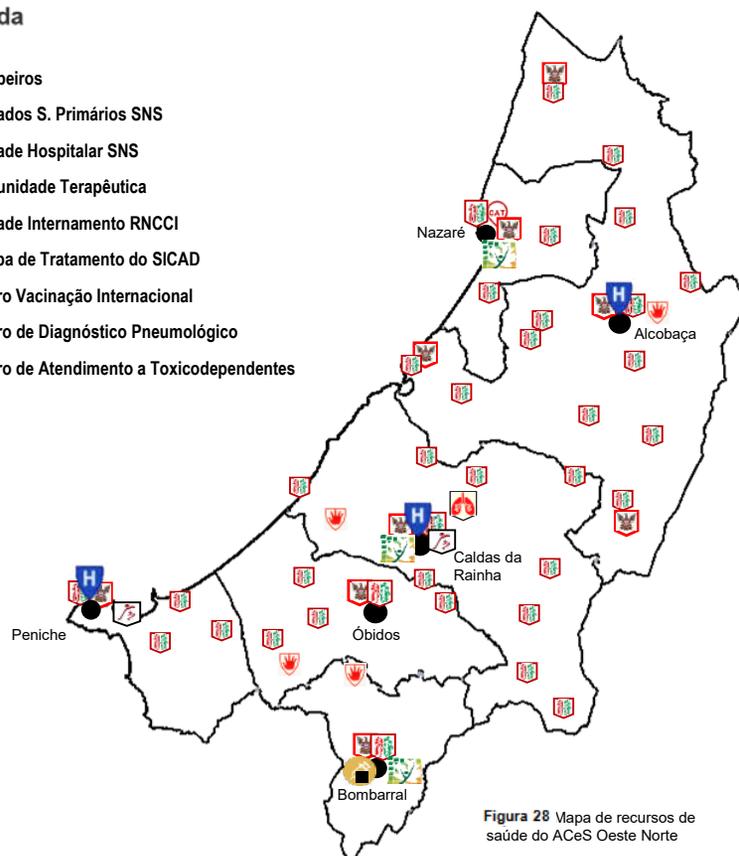


Figura 28 Mapa de recursos de saúde do ACeS Oeste Norte

Quadro XII. Número de Hospitais públicos e privados (2015), Centros de Saúde (2012), Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (2012), Instituições Particulares de Solidariedade Social (2017), e Farmácias (2015) por Localização Geográfica.

	Hospitais	Centros de Saúde	Unidades Funcionais USF e UCSP	IPSS	Farmácias
Continente	208	357	828	5116	2773
ARS LVT	74	91	251	1611	1014
ACeS ON	5*	6	15	110	50

*Nota: foi contabilizado o Hospital Termal Rainha D. Leonor, em Caldas da Rainha, apesar deste se encontrar temporariamente encerrado, desde 2012 até à data de publicação deste documento. Fonte: INE, Segurança Social.

Os quadros seguintes apresentam dados relativos aos recursos e acessibilidade à saúde na Região Oeste Norte, comparativamente com a ARS LVT e o Continente. O ACeS Oeste Norte possui, em média, menos profissionais de saúde por habitante do que a região de Lisboa ou Continente (Quadro XIV). No entanto, o número de consultas anuais em unidades de cuidados primários (CSP) por habitante é superior às regiões em análise (Quadro XV), correspondendo a 2,4 consultas por habitante da Região Oeste Norte no ano 2015.

Quadro XIII. Taxa de domicílios médicos e de enfermagem por 1000 inscritos no ACeS Oeste Norte; ano 2015

Domicílios médicos	14,0
Domicílios de enfermagem	151,4

Dados: SIARS. Fonte: DE.

Quadro XIV. Médicos, médicos dentistas, farmacêuticos por local de residência por 1000 habitantes; Enfermeiros por local de trabalho por 1000 habitantes; ano de 2015.

	Médicos	Enfermeiros	Dentistas	Farmacêuticos
Continente	4,76	6,47	0,86	1,19
ARS LVT	5,20	6,13	0,81	1,45
ACeS ON	1,88	3,67	0,48	0,85

Dados: INE, 2015

Quadro XV. Número de camas, internamentos e consultas externas hospitalares em hospitais públicos ou público-privados, ano de 2015; número de consultas em Cuidados de Saúde Primários (CSP) total e por habitante no ano de 2015

	Nº de camas hospitalares	Nº camas hospitalares por 1000 habitantes	Nº de Consultas hospitalares	Nº de Consultas presenciais em CSP	Nº de Consultas em CSP por habitante
Continente	22391	2,3	12231630	20744757	2,1
ARS LVT	8395	2,3	4464832	6766880	1,9
ACeS ON	205	1,2	80940	421599	2,4

Fonte: INE. SNS Transparência

Mortalidade Global

A taxa bruta de mortalidade no ACeS Oeste Norte em 2015 era cerca de 117 óbitos por 10.000 habitantes, um valor sustentadamente superior aos da Região de Lisboa e Vale do Tejo e Continente. Esta taxa, não sendo padronizada, está sujeita a influências das características da população, e o facto de o ACeS Oeste Norte ter uma população envelhecida poderá contribuir para a diferença visível na Figura 29. Ainda na Figura 28 é relevante apontar que, a partir de 2012, as taxas brutas de mortalidade têm apresentado valores globalmente superiores relativamente ao período anterior, sendo possível especular fatores socioeconómicos na sua origem. Nas próximas páginas apresenta-se uma análise mais aprofundada da mortalidade no ACeS Oeste Norte.

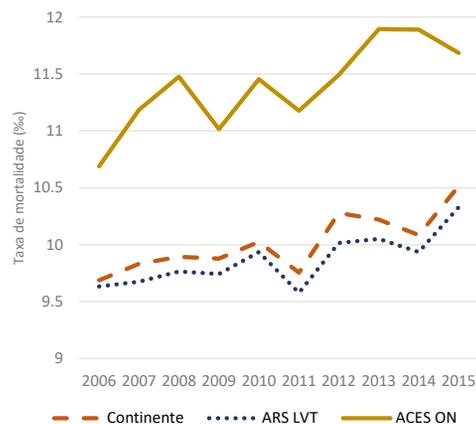


Figura 29. Evolução da taxa bruta de mortalidade (%), Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte. Fonte: INE, 2015.

Mortalidade Infantil e Componentes

A Taxa de Mortalidade Infantil é um indicador que traduz a mortalidade ocorrida em crianças com idade inferior a um ano relativamente ao número de nascimentos ocorridos no mesmo intervalo de tempo, e é um indicador muitas vezes utilizado para descrever o estado socioeconómico e de saúde de uma região.

Na Figura 30 pode ver-se a evolução da taxa de mortalidade infantil, por triénio, no Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte. Neste último, a taxa de mortalidade infantil manteve-se persistentemente abaixo do nível nacional até ao último triénio, no qual se registou um aumento importante da mortalidade infantil (3,18 por mil nados-vivos na Região Oeste Norte, média do triénio 2014-16), essencialmente à custa de um aumento dos componentes de mortalidade neonatal e pós-neonatal (Quadro XVI). Tendo em conta os principais grandes grupos de causas de morte enumerados pelo INE, as causas mais frequentemente registadas no ACeS Oeste Norte em óbitos de crianças com menos de um ano de idade, entre 2014 e 2016, pertenceram ao grupo de infeções perinatais e malformações congénitas. É importante ressaltar que, tratando-se a mortalidade infantil de um fenómeno pouco frequente (que envolve números muito pequenos), será necessário confirmar estes dados em análises estatísticas nos próximos anos para confirmação de que esta tendência é real e não enviesada por erros não controláveis.

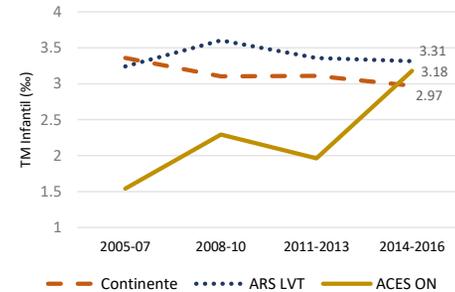


Figura 30. Taxa Mortalidade (TM) Infantil (%) por triénio, Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

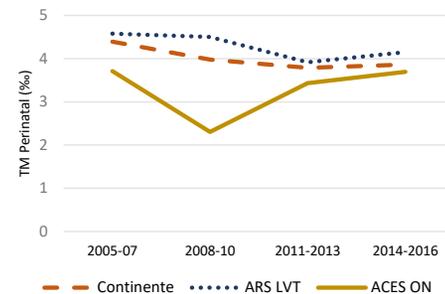


Figura 31. Taxa de Mortalidade (TM) Perinatal (%) por triénio, Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte. Fonte: INE.

Quadro XVI. Evolução de indicadores de mortalidade infantil e componentes no ACeS Oeste Norte, por triénio, per milagem

	2005-07	2008-10	2011-13	2014-16
Taxa de mortalidade infantil (/1000 nv)	1,54	2,29	1,96	3,18
Taxa de mortalidade neonatal (/1000 nv)	1,16	1,05	1,72	2,65
Taxa de mortalidade neonatal precoce (/1000 nv)	0,96	0,20	1,45	1,59
Taxa de mortalidade neonatal tardia (/1000 nv)	0,20	0,85	0,27	1,06
Taxa de mortalidade pós-neonatal (/1000 nv)	0,39	1,24	0,24	0,53
Taxa de mortalidade fetal tardia (/1000 nv + fm)	2,76	2,10	1,98	2,11
Taxa de mortalidade perinatal (/1000 nv + fm)	3,71	2,30	3,43	3,70

Nv – Nados-vivos. Fm – Fetos mortos. Fonte: INE

Mortalidade Específica

Na Figura 32 podemos observar a mortalidade padronizada por grande grupo de causas de morte, para o Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte. Mantendo a tendência das últimas décadas, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte da população em geral, sendo a taxa de mortalidade bastante superior no ACeS Oeste Norte quando comparado com a Região de Lisboa e Vale do Tejo e Continente. Apresentamos ainda taxas de mortalidade mais elevadas em doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas e metabólicas.

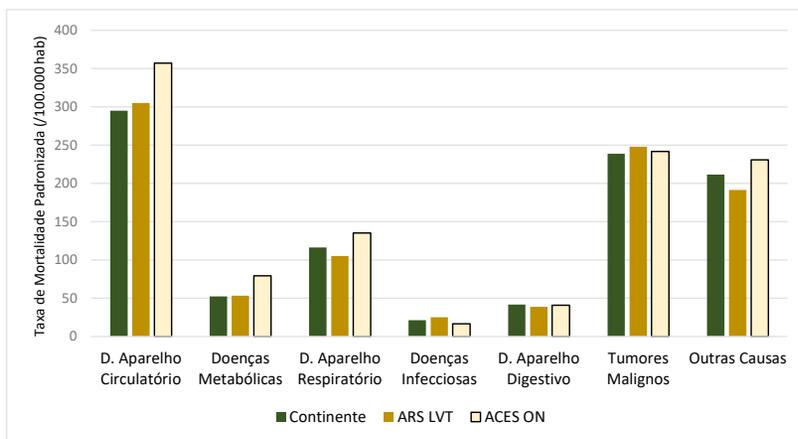


Figura 32. Taxa de Mortalidade Padronizada por Grande Grupo de Causas de Morte, por 100.000 habitantes, média do triénio 2012-14, no Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte. Dados: INE, 2015.

Em proporção, as principais causas de morte na população do ACeS Oeste Norte no triénio 2012-14 foram as doenças cardiovasculares (32%), seguidas por tumores malignos (22%). As doenças respiratórias foram responsáveis por 12% dos óbitos no ACeS Oeste Norte e as endócrinas e metabólicas por 7%.

O grupo de Outras Causas, responsável por 21% da mortalidade, inclui lesões externas e envenenamento, acidentes e quedas, suicídios, homicídios e sinais e sintomas não classificados em outra parte.

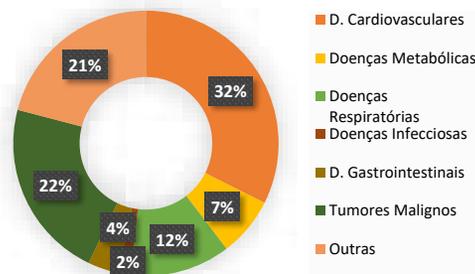


Figura 33. Principais Causas de Morte por Grande Grupo de Causas no ACeS Oeste Norte, no triénio 2012-14. Dados: INE, 2015.

Mortalidade Específica Padronizada

De seguida apresentam-se as taxas de mortalidade específicas padronizadas para o ACeS Oeste Norte, ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente, no triénio 2012-14. No Quadro XVII foi considerada a mortalidade na população total (todas as idades), enquanto no Quadro XVIII apenas a na população com idade inferior a 75 anos. Encontram-se sublinhadas as causas de morte que causam um excesso de mortalidade no ACeS Oeste Norte relativamente à ARS LVT e Continente. De nota, tratando-se de valores padronizados, os números apresentados servem apenas um propósito comparativo, não devendo ser interpretados pelo seu valor absoluto.

Quadro XVII. Taxa de mortalidade específica (/100000 habitantes), padronizada segundo a população-padrão europeia, no triénio 2012-14, por grande grupo de causas de morte, na população total, por sexo e local de residência (Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Oeste Norte)

	Continente			ARS LVT			ACeS ON		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Todas as causas de morte	977,4	1258,7	775,2	966,8	1253,2	764,7	1101,7	1371,6	901,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21,5	28,2	16,0	25,3	33,9	18,2	16,7	22,8	11,6
Tuberculose	2,0	3,5	0,9	2,2	3,7	1,1	1,5	2,6	0,6
Vírus da imunodeficiência humana (VIH)	4,3	7,1	1,9	7,1	11,6	3,3	3,8	6,7	1,3
Tumores (neoplasmas) malignos	238,8	344,1	164,8	247,8	357,4	173,1	241,9	345,4	171,2
Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	90,7	135,6	57,2	90,6	136,5	57,0	89,5	142,0	51,1
Tumor maligno do cólon e reto	35,6	51,0	25,0	37,8	54,2	26,8	39,2	64,1	21,8
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	38,4	70,6	13,9	40,1	73,3	15,3	30,0	51,2	13,4
Melanoma maligno da pele	2,4	3,0	2,0	2,8	3,6	2,2	3,0	2,2	3,7
Tumor maligno da mama feminino	NA	NA	26,8	NA	NA	31,2	NA	NA	33,2
Tumor maligno do ovário	NA	NA	6,2	NA	NA	6,9	NA	NA	8,5
Tumor maligno do colo do útero	NA	NA	3,5	NA	NA	4,1	NA	NA	3,4
Tumor maligno da próstata	NA	43,4	NA	NA	46,0	NA	NA	64,3	NA
Tumor maligno da bexiga	8,7	16,5	3,6	10,0	19,8	3,9	8,8	15,3	4,4
Diabetes <i>mellitus</i>	41,2	45,9	37,6	42,1	49,9	36,8	68,3	83,8	58,2
Doenças do aparelho circulatório	294,8	343,4	258,2	305,1	356,1	266,1	357,0	414,1	313,3
Doenças isquémicas do coração	64,4	87,8	47,2	83,9	111,5	63,8	66,3	88,3	50,7
Doenças cérebro-vasculares	115,3	132,4	102,8	112,6	127,1	101,6	142,7	163,5	126,6
Doenças do aparelho respiratório	116,3	163,6	87,5	105,2	149,7	78,9	135,2	176,5	108,6
Pneumonia	54,6	75,3	42,3	50,8	70,9	39,1	65,6	90,1	50,4
Doenças do aparelho digestivo	41,8	57,5	29,6	38,8	53,1	27,5	40,8	55,3	29,4
Causas externas de lesão/envenenamento	39,5	60,9	22,5	36,1	55,7	20,5	48,3	72,4	27,8
Acidentes de transporte	7,1	12,4	2,7	6,3	10,7	2,5	9,0	16,3	2,4
Suicídios e lesões auto-provocadas	10,3	17,8	4,3	11,2	19,9	4,5	17,1	29,1	7,5

NA – Não Aplicável, HM - Homens e Mulheres, H – Homens, M - Mulheres. Dados: INE, 2015.

De acordo com os dados apresentados conclui-se que a mortalidade por todas as causas foi superior no ACeS Oeste Norte relativamente à ARS LVT e Continente, tanto para a população total, como para os indivíduos com menos de 75 anos. Podemos apontar dois importantes contribuintes para o excesso de mortalidade no ACeS ON relativamente às outras regiões em causa: a diabetes *mellitus* e as doenças cerebrovasculares. Os acidentes de transporte também causam maior mortalidade entre residentes do ACeS, e, entre os tumores malignos, o cancro colo-rectal, da mama e da próstata causam mais fatalidades no Oeste Norte do que na ARS LVT ou Continente. Por último, chama-se a atenção para as causas externas de lesão/envenenamento e lesões auto-provocadas voluntariamente que foram causa de morte mais frequente na população do ACeS Oeste Norte do que nas outras regiões consideradas.

Quadro XVIII. Taxa de mortalidade específica (/100000 habitantes), padronizada segundo a população-padrão europeia, no triénio 2012-14, por grande grupo de causas de morte, na população com idade inferior a 75 anos, por sexo e local de residência (Continente, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ACES Oeste Norte).

	Continente			ARS LVT			ACeS ON		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Todas as causas de morte	312,4	446,2	197,0	319,3	454,4	204,1	330,6	461,4	216,7
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9,5	14,4	5,1	12,5	19,2	6,5	6,7	11,1	2,8
Tuberculose	0,9	1,5	0,3	1,0	1,6	0,4	0,6	1,2	0,0
Vírus da imunodeficiência humana (VIH)	4,1	6,7	1,8	6,7	10,7	3,1	3,1	5,4	1,1
Tumores (neoplasmas) malignos	124,2	171,8	83,8	129,2	176,4	89,7	122,5	162,1	89,0
Tumor maligno do aparelho digestivo e peritoneu	47,7	73,0	25,9	47,7	73,5	25,8	47,5	73,9	25,0
Tumor maligno do cólon e reto	16,0	22,0	11,1	17,2	23,8	11,7	19,5	30,8	10,0
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões	25,7	45,8	8,5	26,9	47,1	9,9	20,6	34,3	8,7
Melanoma maligno da pele	1,4	1,8	1,1	1,7	2,2	1,4	2,0	1,2	2,8
Tumor maligno da mama feminino	NA	NA	16,0	NA	NA	18,5	NA	NA	19,0
Tumor maligno do ovário	NA	NA	4,0	NA	NA	4,6	NA	NA	5,2
Tumor maligno do colo do útero	NA	NA	2,6	NA	NA	3,0	NA	NA	2,1
Tumor maligno da próstata	NA	8,7	NA	NA	9,6	NA	NA	10,7	NA
Tumor maligno da bexiga	3,0	5,3	1,0	3,5	6,3	1,1	3,1	4,8	1,7
Diabetes <i>mellitus</i>	9,9	12,6	7,6	10,8	14,1	8,1	15,4	19,7	11,7
Doenças do aparelho circulatório	60,4	87,0	37,7	65,3	94,9	40,3	77,2	107,5	51,1
Doenças isquémicas do coração	19,9	32,4	9,1	23,9	38,8	11,3	20,6	30,5	12,0
Doenças cérebro-vasculares	21,9	29,8	15,2	21,9	29,8	15,2	28,6	39,5	19,4
Doenças do aparelho respiratório	17,5	27,2	9,5	16,5	25,3	9,1	17,6	28,0	9,0
Pneumonia	6,8	10,3	3,9	7,0	10,9	3,7	7,5	14,1	2,1
Doenças do aparelho digestivo	17,9	28,4	8,8	16,4	26,3	7,9	15,4	24,2	7,6
Causas externas de lesão/envenenamento	23,3	37,3	10,6	22,0	35,5	10,0	32,1	49,6	15,7
Acidentes de transporte	5,8	9,8	2,1	5,2	8,9	1,8	7,7	13,7	1,9
Suicídios e lesões autoprovocadas	7,7	12,4	3,4	8,3	13,7	3,6	13,3	20,9	6,3

NA – Não Aplicável, HM - Homens e Mulheres, H – Homens, M - Mulheres. Dados: INE, 2015.

Escolheu-se analisar algumas das causas de morte específicas que causaram um excesso de mortalidade no ACeS Oeste Norte relativamente à ARS LVT e Continente (células sublinhadas nos Quadros XVII e XVIII) no referido triénio.

Analisando a mortalidade padronizada por tumor maligno do cólon e do reto (Figura 34) é possível observar que ela toma valores mais elevados entre os indivíduos do sexo masculino dos concelhos de Nazaré e Alcobaça

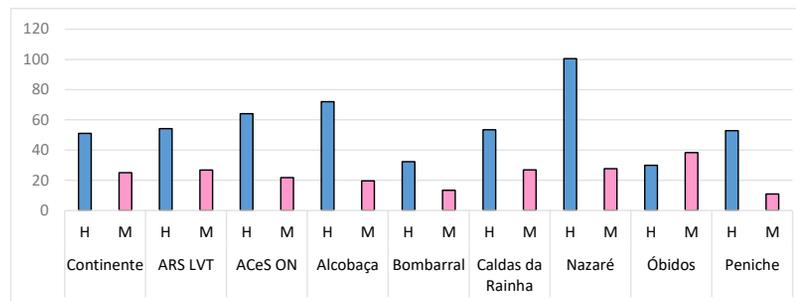


Figura 34. Taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por tumores malignos do cólon e do reto, no triénio 2012-14, na população total residente, por sexo e local de residência. H – Homens, M - Mulheres. Dados: INE

Analisando a mortalidade padronizada, na população masculina residente total, por tumor maligno da próstata verifica-se que em todos os concelhos do ACeS Oeste Norte, exceto Bombarral, a mortalidade por tumor maligno da próstata é superior à média da ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente. O mesmo padrão se verifica em relação à mortalidade por tumores malignos da mama, na população do sexo feminino residente nos seis concelhos do ACeS Oeste Norte. Analisando a mortalidade padronizada, na população feminina total, por tumor maligno do ovário por concelho de residência, verifica-se que a mortalidade nos concelhos do Bombarral, Peniche, Alcobaça e Caldas da Rainha (por ordem decrescente) é superior à média da ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente. Finalmente, analisando a mortalidade padronizada por melanoma maligno da pele por sexo e concelho de residência, verifica-se que a mortalidade é superior, entre a população masculina, nos concelhos da Nazaré e Peniche e, entre a população feminina, nos concelhos de Caldas da Rainha e Óbidos.

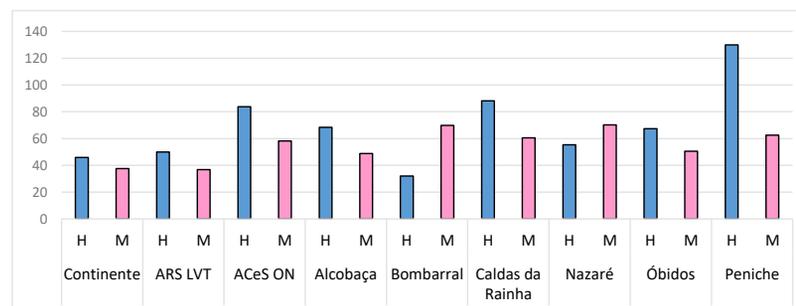


Figura 35. Taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por diabetes, no triénio 2012-14, na população total residente, por sexo e local de residência. H – Homens, M - Mulheres. Dados: INE.

A Figura 35 mostra a mortalidade por diabetes por sexo e concelho de residência. Nele verifica-se que a mortalidade por diabetes em todos os concelhos do ACeS Oeste Norte é superior à média da ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente. Particularmente, em Peniche, onde este valor entre o sexo masculino é aproximadamente o triplo.

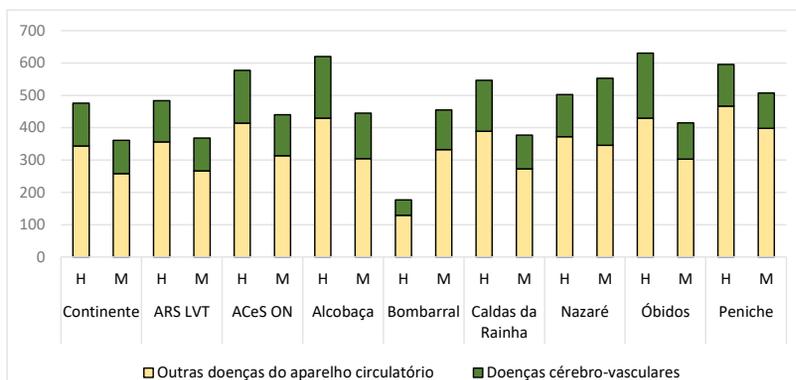


Figura 36. Taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório (doenças cérebro-vasculares e outras doenças do aparelho circulatório), no triénio 2012-14, na população total residente, por sexo e local de residência. H – Homens, M - Mulheres. Dados: INE.

A taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório não apresenta muitas diferenças entre concelhos do ACeS Oeste Norte, sendo ligeiramente mais elevada entre os residentes de Peniche, e tendencialmente superior nos indivíduos do sexo masculino. A mortalidade por doenças cérebro-vasculares, no entanto, apresenta uma distribuição por sexo e local de residência mais heterogénea (Figura 36).

As taxas de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e pneumonia apresentam um excesso de mortalidade no Quadro XVII, que se dilui em grande parte quando se analisa a mortalidade apenas na população com idade inferior a 75 anos (Quadro XVIII). Isto aponta para a necessidade de melhorar o acesso e cuidados de saúde para essas doenças na população acima dos 75 anos, com vista a reduzir o excesso de mortalidade nessa camada etária.

O ACeS Oeste Norte apresenta um excesso de mortalidade por acidentes, causas externas de lesão/envenenamento e suicídios, relativamente à ARS LVT e Continente. Na Figura 37 podemos verificar que os óbitos por estas causas se concentram maioritariamente nos indivíduos do sexo masculino. Embora nos concelhos da Nazaré, Óbidos e Peniche as taxas de mortalidade por acidentes e lesões externas/envenenamentos sejam superiores, Alcobaça apresenta a maior taxa de mortalidade por suicídio.

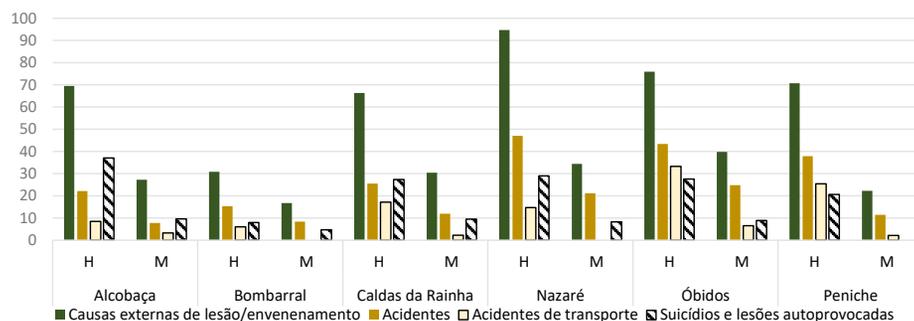


Figura 37. Taxa de mortalidade padronizada (/100000 habitantes) por causas externas de lesão/envenenamento, acidentes, acidentes de transporte, e suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente, no triénio 2012-14, na população total residente, por sexo e local de residência. H – Homens, M - Mulheres. Dados: INE.

Determinantes de Saúde

No Quadro XIX enumeram-se alguns fatores que influenciam a saúde da população avaliados em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Da informação apresentada, retira-se que uma maior fatia da população do ACeS Oeste Norte apresenta hábitos tabágicos relativamente à população da ARS LVT e do Continente. Este determinante de saúde está associado ao desenvolvimento de diversas patologias e é responsável por uma carga importante de morbi-mortalidade.

Quadro XIX. Prevalência pontual (%) de alguns determinantes de saúde entre os utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, em dezembro de 2015.

	Continente	ARS LVT	ACES ON
Excesso de Peso	5,40	5,11	4,44
Obesidade	6,98	5,91	5,86
Abuso crónico do álcool	1,38	0,88	0,75
Abuso do tabaco	9,40	7,70	9,60
Abuso de drogas	0,42	0,37	0,43

Dados: SIARS. Fonte: DE.

Hábitos de Saúde na Adolescência

Num estudo desenvolvido pela USP Zé Povinho no ano letivo de 2015/16, abrangendo alunos do ensino secundário (10º, 11º e 12º ano) de todas as escolas com cursos científico-humanísticos dos concelhos do ACeS Oeste Norte, foram investigados os hábitos de saúde e comportamentos de risco dos adolescentes, sob a forma de questionário.

O estudo concluiu que 90,8% dos estudantes já havia experimentado álcool, com uma média de idades no momento de experimentação de 13,7 anos. Quase metade (42,9%) desses alunos do 10º ano confessaram já ter atingido o estado de embriaguez, e este número subia para 58,4% entre os alunos do 12º ano. Dos 53,2% alunos que revelaram já ter experimentado tabaco, 11,3% disse fumar todos os dias. Quanto a outras substâncias psicoativas (SPA), 23% dos estudantes já haviam experimentado derivados da marijuana, e 3,8% outro tipo de SPA ilícitas.

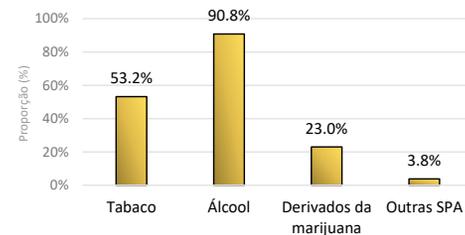


Figura 38. Proporção (%) de alunos ensino secundário que já consumiu tabaco, álcool, derivados da marijuana e outras substâncias psicoativas (SPA) à data do inquérito. Fonte: USP Zé Povinho.

Quanto à iniciação da vida sexual, cerca de metade (49,5%) dos alunos do 12º ano referiu já ter tido relações sexuais, comparado com um quarto (25,5%) dos alunos do 10º ano que confirmou o mesmo. Dos estudantes que já haviam iniciado a sua vida sexual, 10,2% referiram não ter utilizado preservativo na primeira relação sexual. Um dado importante do estudo foi a conclusão de que, dos estudantes com vida sexual já iniciada, 31,4% referiu já ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou outras drogas.

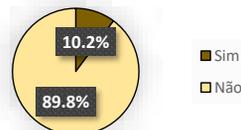


Figura 39. Uso de preservativo na primeira relação sexual entre os estudantes do ensino secundário do ACeS Oeste Norte. Fonte: USP Zé Povinho

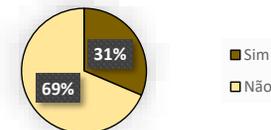


Figura 40. História de relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou outras SPA, entre alunos do ensino secundário do ACeS Oeste Norte. Fonte: USP Zé Povinho

Prevenção da Obesidade Infantil

De acordo com o relatório de Primavera 2017 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, em Portugal verifica-se uma maior percentagem de excesso de peso entre crianças dos 3 aos 10 anos de idade (31% das raparigas e 25% dos rapazes) relativamente a outros países da Europa. Isto é, em Portugal, mais do que uma em quatro crianças têm excesso de peso. Nas Caldas da Rainha, um estudo mostrou que, entre as crianças entre os 5 e os 6 anos, 25% tinha excesso de peso e 11% obesidade (Arroja, 2006).

Com vista à identificação, prevenção e controlo da obesidade na população infantil (5-6 anos) no concelho de Caldas da Rainha, arrancou no ano letivo 2014/15 um projeto baseado no rastreio de crianças do 1º ano de escolaridade, de forma a sinalizar aquelas que têm excesso de peso e/ou obesidade, de acordo com as curvas de crescimento, fornecendo gratuitamente às crianças sinalizadas consultas especializadas de nutrição, durante o ano letivo. Devido aos bons resultados obtidos, o projeto tem-se mantido ativo desde então, rastreando as crianças do 1º ciclo em cada ano letivo e possibilitando o seguimento prolongado das crianças sinalizadas em anos anteriores.

Este projeto concretizou-se através de uma parceria entre a Câmara Municipal de Caldas da Rainha, a USP do ACeS Oeste Norte e a Associação Nacional de Animação e Educação, contando com todos os Agrupamentos Escolares / Escolas não agrupadas do concelho de Caldas da Rainha e Hospitais de referência como colaboradores.

Das crianças rastreadas no ano letivo de 2016-17 no concelho de Caldas da Rainha, uma proporção de 19,1% foi identificada como tendo excesso de peso (entre os percentis 85 e 97), e de 12,8% como obesa (acima do percentil 97).

Rastreios

Relativamente ao panorama nacional, o ACeS Oeste Norte tem mostrado bons resultados nos indicadores relativos ao rastreio do cancro da mama e do colo do útero (Quadro XX), no entanto, os valores relativos ao rastreio de cancro colorretal são ainda bastante inferiores aos do Continente. Adicionalmente, no ACeS Oeste Norte são promovidos rastreios de retinopatia, a cada 2 anos, orientados para toda a população diabética do ACeS, fruto de um protocolo entre a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e a ARS LVT.

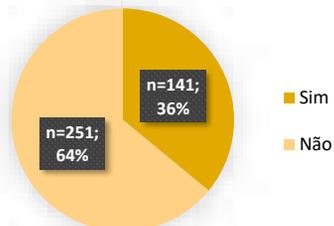


Figura 41. Número de crianças identificadas para seguimento em consultas especializadas de nutrição, no ano letivo de 2014/2015. Fonte: USP Zé Povinho

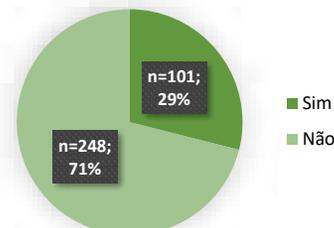


Figura 42. Número de crianças identificadas para seguimento em consultas especializadas de nutrição, no ano letivo de 2015/2016. Fonte: USP Zé Povinho

Quadro XX. População em risco abrangida por programas de rastreio para o cancro da mama (mulheres [50; 70[anos com mamografia de 2/2 anos), cancro do colo do útero (mulheres [25; 60[anos com colpocitologia de 3/3 anos) e cancro colorretal (utentes [50; 75[anos com rastreio realizado). Dados cumulativos anuais, dezembro 2015

	Cancro da mama	Cancro do colo do útero	Cancro colorretal
Continente	51,2%	42,2%	47,2%
ARS LVT	49,3%	37,7%	36,6%
ACeS ON	63,1%	51,7%	37,6%

Fonte: Transparência SNS.

Vacinação

O ACeS Oeste Norte tem atingido bons resultados de cobertura vacinal segundo o Plano Nacional de Vacinação (PNV), tal como é possível observar no Quadro XXI. A proporção de idosos ou doentes crónicos vacinados contra a gripe não sazonal no ACeS (34,7%) fica um pouco aquém da média no Continente (39,6%), no entanto é superior ao valor da ARS Lisboa e Vale do Tejo (32,5%).

Quadro XXI. Proporção de crianças de 2, 7 e 14 anos com PNV cumprido e de idosos ou doentes crónicos com a vacina da gripe (dados cumulativos anuais, dezembro de 2015)

	Proporção de crianças de 2 anos, com PNV cumprido	Proporção de crianças de 7 anos, com PNV cumprido	Proporção de jovens de 14 anos, com PNV cumprido	Proporção de idosos / doentes crónicos com vacina da gripe
Continente	92,8	94,5	87,2	39,6
ARS LVT	89,1	91,2	80,3	32,5
ACeS ON	94,3	94,6	87,3	34,7

Fonte: Transparência SNS, USP Zé Povinho

A USP Zé Povinho realizou um estudo para avaliar a vacinação contra a gripe sazonal nos profissionais de saúde do ACeS Oeste Norte na época 2016/17 e estudar as motivações por detrás da decisão de vacinação e de recusa. Entre os profissionais de saúde do ACeS 46% foram vacinados contra a gripe não sazonal na referida época. Apenas 71% dos profissionais de saúde consideraram a vacina eficaz, e 96% consideraram fácil o acesso à vacina. Os motivos mais frequentemente citados para a não vacinação foram «baixo risco de contrair gripe», «receio dos efeitos adversos da vacina» e «dúvidas acerca da eficácia da vacina».

Saúde Escolar

O ACeS Oeste Norte tem implementado localmente o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que tem como finalidades promover a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa, apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais, promover um ambiente escolar seguro e saudável, reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, e contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

Dirigido a alunos, professores, auxiliares de ação educativa, pais, encarregados de educação e outros profissionais do meio escolar, o PNSE no ACeS Oeste Norte inclui a realização de ações de educação para a saúde sobre variados temas de saúde (higiene, alimentação, afetos e sexualidade, entre outros), formação de professores (primeiros socorros, afetos e outros temas), avaliações de risco do meio escolar, vigilâncias de saúde dos alunos e investigação. Dentro das atividades realizadas no âmbito da saúde escolar, encontram-se as enquadradas no Movimento Escola dos Afetos, que desenvolve iniciativas relacionadas com o meio escolar integradas no projeto Cidade dos Afetos (página 47).

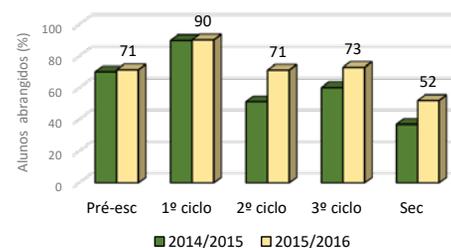


Figura 43. Proporção (%) dos alunos do ACeS Oeste Norte que são abrangidos pelo Programa Nacional de Saúde Escolar, por grau de ensino, nos anos letivos de 2014/15 e 2015/16. Pré-esc: ensino pré-escolar; Sec: ensino secundário. Fonte: USP Zé Povinho

Saúde Oral

No ano letivo de 2015/16, ao abrigo do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), foram emitidos 2131 cheques-dentista e 2632 documentos de referência ao higienista oral nas escolas do ACeS Oeste Norte (faixas etárias dos 7, 10 e 13 anos de idade), com uma taxa de utilização de 58% e 86%, respetivamente. De entre os alunos que não utilizaram o cheque, 37% não teve qualquer consulta com médico dentista ou higienista oral durante esse ano letivo. Com essa preocupação e com vista a aumentar a taxa de adesão ao primeiro cheque-dentista, no ano de 2016 foi desenvolvido um trabalho pela USP Zé Povinho para informar os encarregados de educação acerca do PNPSO e forma de utilização do cheque-dentista através de sessões de esclarecimento nas escolas. Esse estudo foi motivado pelas conclusões de que, embora 90% dos encarregados de educação tivessem conhecimento do PNPSO, apenas 52% conheciam as idades e os tratamentos abrangidos pelo cheque-dentista.

Nas Figuras 44 e 45 podemos observar a evolução de alguns indicadores do programa de saúde oral do ACeS Oeste Norte. O número de cheques dentista emitidos tem vindo a diminuir ao longo dos anos, havendo um aumento do número de referências para higienista oral, o que aponta para uma melhoria progressiva do estado de saúde oral das crianças observadas, nas idades de 7, 10 e 13 anos. O ACeS Oeste Norte possui quatro higienistas orais, que realizam consultas para a aplicação de selantes, polimento dentário, aplicação tópica de flúor, destartarização e educação para a higiene oral em contexto de CSP.

Saúde Mental

A área da Saúde Mental foi enumerada como uma das prioridades no mais recente Plano Local de Saúde do ACeS Oeste Norte. Foi assim previsto, nessa publicação, o reforço do Programa de Saúde Mental do ACeS Oeste Norte com equipas multidisciplinares com vista ao acompanhamento na comunidade de doentes com patologia psiquiátrica, e suas famílias, que são sinalizados através de parcerias com as forças policiais, serviços de saúde e outras entidades locais. Estas equipas, além da caracterização do episódio/situação de risco, procedem à referência dos utentes, sempre que necessário, ao médico assistente, médico de saúde pública, enfermeiro especialista de saúde mental, consulta de terapia familiar, ou outras, pretendendo ser elo de ligação e facilitadora de cuidados. Este programa tem como parceiros as unidades funcionais do ACeS Oeste Norte, o departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHO, as forças de segurança públicas, os serviços municipais de proteção civil, e as autarquias locais. Tem como objetivos melhorar a acessibilidade das pessoas a cuidados de saúde mental, garantir a adesão terapêutica e promover e proteger o bem-estar das pessoas e comunidade.

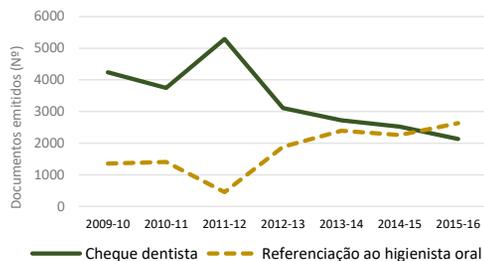


Figura 44. Evolução do número de documentos (cheques dentista e documentos de referência ao higienista oral) emitidos por ano letivo. Dados: USP Zé Povinho

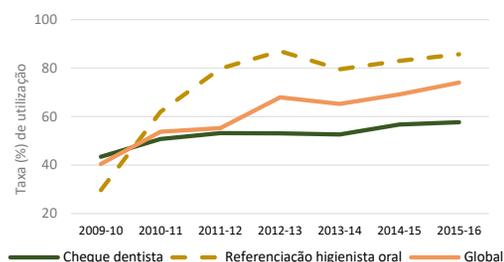


Figura 45. Evolução das taxas de utilização dos documentos (cheques dentista e documentos de referência ao higienista oral) emitidos por ano letivo. Dados: USP Zé Povinho

INDICADORES DE SAÚDE

REGIÃO OESTE NORTE
PERFIL DE SAÚDE 2017

Figura 46. Proporção (%) de mandados de condução para internamento compulsivo emitidos por ACeS da ARS Lisboa e Vale do Tejo, no ano de 2015. Fonte: ARS LVT.

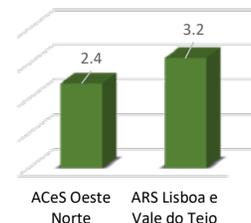


Figura 47. Número de mandados de condução para internamento compulsivo por 10000 habitantes, no ano de 2015. Fonte: ARS LVT; USP Zé Povinho.

Entre os técnicos que integram as equipas multidisciplinares referidas, enumeram-se duas enfermeiras especialistas em Enfermagem de Saúde Mental, que fazem intervenção em famílias vulneráveis e pessoas com doença mental grave e seus familiares, grupos de apoio terapêutico a cuidadores informais e famílias em processo de luto, prevenção e deteção precoce de depressão pós-parto, e apoio a iniciativas locais no âmbito da promoção da saúde e saúde mental nos concelhos de Caldas da Rainha e Peniche (semanas da juventude, feiras da saúde, jornadas sénior, etc).

O ACeS Oeste Norte possui ainda o projeto "Familiarmente", uma iniciativa de saúde mental promovida pela Unidade de Saúde Pública Zé Povinho (Unidade Local da Saúde Pública de Óbidos), sustentada na intervenção em Terapia Familiar e Sistémica, que abrange os concelhos de Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche. Esta consulta tem como objetivo disponibilizar uma intervenção que contribua para uma eventual resolução de problemas e dificuldades aos indivíduos e famílias, no âmbito da sua dinâmica relacional funcional, familiar ou comunitária. O projeto prevê, para o concelho de Óbidos, uma forma particular de intervenção, articulando com o município através do veterinário municipal, e com o envolvimento de um elemento animal, na dinâmica de intervenção, intitulando-se este subprojecto "Um Amigo Especial". A iniciativa foi já premiada pela "Missão Continente", com os projetos "Familiarmente – Um Amigo Especial" e "Os Silva – Vivendo Familiarmente" nos anos de 2015 e 2016, respetivamente.

Há ainda a referir um recente projeto de parceria entre o ACES Oeste Norte e o serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria) com arranque no ano de 2017, que prevê o acompanhamento de crianças sinalizadas em consulta de especialidade da área da saúde mental infanto-juvenil por médicos especialistas que se deslocam semanalmente do referido centro hospitalar às Unidades de CSP dos concelhos de Caldas da Rainha e Peniche.

Em Portugal o internamento compulsivo está regulamentado pela Lei de Saúde Mental, que prevê a condução de utentes portadores de anomalia psíquica grave aos serviços de saúde, nos termos da Lei n.º 36/98, de 24 de julho. No ano de 2015, a taxa de emissão de mandados de condução para internamento compulsivo no ACeS Oeste Norte foi inferior à média da ARS Lisboa e Vale do Tejo (Figura 47). Fazendo uma análise por concelho, verifica-se que o concelho da Nazaré obteve, no triénio de 2014-16, o maior número de mandados de condução emitidos por 10.000 habitantes (Figura 48).

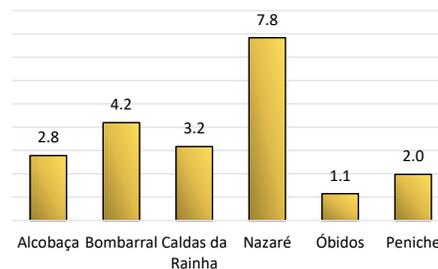


Figura 48. Número de mandados de condução para internamento compulsivo por 10000 habitantes, por concelho, média do triénio 2014-16. Dados: USP Zé Povinho

Medicina do Viajante e Vacinação Internacional

Ainda no âmbito da medicina preventiva, existe no ACeS Oeste Norte uma consulta de Medicina do Viajante, que tem lugar no Centro de Saúde do Bombarral, onde está localizado também o Centro de Vacinação Internacional da Região Oeste. Esta consulta fornece aconselhamento médico pré-viagem aos utentes que planeiam deslocar-se para fora do país, nomeadamente as medidas preventivas a adotar antes, durante e depois da viagem. Estas medidas dependem do destino, idade e estado de saúde do viajante, data de início da viagem e tipo de viagem, e incluem habitualmente medidas de proteção individual, vacinação, medicação preventiva da malária, informação sobre higiene individual, cuidados a ter com a água e os alimentos, entre muitos outros aspetos.

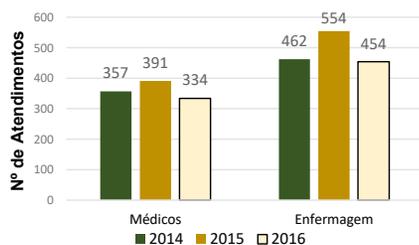


Figura 49. Evolução do número de atendimentos médicos e de enfermagem realizados no contexto de Medicina do Viajante e Vacinação Internacional. Dados: USP Zé Povinho

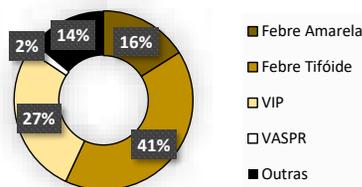


Figura 50. Distribuição da proporção (%) de vacinas administradas no contexto da vacinação internacional, no ano de 2016. Dados: USP Zé Povinho

A consulta de Medicina do Viajante do ACeS Oeste Norte tem tido uma procura crescente nos últimos anos, provavelmente como resultado de um aumento no turismo internacional e emigração, e na consciencialização da população de viajantes internacionais em termos de medicina preventiva pré-viagem. Apesar da dificuldade em dar resposta a tal afluência, a consulta do viajante realizou 334 atendimentos médicos no ano de 2016. O número de atendimentos de enfermagem no contexto da vacinação internacional foi de 454 nesse mesmo ano (Figura 49). Na Figura 50 podemos observar a proporção de vacinas administradas no contexto da vacinação internacional no ano de 2016: a vacina mais frequentemente administrada foi a contra a Febre Tifóide (41%), seguida do reforço da vacina contra a poliomielite (VIP; 27%), e da vacina contra a Febre Amarela (16%). É necessário ter em conta que a distribuição de vacinas administradas neste contexto depende não só dos países de destino, como de fatores individuais e histórico vacinal dos viajantes.

Prevenção e Tratamento de Comportamentos Aditivos

O ACeS Oeste Norte dispõe ainda de recursos dirigidos ao controlo de comportamentos aditivos na região, com serviços de apoio que abordam o uso de tabaco e o abuso de álcool e outras substâncias psicoativas (PSA) em todos os níveis de prevenção. Nomeiam-se, neste perfil de saúde, a consulta de Alcoologia do ACeS Oeste Norte, as Equipas de Tratamento de Caldas da Rainha e Peniche, o Centro de Atendimento a Toxicodependentes da Nazaré, e a consulta de Cessação Tabágica do ACeS Oeste Norte.

Consulta de Alcoologia do ACeS Oeste Norte

O Programa de Alcoologia do ACeS Oeste Norte engloba duas vertentes: a intervenção comunitária que promove a prevenção primária dos problemas relacionados com o álcool; e a consulta de alcoologia que, em articulação com vários parceiros sociais e institucionais, visa o tratamento de doentes com dependência alcoólica e prevenção de recaída.

A Consulta de Alcoologia do ACeS Oeste Norte tem lugar no Centro de Saúde de Caldas da Rainha e destina-se a todos os utentes da área de abrangência do ACeS Oeste Norte, com atendimento em horário laboral e pós-laboral. Durante o ano de 2016 foram realizadas 450 consultas e prestado apoio a 147 utentes, com uma média de 3,1 consultas por utente. À última consulta do ano de 2016, 51% dos utentes estavam abstinentes.

Um estudo realizado em 2016 avaliou e caracterizou o perfil socio-demográfico dos utentes desta consulta (Figuras 51 e 52). A maioria dos utentes foram enviados à consulta pelos serviços de saúde (45%) e por imposição legal (34%). Verifica-se que a maior parte dos utentes pertencem às faixas etárias dos 35 e 64 anos.

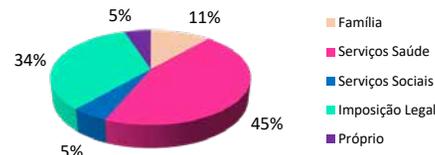


Figura 51. Distribuição percentual dos utentes da Consulta de Alcoologia do ACeS Oeste Norte, segundo a proveniência, ano 2015

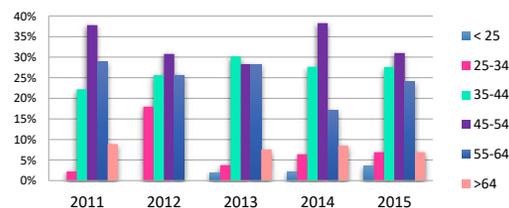


Figura 52. Distribuição percentual dos utentes da Consulta de Alcoologia do ACeS Oeste Norte por grupo etário (anos), na primeira consulta

Equipas de Tratamento e Centro de Atendimento a Toxicodependentes

Na intervenção em comportamentos aditivos associados ao consumo de substâncias psicoativas, na área de abrangência do ACeS Oeste Norte existem duas Equipas de Tratamento (ET), no concelho de Caldas da Rainha e no concelho de Peniche, integradas no Centro de Respostas Integradas (CRI) do Oeste. Ao CRI compete executar os programas de intervenção local, no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem como à prestação de cuidados integrados e globais a utentes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção, bem como à sua referenciação a unidades hospitalares, unidades de alcoologia, ou comunidades terapêuticas.

O ACeS Oeste Norte dá ainda apoio ao Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) no concelho da Nazaré, com base numa parceria entre a ARS Lisboa e Vale do Tejo/ACeS Oeste Norte, CRI do Oeste, Confraria Nossa Senhora da Nazaré e Município da Nazaré. Aberto desde o ano de 2002, o CAT providencia um serviço de consulta aberta, apoio e tratamento a toxicodependentes, afirmando-se como um centro especializado na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos toxicodependentes do concelho.

Finalmente, com o objetivo de prevenir infecções pelo VIH e pelos vírus das Hepatites B e C, por via sexual, endovenosa e parentérica, nas Pessoas que Utilizam Drogas Injetáveis (PUDI) tem sido assegurada a distribuição de material esterilizado e a recolha e destruição deste material utilizado em diferentes locais dos seis concelhos do ACeS Oeste Norte, no âmbito do Programa de Troca de Seringas (PTS). Atualmente, o ACeS Oeste Norte possui 35 farmácias aderentes ao PTS. A listagem completa das instituições aderentes pode ser encontrada na página eletrónica do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (PNVIHSIDA).

Consulta de Cessação Tabágica

O uso de tabaco é reconhecido como uma das causas major de morbilidade e mortalidade a nível mundial, potenciando o desenvolvimento de doenças tais como neoplasias de localização diversa, patologia cardíaca, doença pulmonar crónica obstrutiva, acidente vascular cerebral, e complicações na gravidez, entre outras. Além disso, como já foi referido anteriormente, este determinante de saúde tem uma expressão importante no ACeS Oeste Norte (Quadro XIX) afetando cada vez mais o género feminino em termos proporcionais, e sendo muitas vezes introduzido numa fase precoce da vida (Figura 38).

A Consulta de Cessação Tabágica do ACeS Oeste Norte tem como objetivo acompanhar indivíduos no processo de cessação tabágica e dinamizar ações no âmbito do tabagismo, para diminuir o número de fumadores na comunidade e aumentar a proporção de jovens não fumadores através da educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis.

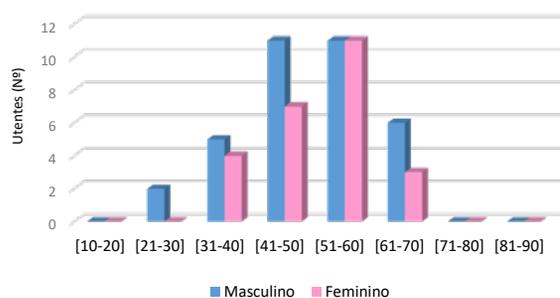


Figura 53. Número de novos utentes atendidos na consulta de cessação tabágica no ano de 2016, de acordo com o grupo etário, e género. Dados: USP Zé Povinho.

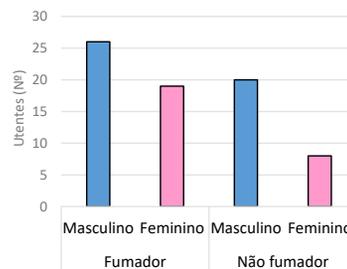


Figura 54. Número de novos utentes atendidos na consulta de cessação tabágica no ano de 2016, por género, de acordo com o estado final de fumador ou não fumador. Dados: USP Zé Povinho.

Só no ano de 2016 foram realizados 444 atendimentos de cessação tabágica, 60 deles como primeira consulta. Para atingir os objetivos propostos são utilizados diversos métodos terapêuticos de suporte ao processo de desabitação tabágica e destaca-se, na Figura 55, o enfoque da consulta do ACeS Oeste Norte nos métodos de aconselhamento e psicoterapia, o que poderá estar relacionado com os bons resultados obtidos nesta consulta (Figura 54) em relação aos resultados habitualmente atingidos em consultas de cessação tabágica.

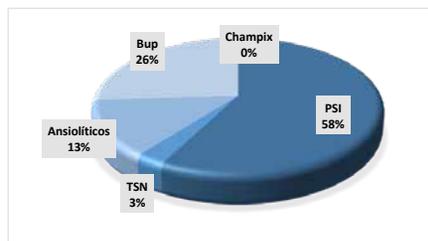


Figura 55. Métodos utilizados na consulta de cessação tabágica em 2016. PSI: psicoterapia. TSN: terapêutica de substituição com nicotina. BUP: bupropiona. Dados: USP Zé Povinho.

Morbilidade a Nível dos Cuidados de Saúde Primários

No ano de 2015 a taxa de utilização de consultas médicas no ACeS Oeste Norte, isto é, a proporção de utentes com pelo menos uma consulta no período de tempo apontado (Quadro XXII), foi superior à do Continente e ARS Lisboa e Vale do Tejo, atingindo valores de 71% a um ano, e 89% a três anos.

O ACeS Oeste Norte obteve ainda bons índices de acompanhamento adequado de grupos de utentes (Quadro XXIII), indicadores que levam em conta o número de consultas de acompanhamento realizadas face ao número de consultas considerado adequado para cada grupo de utentes. Os melhores índices de acompanhamento adequado no ACeS Oeste Norte dizem respeito às consultas de saúde infantil (acima de 75%) e de saúde materna (cerca de 72%), seguidos pelas consultas de hipertensão e diabetes (68% e 66%, respetivamente) e consultas de planeamento familiar de mulheres em idade fértil (62%).

Quanto ao consumo de medicamentos genéricos no ACeS Oeste Norte, em 2015 estes corresponderam a 61% de todos os medicamentos consumidos, face a 59% na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

O Quadro XXIV apresenta a lista dos diagnósticos mais frequentes entre os utentes do ACeS Oeste Norte, registados nos Cuidados de Saúde Primários. A alteração do metabolismo dos lípidos, e a hipertensão sem complicações ocupam o primeiro e segundo lugar na lista, respetivamente, com prevalências pontuais na ordem dos 20%. Em terceiro e quarto lugar surgem as perturbações depressivas e o abuso do tabaco, respetivamente, com uma proporção de diagnósticos ativos na ordem dos 10% entre os utentes do ACeS Oeste Norte.

Quadro XXII. Taxa (%) de utilização de consultas médicas (a um e a três anos) no ACeS Oeste Norte, dezembro 2015

	1 ano	3 anos
Continente	69,59	86,55
ARS LVT	61,29	79,33
ACeS Oeste Norte	71,31	88,96

Dados: SIARS. Fonte: DE.

Quadro XXIII. Índices de desempenho (índices de acompanhamento adequado) do ACeS Oeste Norte, em dezembro 2015

Índice de acompanhamento em planeamento familiar de mulheres em idade fértil	61,9%
Índice de acompanhamento em saúde materna	72,1%
Índice de acompanhamento em saúde infantil no 1º ano	81,7%
Índice de acompanhamento em saúde infantil no 2º ano	75,9%
Índice de acompanhamento a utentes diabéticos	66,4%
Índice de acompanhamento de hipertensos	68,2%

Dados: SIARS. Fonte: DE.

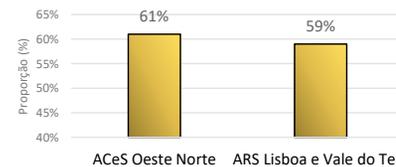


Figura 56. Proporção (%) de medicamentos consumidos que são genéricos, no ano 2015. Dados: SIARS. Fonte: DE.

Quadro XXIV. Proporção dos 10 diagnósticos ativos mais frequentes entre os utentes inscritos no ACeS Oeste Norte, dezembro 2015

Os 10 problemas de saúde mais frequentes nos utentes do ACeS Oeste Norte	
Alteração dos lípidos (T93)	20,2
Hipertensão sem complicações (K86)	18,7
Perturbação depressiva (P76)	10,0
Abuso do tabaco (P17)	9,6
Síndrome da coluna com irradiação de dor (L86)	7,9
Diabetes não insulino-dependente (T90)	7,6
Infeção respiratória superior aguda (R74)	6,3
Distúrbio ansioso/estado de ansiedade (P74)	6,0
Obesidade (T82)	5,9
Cistite/infeção urinária outra (U71)	4,8

Dados: SIARS. Fonte: DE.

No Quadro XXV podemos observar a proporção de diagnósticos ativos por utentes inscritos nas unidades de CSP do ACeS Oeste Norte, ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente. Nele podemos destacar a maior proporção de diagnósticos de diabetes (particularmente não insulino-dependente), hipertensão arterial e perturbações depressivas entre os utentes do ACeS Oeste Norte, relativamente aos utentes da ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente.

Quadro XXV. Proporção (%) de diagnósticos ativos por utentes inscritos nas unidades de CSP no Continente, Região de Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte, em dezembro de 2015.

Diagnóstico ativo (código ICPC-2)	Proporção de diagnósticos ativos (%)		
	Continente	ARS LVT	ACeS ON
Alteração do metabolismo dos lípidos (T93)	20,40	15,59	20,24
Acidente vascular cerebral (K90)	1,77	1,08	1,34
Enfarte agudo do miocárdio (K75)	0,81	0,58	0,72
Diabetes insulino-dependente (T89)	0,76	0,56	0,63
Diabetes não insulino-dependente (T90)	6,93	5,92	7,56
Diabetes (T89+T90)	7,66	6,48	8,19
Excesso de peso (T83)	5,40	5,11	4,44
Obesidade (T82)	6,98	5,91	5,86
Hipertensão arterial (K86 + K87)	21,40	19,26	22,64
Abuso crónico do álcool (P15)	1,38	0,88	0,75
Abuso do tabaco (P17)	9,40	7,70	9,60
Abuso de drogas (P19)	0,42	0,37	0,43
Sensação de ansiedade (P01)	3,35	2,49	2,51
Estado de ansiedade (P74)	5,61	4,16	5,97
Perturbações depressivas (P76)	8,75	7,87	10,04
Demência (P70)	0,77	0,67	0,85
DPOC (R95)	1,29	0,99	0,96
Asma (R96)	2,33	2,15	2,55
Rinite alérgica (R97)	3,44	3,79	3,67
Doença dos dentes e gengiva (D82)	2,89	2,15	2,16
Doença do esófago (D84)	1,32	1,19	1,56
Osteoartrite da anca (L89)	2,04	1,49	2,09
Osteoartrite do joelho (L90)	4,30	3,16	4,11
Osteoporose (L95)	2,37	1,92	1,83
Infeção VIH/SIDA (B90)	0,14	0,25	0,15
Hipertrofia prostática benigna (Y85)	3,12	2,51	3,13

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Nota: os dados relativos à ARS Lisboa e Vale do Tejo correspondem à média dos ACeS integrantes. Dados: SIARS. Fonte: DE.

Nas Figuras 57 a 59 apresenta-se uma análise mais aprofundada de alguns dos problemas de saúde destacados da análise do Quadro XXV.

Analisando a proporção de diagnósticos ativos de diabetes, verificamos que nos utentes de Nazaré e Peniche essa proporção é bastante menor que nos restantes concelhos (Figura 57).

Os utentes inscritos nos CSP dos concelhos de Caldas da Rainha e Alcobaça são os que apresentam maior proporção de diagnósticos ativos de perturbação depressiva. Neste âmbito, é importante lembrar que a taxa de mortalidade por "suicídios e lesões auto-provocadas" tem tomado valores muito elevados no ACeS Oeste Norte, particularmente entre os homens e no concelho de Alcobaça.

No global, a proporção de registos ativos de diabetes e hipertensão arterial sofreu um aumento mais acentuado até ao ano de 2012 (Figura 60), com um aumento mais discreto desde então. Tal poderá ser o resultado de uma maior sensibilização para o registo e codificação informática de diagnósticos entre os médicos dos CSP. Pelo contrário, a proporção de diagnósticos ativos de perturbação depressiva no ACeS Oeste Norte mostra uma evolução mais acentuada nos últimos anos.

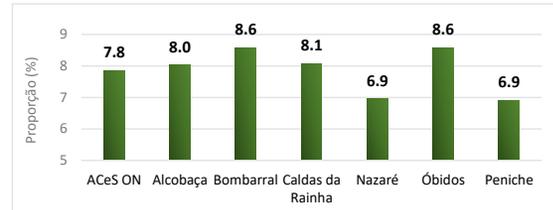


Figura 57. Proporção (%) de diagnósticos ativos de "Diabetes" nos inscritos nas unidades de CSP de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche; valor médio do triénio 2013-15. Dados: SIARS. Fonte: DE.

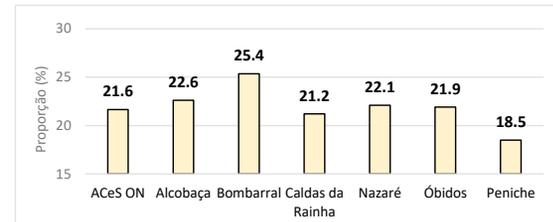


Figura 58. Proporção (%) de diagnósticos ativos "Hipertensão arterial" nos inscritos nas unidades de CSP de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche; média do triénio 2013-15. Dados: SIARS. Fonte: DE.

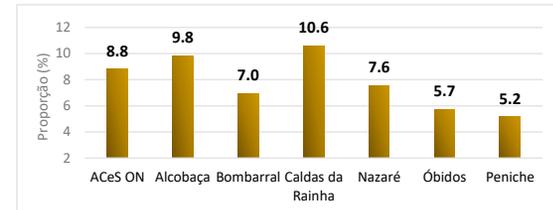


Figura 59. Proporção (%) de diagnósticos ativos de "Perturbação depressiva" nos inscritos nas unidades de CSP de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche; média do triénio 2013-15. Dados: SIARS. Fonte: DE.

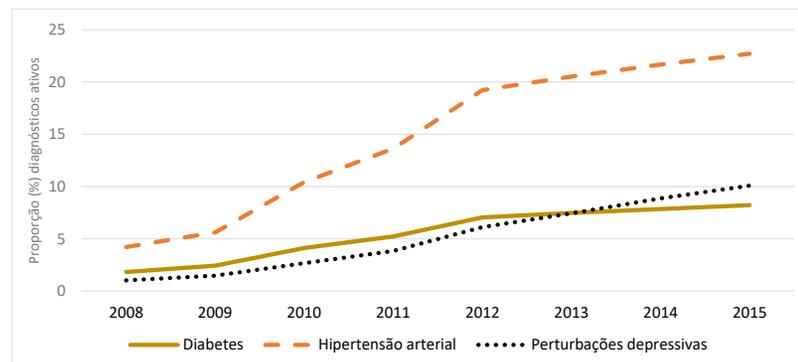


Figura 60. Evolução da proporção (%) de diagnósticos ativos de "Diabetes", "Hipertensão arterial" e "Perturbação depressiva" nos utentes inscritos no ACeS Oeste Norte; valor anual. Dados: SIARS. Fonte: DE.

O Quadro XXVI apresenta o registo de tumores malignos nas unidades de CSP do ACeS Oeste Norte. Como estas patologias apresentam taxas de letalidade elevadas, é necessário ter em consideração também as suas taxas de mortalidade (Quadros XVII e XVIII, páginas 22 e 23) dado que podem influenciar a prevalência. Podemos verificar que o ACeS Oeste Norte regista uma maior proporção de diagnósticos ativos de neoplasia maligna da mama feminina, do cólon e do reto, e da próstata, apesar das taxas de mortalidade específica correspondentes também serem superiores. Sugere-se a realização de estudos com o intuito de confirmar esta informação e entender os motivos subjacentes. Por outro lado, o ACeS Oeste Norte regista uma maior proporção de diagnósticos ativos de neoplasia do colo do útero, no entanto isto pode ser explicado pela taxa de mortalidade mais baixa (os doentes vivem mais tempo).

Quadro XXVI. Proporção (%) de diagnósticos ativos (tumores malignos) por utentes inscritos nas unidades de CSP no Continente, Região de Lisboa e Vale do Tejo e ACeS Oeste Norte, em dezembro de 2015.

Diagnóstico ativo (código ICPC-2)	Proporção de diagnósticos ativos (%)		
	Continente	ARS LVT	ACES ON
Neoplasia maligna do colo do útero (X75)	0,12	0,12	0,16
Neoplasia maligna do cólon e reto (D75)	0,47	0,43	0,51
Neoplasia maligna da mama feminina (X76)	0,72	0,73	0,79
Neoplasia maligna da próstata (Y77)	0,47	0,47	0,59
Neoplasia maligna do pulmão/brônquio (R84)	0,08	0,08	0,07
Neoplasia maligna do estômago (D74)	0,13	0,09	0,10

HM - Homens e Mulheres | H - Homens | M - Mulheres

Dados: SIARS. Fonte: DE.

Na Figura 61, apresenta-se a proporção de diagnósticos ativos de síndromes dolorosas do aparelho musculoesquelético, sendo essa uma área de necessidades sentidas no ACeS Oeste Norte, particularmente em termos de incapacidade e de carga de doença, estando alguns destes diagnósticos entre os mais frequentemente registados a nível dos nossos CSP (Quadro XXIV, página 34). Da análise sucinta da Figura 60, retira-se que as síndromes da coluna com irradiação são as síndromes dolorosas mais prevalentes entre os utentes do ACeS Oeste Norte em todos os concelhos. As síndromes dolorosas da coluna e do ombro têm uma grande proporção de registos ativos nos concelhos de Alcobaca, seguida de perto por Nazaré e Caldas da Rainha. Chama-se a atenção para a associação frequente entre as síndromes dolorosas crónicas e as síndromes depressivas, podendo haver relação entre os dois grupos de patologias nos concelhos referidos.

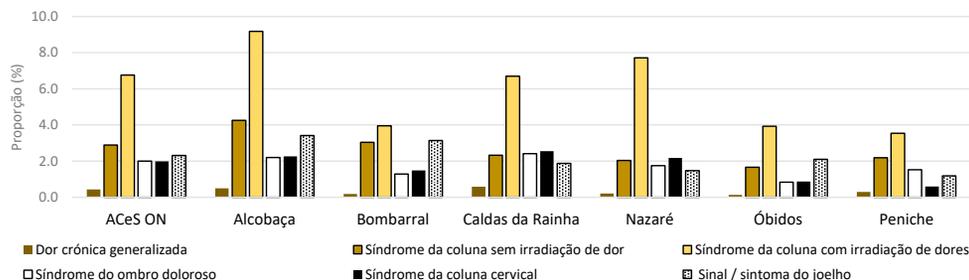


Figura 61. Proporção (%) de diagnósticos ativos (síndromes dolorosas) nos inscritos nas unidades de CSP de Alcobaca, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche; média do triénio 2013-15. Dados: SIARS. Fonte: DE.

Por último, para toda a informação cujos dados foram obtidos através do SIARS, há que considerar possíveis viéses na sua análise, como a não padronização dos mesmos para efeitos de comparação e as diferenças locais em termos de codificação de diagnósticos pelos médicos de medicina geral e familiar.

Morbilidade Hospitalar (Urgências)

Apesar de, nos últimos anos, se verificar uma diminuição global do número de episódios de urgência por habitante, no ACeS Oeste Norte existe um excesso de urgências hospitalares (nos serviços de urgência hospitalares públicos da região) por número de residentes na região, particularmente comparado com o mesmo índice na Região da ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente (Figura 62).

Por outro lado, analisando o número de internamentos hospitalares por episódio de urgência (Figura 63), nos hospitais públicos ou parcerias público-privadas de cada região, observa-se que no ACeS Oeste Norte o número de internamentos por urgência é aproximadamente metade do valor registado na ARS LVT e Continente.

Estes dados sugerem que no ACeS Oeste Norte existe um excesso de uso dos serviços de urgência hospitalares da região pelos habitantes, sem que se verifiquem índices de internamento por episódios de urgência superiores.

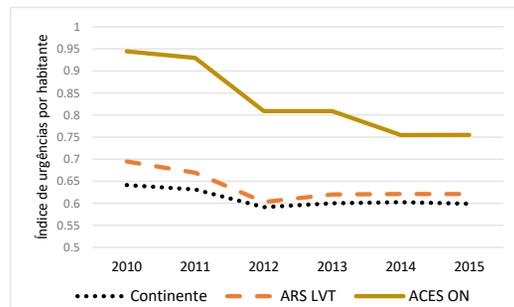


Figura 62. Evolução do número de episódios de urgência em hospitais públicos ou parcerias público-privadas por habitante da área geográfica de referência, no Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte. Dados: INE.

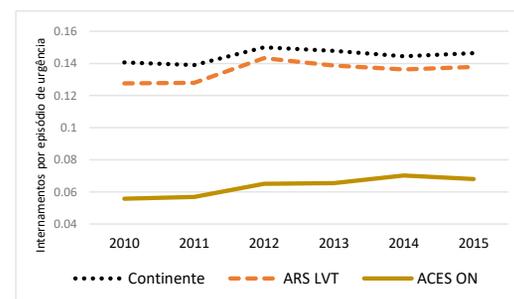


Figura 63. Evolução do número de internamentos hospitalares por episódio de urgência, nos hospitais de referência da área geográfica do Continente, ARS LVT e ACeS Oeste Norte. Dados: INE.

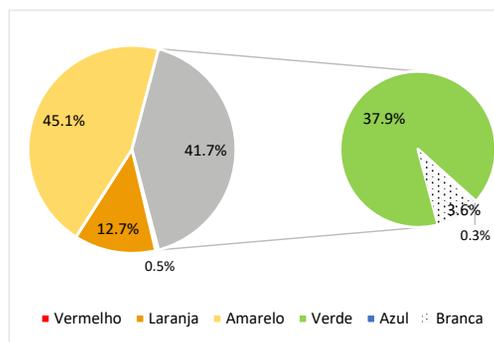


Figura 64. Distribuição de Episódios de Urgência por Grupo de Prioridade da Triagem de Manchester no Centro Hospitalar do Oeste, ano de 2016. Fonte: Transparência SNS.

Aliás, analisando a distribuição dos episódios de urgência do Centro Hospitalar do Oeste por pulseira de prioridade (Figura 64) em 2016, verifica-se que 41,7% correspondeu a “falsas urgências”, isto é, episódios classificados como grau de prioridade baixo (pulseiras verdes, azuis e brancas) que, por definição, não necessitavam de cuidados de saúde urgentes em contexto de serviço de urgência hospitalar. Estes dados sugerem a necessidade de reforço das respostas de atendimento permanente dos serviços de CSP e também de educação da população residente para a saúde e uso racional dos serviços de saúde disponíveis.

Morbilidade Hospitalar (Consultas)

A capacidade de resposta hospitalar para a marcação de primeiras consultas de especialidade dentro do tempo adequado, tem aumentado, no global, no Centro Hospitalar de Leiria (CHL) e no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)/Hospital de Santa Maria desde 2013 (Figura 65).

Quadro XXVII. Proporção (%) de primeiras consultas hospitalares realizadas em tempo adequado, média anual.

	2013	2014	2015	2016
Centro Hospitalar de Leiria (CHL)	76,86	81,68	83,82	82,97
Centro Hospitalar do Oeste (CHO)	79,08	82,14	76,32	65,79
Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)	58,08	56,58	71,03	69,74

Fonte: Transparência SNS.

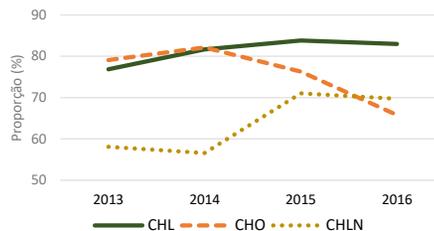


Figura 65. Proporção (%) de primeiras consultas realizadas em tempo adequado, média anual. Fonte: Transparência SNS.

No entanto, no Centro Hospitalar do Oeste (CHO), apesar do número total de consultas hospitalares por ano ter aumentado no ano de 2016 (Quadro XXVIII) e da proporção de primeiras consultas do total de consultas realizadas se manter relativamente estabilizado no período apontado (Quadro XXIX), a proporção de primeiras consultas de especialidade realizadas em tempo adequado tem vindo a decrescer desde 2014, situando-se na ordem dos 66% no ano de 2016. Este número contrasta com os valores obtidos no CHL e CHLN, de 83% e de 70% respetivamente. Sugere-se uma análise mais aprofundada deste problema com a realização de estudos para a compreensão das causas subjacentes, que permitam delinear estratégias de correção.

Quadro XXVIII. Número total de consultas hospitalares realizadas, por ano.

	2013	2014	2015	2016
Centro Hospitalar de Leiria (CHL)	1418030	1615652	1658610	1699367
Centro Hospitalar do Oeste (CHO)	918029	909719	865305	921571
Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)	4619060	4431635	4541861	4610325

Fonte: Transparência SNS.

Quadro XXIX. Proporção (%) de primeiras consultas hospitalares do total de consultas realizadas, média anual.

	2013	2014	2015	2016
Centro Hospitalar de Leiria (CHL)	35,4%	35,4%	35,1%	33,8%
Centro Hospitalar do Oeste (CHO)	32,4%	34,5%	33,2%	32,6%
Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)	27,1%	25,0%	26,7%	26,8%

Fonte: Transparência SNS.

Morbilidade Hospitalar (Internamentos)

Analisando os internamentos hospitalares em hospitais públicos e parcerias público-privadas, verifica-se que a taxa de internamentos por 1000 habitantes se tem mantido relativamente constante nos últimos anos no ACeS Oeste Norte (Quadro XXX), com cerca de 51 internamentos por 1000 habitantes. Esta taxa é inferior à observada na Região de Lisboa e Vale do Tejo e no Continente.

Quadro XXX. Número de internamentos em hospitais públicos e parcerias público-privadas por 1000 habitantes, por localização geográfica.

	2013	2014	2015
Continente	88,66	86,99	87,66
ARS LVT	85,99	84,65	85,60
ACeS ON	52,95	52,99	51,32

Fonte: INE.

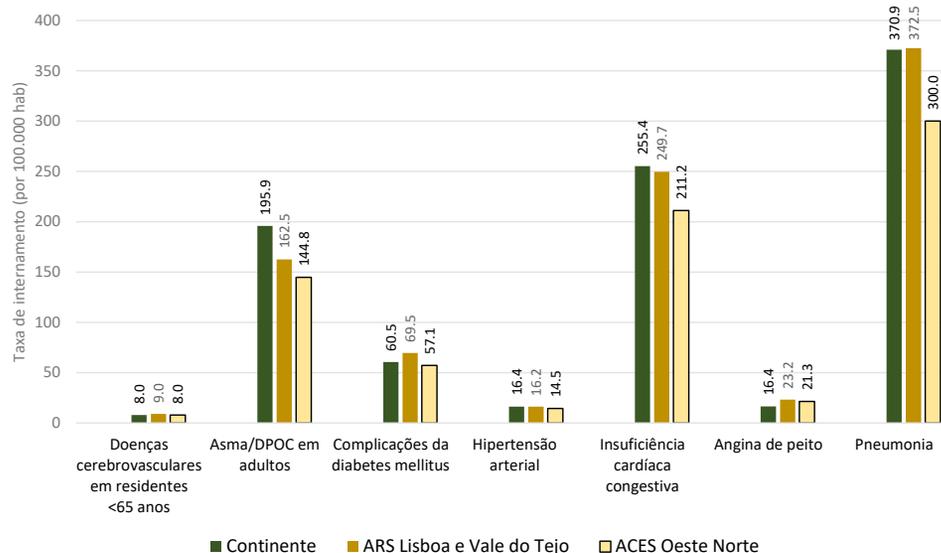


Figura 66. Taxa de internamento em hospitais públicos ou parcerias público-privadas por doenças cerebrovasculares em utentes com menos de 65 anos, por asma ou DPOC em utentes adultos, por complicações da diabetes mellitus, por insuficiência cardíaca congestiva, por angina de peito, e por pneumonia, por 100.000 habitantes, no ACeS Oeste Norte, ARS Lisboa e Vale do Tejo (média) e Continente (mediana), dezembro 2015 (dados cumulativos anuais). Fonte: Benchmarking ACSS

A Figura 66 apresenta as taxas de internamento por algumas causas de destaque no ACeS Oeste Norte, ARS Lisboa e Vale do Tejo e Continente. Como já foi mencionado, a taxa global de internamento por habitante no ACeS Oeste Norte é significativamente inferior às registadas na ARS LVT e Continente (Quadro XXXI), pelo que seria de esperar que as taxas de internamento específicas mantivessem uma tendência semelhante.

A maior diferença entre as taxas de internamento pelos grupos de diagnósticos apontados consiste na taxa de internamento por pneumonia, com 300 internamentos por 100.000 habitantes no ACeS Oeste Norte e mais de 370 internamentos por 100.000 habitantes na ARS LVT e Continente no ano de 2015. Importa lembrar que a taxa de mortalidade por pneumonia no ACeS ON toma valores bastante elevados relativamente às mesmas regiões em comparação, sendo este excesso de mortalidade mais acentuado na população mais idosa (Quadros XVII e XVIII, páginas 22 e 23).

Também se verificam diferenças significativas nas taxas de internamento por insuficiência cardíaca congestiva, e por asma/doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) em adultos, ficando novamente o ACeS Oeste Norte abaixo das taxas de internamento nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Continente.

Havendo necessidade de um estudo mais aprofundado relativamente a internamentos hospitalares para corroborar a informação apresentada, os dados apontam para uma capacidade de internamento hospitalar limitada na região Oeste Norte, o que se preverá possivelmente com a existência de 1,2 camas hospitalares por mil habitantes no ACeS ON, quase metade da média registada na ARS LVT e Continente (Quadro XV, página 19).

Doenças de Declaração Obrigatória

No ano de 2016 foram notificados 83 casos de doenças transmissíveis de declaração obrigatória no ACeS Oeste Norte, através do Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). Na Figura 68 estão apresentadas em gráfico de hierarquia as doenças notificadas em 2016 no ACeS. A tuberculose foi a doença que teve maior número de notificações, seguida por algumas doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorreia, VIH/SIDA, e hepatite C respetivamente) e tosse convulsa.

Quadro XXXI. Incidência cumulativa de notificações (/100 000 hab) no SINAVE, no primeiro semestre de 2015.

	Continente	ARS LVT	ACeS ON
Notificações no SINAVE	37,65	40,59	22,69

Fonte: Relatório de Monitorização do SINAVE 2016

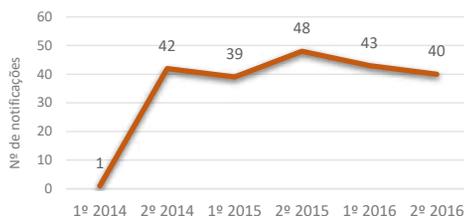


Figura 67. Número de doenças de declaração obrigatória notificadas no ACeS Oeste Norte, por semestre. Fonte: SINAVE.

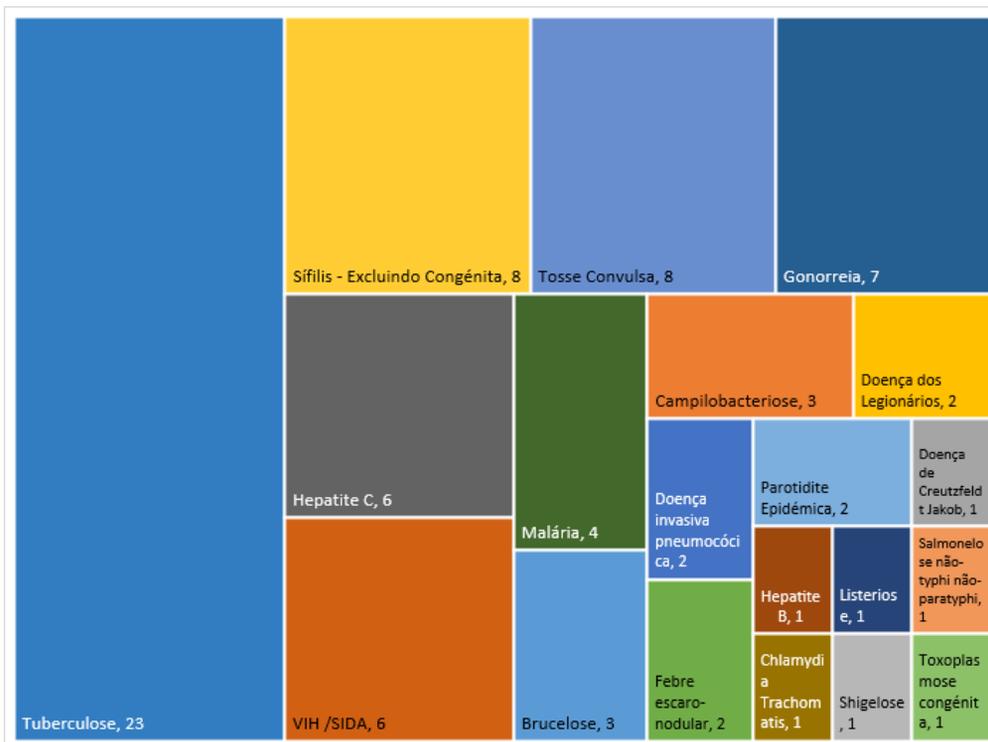


Figura 68. Notificações de Doenças de Declaração Obrigatória através do SINAVE no ACeS Oeste Norte no ano de 2016. Fonte: SINAVE.

Infeção VIH/SIDA

Em 2016 atingiu-se o número mais baixo de novos casos de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) em Portugal desde o ano de 2000. Foram registados 841 novos casos, o que corresponde a uma taxa de 8,1 por 100 mil habitantes (relatório do Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose - 2017).

Na Região Oeste Norte nos últimos anos verifica-se igualmente uma diminuição do número de novos casos e no mesmo ano de 2016 verificou-se uma taxa de incidência de 4,7 novos casos por 100000 habitantes, igual à do ano anterior (dados provisórios, segundo SINAVE notificados até à data de 30/06/2017).

No entanto, apesar desta tendência favorável na incidência da infeção, dados nacionais apontam para que uma proporção significativa dos novos diagnósticos em Portugal reúnem critérios de diagnóstico tardio (i.e, valor de Linfócitos TCD4 inferior a 350 células por milímetro cúbico), havendo assim uma necessidade de reforçar a acessibilidade da população portuguesa a meios de diagnóstico rápido e criar oportunidades de rastreio de grupos de risco para aumentar a taxa de diagnóstico precoce da doença.

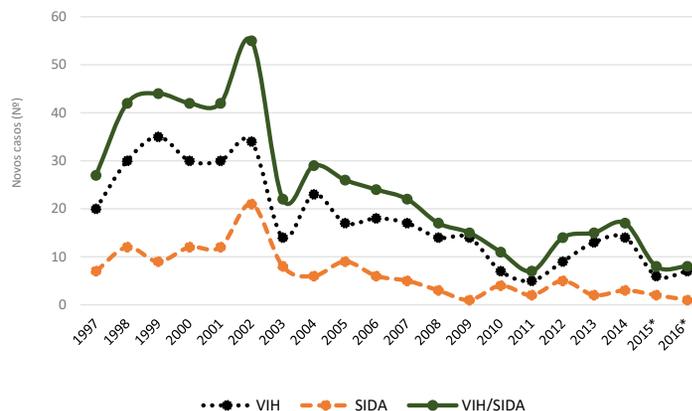


Figura 69. Evolução do número de novos casos de VIH [PA+CRS], SIDA e VIH/SIDA, por ano de diagnóstico, no ACoS Oeste Norte. Dados: INSA DDI-URVE, SINAVE. *Dados de 2015 e 2016 segundo SINAVE à data de 30/06/2017.

Também é importante referir que se, por um lado, se verifica uma tendência favorável na incidência da infeção, o efeito da terapêutica antiretroviral no decréscimo do número de mortes nos indivíduos infetados pelo VIH, associado aos novos casos de infeção (incidência), levou a um aumento do número total de indivíduos infetados na população (prevalência). Estima-se que a prevalência de VIH/SIDA se mantenha elevada no nosso país, e que esta afete particularmente as populações com comportamentos vulneráveis, designadamente utilizadores de drogas, trabalhadores do sexo e homens que têm sexo com homens, onde a prevalência de infeção por VIH tem sido sempre referida como superior a 7%.

No último Plano Local de Saúde da Região Oeste Norte (triênio 2014-2016), elaborado pela USP Zé Povinho do ACeS Oeste Norte, a infecção VIH/SIDA já havia sido identificada como uma prioridade, e um dos objetivos de saúde locais previa reduzir a taxa de incidência de casos de síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), complexo relacionado com a SIDA (CRS) e Portadores Assintomáticos (PA) de VIH na população do ACeS Oeste Norte. Para tal, foi implementada, em todas as Unidades de Saúde do ACeS Oeste Norte, a possibilidade de realização de testes rápidos de VIH para os utentes que desejem fazer o rastreio. Foi ainda implementado um projeto de intervenção junto de populações vulneráveis com vista a reforçar ações preventivas adaptadas a cada população, que conta com a cooperação entre vários parceiros: Unidades de Saúde do ACeS, hospitais de referência, farmácias aderentes ao programa de troca de seringas, e a Cooperativa de Solidariedade Social "Acompanha". A ONG "Acompanha", sediada em Peniche, tem realizado um importante trabalho junto de populações vulneráveis ajudando a combater a elevada prevalência de VIH/SIDA em determinados concelhos da região (nomeadamente, Peniche, onde as taxas de incidência ultrapassavam, até há pouco tempo, as médias nacionais, e onde se estima ainda uma elevada prevalência da doença).

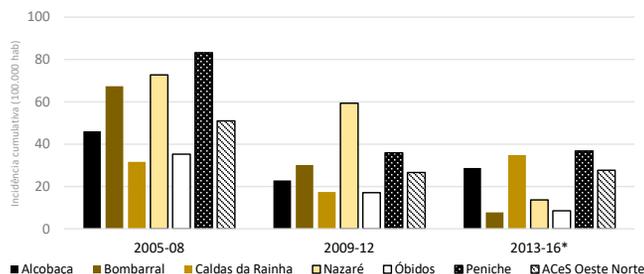


Figura 70. Evolução da incidência cumulativa de VIH/SIDA por 100.000 habitantes (por quadriénio) por concelhos do ACeS Oeste Norte. Dados: INSA DDI-URVE, SINAVE. *Dados de 2015/16 segundo SINAVE à data de 30/06/2017.

Para analisar as taxas de incidência nos concelhos do ACeS Oeste Norte nos anos mais recentes, chama-se a atenção para as Figuras 70 e 71, onde estão representadas as incidências cumulativas de VIH/SIDA por quadriénio. Podemos verificar que, no quadriénio de 2013-2016, houve maior número de novos casos de VIH/SIDA (por 100.000 habitantes) nos concelhos de Caldas da Rainha e Alcobaça, tendo baixado nos concelhos de Nazaré e Bombarral relativamente a quadriénios anteriores. No concelho de Peniche, onde se verificou uma redução importante da incidência de VIH/SIDA desde 2008, a incidência cumulativa estabilizou nos últimos dois quadriénios, mantendo ainda assim valores significativos.

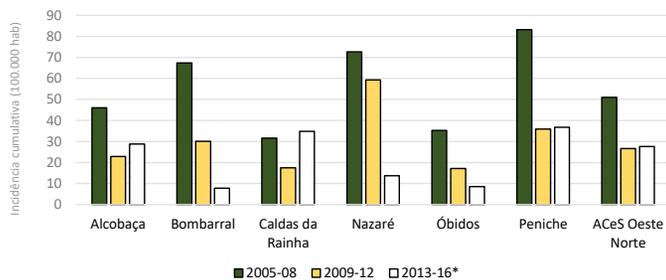


Figura 71. Evolução da incidência cumulativa de VIH/SIDA por 100.000 habitantes (por concelho do ACeS Oeste Norte) por quadriénio. Dados: INSA DDI-URVE; SINAVE. *Dados de 2015/16 segundo SINAVE à data de 30/06/2017.

Tuberculose

O Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) do ACeS Oeste Norte está integrado na USP Zé Povinho, e faz atendimento a residentes dos seis concelhos da área de abrangência do ACeS Oeste Norte – no Coto (Caldas da Rainha) aos utentes de Bombarral, Caldas da Rainha e Óbidos, no Centro de Saúde de Peniche aos utentes desse concelho, e no Centro de Saúde de Alcobaça aos utentes de Alcobaça e Nazaré. No entanto, qualquer utente com sintomas de doença respiratória pode dirigir-se à consulta do CDP. Entre as atividades desenvolvidas por esta equipa encontra-se o diagnóstico e tratamento de tuberculose e outras doenças respiratórias, o rastreio de contatos de pessoas com tuberculose, o rastreio comunitário de grupos de risco, e a promoção de sessões e atividades de educação para a saúde para a população em geral e em meio escolar.

Segundo os dados publicados no relatório do Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose de 2017, a taxa de incidência de tuberculose em Portugal no ano de 2016 foi de 16,5 por 100.000 habitantes. No mesmo ano de 2016, a taxa de incidência de Tuberculose no ACeS Oeste Norte foi de 12,2 novos casos por 100.000 habitantes (dados: SINAVE, à data de 30/06/2017), um valor significativamente inferior à média nacional.

Fazendo uma análise por concelho do ACeS Oeste Norte (Figura 73), podemos observar que a incidência cumulativa de novos casos de tuberculose no triénio de 2014-16 foi maior no Bombarral do que em qualquer outro concelho. Por outro lado, o concelho da Nazaré foi aquele que registou menor incidência cumulativa no mesmo triénio. Há, no entanto, necessidade de estudos posteriores para confirmação destes dados contabilizando possíveis notificações tardias, e investigando hipóteses que possam estar na origem destes dados como, por exemplo, eventuais dificuldades no acesso a meios de diagnóstico/rastreio de tuberculose entre os utentes da Nazaré.

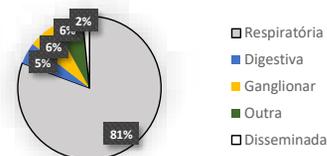


Figura 72. Distribuição das formas de apresentação de tuberculose no ACeS Oeste Norte, novos casos no triénio 2014-16. Fonte: SINAVE; USP Zé Povinho.

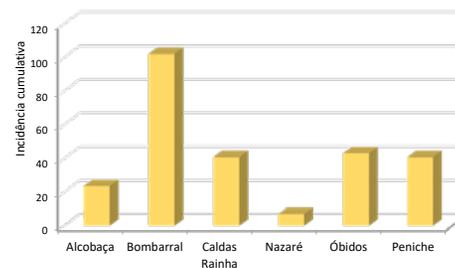


Figura 73. Incidência cumulativa de tuberculose no triénio de 2014-16, por concelho do ACeS Oeste Norte. Dados: SINAVE, a 30/06/2017.

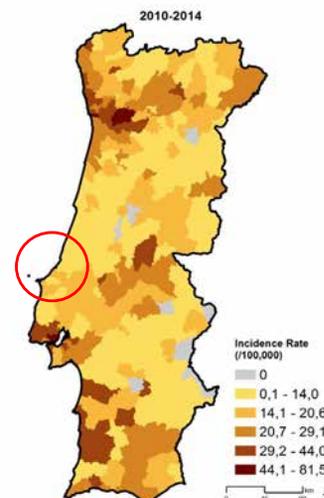


Figura 74. Taxa de incidência de tuberculose, média do período 2010-2014, por 100.000 habitantes, no Continente. Fonte: Programa Nacional para a infecção VIH/SIDA e Tuberculose, apresentado em março 2016.

A tuberculose tende a apresentar uma evolução crónica e o seu tratamento é prolongado e complexo, envolvendo habitualmente a toma de uma associação de fármacos por vários meses, o que requer uma grande cooperação do paciente na toma da medicação conforme prescrito. A adesão dos doentes ao tratamento da tuberculose é um dos principais problemas da sua abordagem.

Quanto ao acompanhamento dos doentes com tuberculose, a área de abrangência do ACeS Oeste Norte parece distinguir-se relativamente à restante Região de Lisboa e Vale do Tejo e do centro litoral. Um estudo liderado por uma investigadora da Escola Nacional de Saúde Pública analisou a associação entre fatores de risco individuais (nomeadamente, género, grupo etário, abuso de álcool ou de substâncias psicoativas ilícitas, co-infecção por VIH, condição de migrante, e antecedentes criminais envolvendo prisão no passado ou presente) e o risco de tratamento irregular/abandono de terapêutica, definido como ausência de tratamento por mais de 8 semanas após 1 mês de tratamento completo (C. Nunes *et al.*, 2017). Além de testar a associação e quantificar a capacidade preditiva de cada um desses fatores, o estudo avaliou ainda se, após ajustamento para os fatores individuais referidos, se verificava uma variação geográfica/espacial residual significativa no risco de tratamento irregular ou abandono da terapêutica (Figura 75). Na figura da direita encontra-se representado o modelo final dessa análise, e os intervalos da legenda correspondem aos valores de razão de possibilidades ("odds ratio") após ajustamento e modelação segundo métodos estatísticos de análise espacial, no mapa de Portugal continental. Assim, da análise da Figura 75, pode dizer-se que os doentes com tuberculose da Região Oeste Norte têm menor risco de tratamento irregular / abandono da terapêutica, ajustadas as variáveis de risco consideradas, do que os utentes com tuberculose da maior parte da restante ARS Lisboa e Vale do Tejo, assim como das regiões assinaladas a cor mais escura. Os dados para este estudo foram obtidos da base de dados nacional de vigilância de tuberculose (SVIG-TB), considerando apenas os novos casos de tuberculose pulmonar diagnosticados entre os anos de 2000 e 2013.

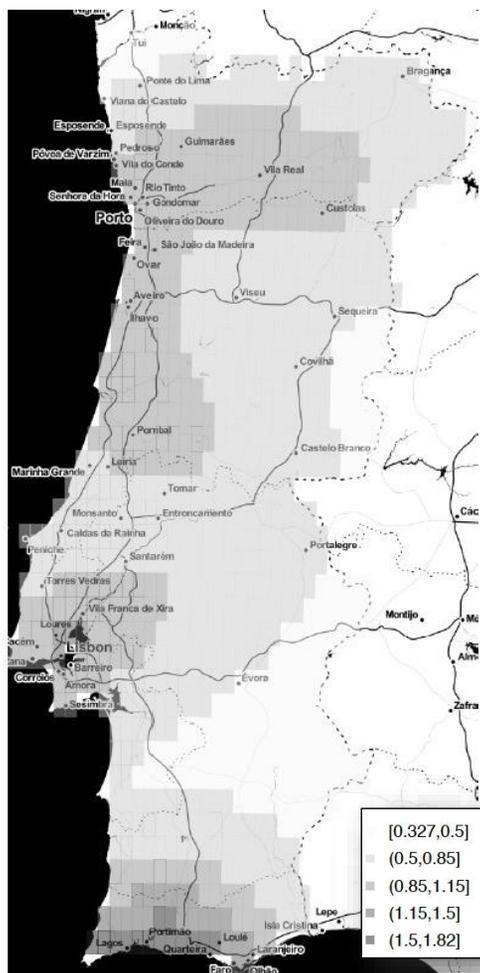


Figura 75. Modelo final da análise espacial utilizando o modelo aditivo generalizado: representação das probabilidades preditivas de tratamento irregular/abandono de terapêutica de acordo com a localização geográfica, no mapa de Portugal continental. Fonte: C. Nunes, *et al.* Short Report: Who are the patients that default tuberculosis treatment? – space matters! *Epidemiol. Infect.* 2017; 145: 1130-1134.

Vigilância Epidemiológica da Gripe na Região Oeste

No âmbito do Plano de Contingência Específico da Gripe, elaborado para a Região Oeste conjuntamente pela Unidade de Saúde Pública (USP) Zé Povinho do ACeS Oeste Norte e a USP Moinhos do ACeS Oeste Sul, foi implementado um projeto de vigilância epidemiológica local da gripe na área geográfica de abrangência destes dois ACeS. Neste projeto, a atividade gripal é monitorizada semana a semana na Região Oeste, complementando a informação que é publicada periodicamente pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Programa Nacional de Vigilância Epidemiológica da Gripe) com dados recolhidos a nível local.

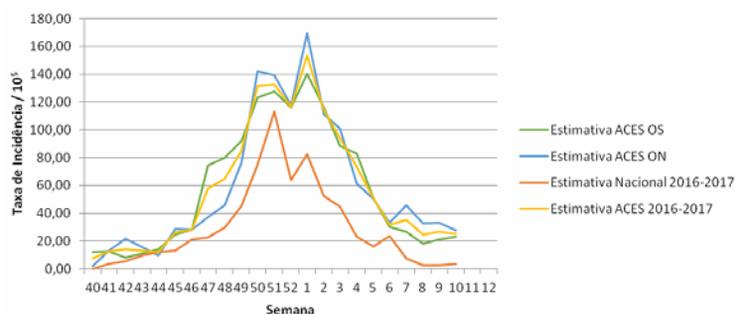


Figura 76. Taxa de incidência de gripe na época 2016-2017 a nível Nacional e no conjunto dos ACeS Oeste Norte e Sul ["Estimativa ACES"]. Fonte: INSA e SIARS.

Assim, são difundidos semanalmente no ACeS Oeste Norte, durante a época da gripe sazonal, boletins de vigilância epidemiológica da gripe na Região Oeste. Estes boletins incluem dados sobre a evolução das taxas de incidência de gripe a nível nacional, no ACeS Oeste Norte e no ACeS Oeste Sul, e incluem ainda o estado de alguns indicadores de saúde locais, tais como, número de consultas nos CSP e de urgências hospitalares, proporção de consultas codificadas como síndrome gripal nos Centros de Saúde, taxa de admissão nas Unidades de Cuidados Intensivos por gripe, variação da mortalidade, entre outros. Esta monitorização permite prever a tendência de evolução da epidemia ao nível regional/local, e tem como objetivo melhorar a capacidade de resposta, intervenção e prevenção dos serviços de saúde para a gripe na população durante a época da gripe sazonal.

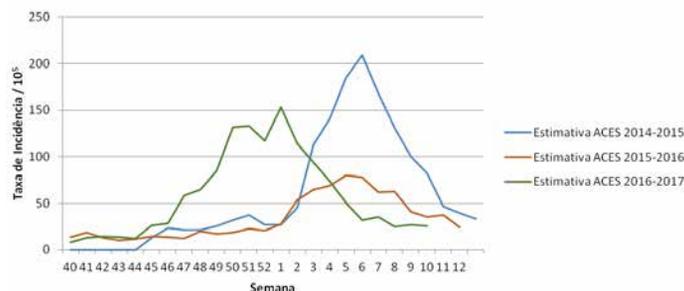


Figura 77. Taxa de incidência de gripe nas épocas 2014-2015, 2015-2016 e 2016-2017 no conjunto do ACES Oeste Norte e Sul ["Estimativa ACES"]. Fonte: SIARS.

Projeto Cidade dos Afetos

O projeto Cidade dos Afetos é um movimento desenvolvido ao nível dos municípios e USP locais, aberto a todos os membros de uma comunidade, baseado no pressuposto de que maior afetividade entre as pessoas diminui a violência, a agressividade e os conflitos inúteis, e promove maior coesão social e tolerância, valores essenciais a uma comunidade desenvolvida. O projeto pretende mobilizar toda a comunidade para o desenvolvimento de atividades que apliquem a componente afetiva, de modo a promover o bem-estar e os estilos de vida saudáveis.

O projeto Cidade dos Afetos teve início no ano de 2014, como parceria entre a USP Zé Povinho do ACeS Oeste Norte e a USP Arnaldo Sampaio do ACeS Arco Ribeirinho, e municípios de Caldas da Rainha e do Barreiro. A maçã dos afetos, que já era o símbolo da promoção da saúde nas escolas, transformou-se no símbolo da Cidade dos Afetos. Desde então já foram desenvolvidas inúmeras iniciativas e o projeto conta já com a adesão dos concelhos de Bombarral, Peniche, Sines, Alcochete, Moita, Montijo, Campo Maior e Cascais, aos dois concelhos fundadores de Caldas da Rainha e Barreiro.



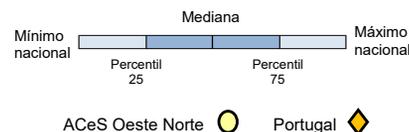
Entre as atividades desenvolvidas no âmbito deste projeto estão o Movimento Escola de Afetos, as Jornadas Pedagógicas, encontros de formação de professores, caminhadas temáticas, concursos, feiras da saúde, atividades com idosos, curso de carnaval com o tema dos afetos, abraço na cidade, passeios noturnos e visitas guiadas nos parques de Caldas da Rainha e do Bombarral, entre outras. No futuro, o ACeS Oeste Norte pretende alargar este movimento aos restantes concelhos que o integram (Alcobaça, Nazaré e Óbidos).



Figura 78. Atividades no âmbito do projeto Cidade dos Afetos

Como nos comparamos?

O quadro seguinte (Quadro XXXII) mostra como a Região Oeste Norte se compara com o País relativamente a alguns indicadores demográficos, socioeconómicos e de saúde selecionados.



Quadro XXXII. Alguns indicadores demográficos, socioeconómicos e de saúde, com valor indicado para a Região Oeste Norte, Portugal, e mínimo e máximo no território nacional no período de referência apontado.

		Oeste Norte	Portugal	Mín.		Máx.
Indicadores demográficos	1. Taxa bruta de natalidade (2016)	7,4	8,4	0		10,3
	2. Índice sintético de fecundidade (2016)	1,24	1,36	1,07		2,20
	3. Índice de longevidade (2016)	49,2	48,7	42,9		59,2
	4. Índice de envelhecimento (2016)	168,1	150,9	64,9		292,8
	5. Índice de dependência de idosos (2016)	34,1	32,5	16,3		49,3
	6. Índice de dependência total (2016)	54,4	54,1	36,0		67,3
Indicadores socioeconómicos	7. Taxa de analfabetismo (2011)	6,0	5,3	2,9		11,6
	8. Taxa de abandono escolar (2011)	1,2	1,7	0,7		3,0
	9. Taxa de desemprego no sexo masculino (2011)	11,5	12,3	3,6		21,3
	10. Taxa de desemprego no sexo feminino (2011)	14,0	13,0	5,9		29,5
	11. Taxa de inatividade no sexo masculino (2011)	34,3	32,9	20,8		55,8
	12. Taxa de inatividade no sexo feminino (2011)	43,8	45,4	31,2		69,7
	13. Proporção da população ativa inscrita no IIEFP (dezembro de 2016)	5,4	7,2	3,4		15,3
	14. Remuneração base média mensal dos homens trabalhadores por conta de outrem (2013)	804,1	993,2	610,7		1901,8
	15. Remuneração base média mensal das mulheres trabalhadoras por conta de outrem (2013)	671,8	815,6	567,9		1186,9
	16. Poder de compra per capita (2013)	89,2	100,0	56,5		207,9
	17. Crimes registados por mil habitantes (2015)	33,2	32,0	10,4		85,7
	18. Crimes de violência doméstica contra o cônjuge ou análogos por mil habitantes (2015)	1,25	2,16	0,00		7,03
	19. Acidentes de viação com vítimas por mil habitantes (2016)	3,6	3,3	1,3		9,7
	20. Qualidade da água para consumo humano / "água segura" (2015)	99,4	98,7	88,9		100,0
	21. Taxa de superfície florestal ardida (2016)	0,17	2,66	0,00		87,86
	22. Proporção de resíduos urbanos triados para reciclagem (2014)	8,0	16,2	0,0		100,0
	23. Exposições nas galerias de arte e espaços de exposições temporárias por mil habitantes (2016)	0,9	1,7	0,0		16,6
	24. Proporção de dormidas nos estabelecimentos hoteleiros entre julho-setembro (2014)	45,5	39,0	0,0		63,3
	25. Proporção de hóspedes estrangeiros (2013)	42,2	57,8	0,0		84,8

Notas: os mínimos, máximos, percentis 25 e 75, e mediana, referem-se ao nível territorial de município, exceto quando indicado o contrário. Nos indicadores assinalados com (a) o valor nacional, os mínimos, máximos, percentis 25 e 75, e mediana, e Região Oeste Norte referem-se ao nível territorial de ACeS/ULS do Continente. Fonte: INE, Transparência SNS, ACSS Benchmarking e "Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015" - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (publicação de dezembro 2016).

Quadro XXXII (continuação). Alguns indicadores demográficos, socioeconómicos e de saúde, com valor indicado para a Região Oeste Norte, Portugal, e mínimo e máximo no território nacional no período de referência apontado.

		Oeste Norte	Portugal	Min.		Máx.	
Indicadores de saúde	26.	Taxa bruta de mortalidade (2016)	12,2	10,7	6,1		33,6
	27.	Centros de saúde: consultas por habitante (2012)	3,4	2,5	0,9		8,2
	28.	Proporção de utentes inscritos nos CSP com MF atribuído (outubro 2016) (a)	90,0	90,6	67,6		100,0
	29.	Duração média dos internamentos hospitalares em dias (2015)	6,6	8,1	1,1		54,6
	30.	Interrupções voluntárias da gravidez por mil habitantes (2015)	1,15	1,60	0,03		4,28
	31.	Proporção de recém-nascidos com consulta médica de vigilância nos primeiros 28 dias de vida (dezembro 2015) (a)	86,7	80,9	56,3		98,0
	32.	Proporção de utentes com hipertensão arterial, com idade < 65 anos, com última medição de pressão arterial inferior a 150/90 mmHg (dezembro 2015) (a)	51,8	49,8	18,1		78,3
	33.	Proporção de utentes diabéticos com exame dos pés no último ano (dezembro 2015) (a)	59,0	63,6	24,5		92,7
	34.	Proporção de utentes diabéticos com último resultado de HbA1c ≤8,0% (dezembro 2015) (a)	61,0	57,7	34,2		77,9
	35.	Taxa de amputação nos membros inferiores em doentes com diabetes por 100.000 habitantes (dezembro 2015) (a)	9,63	12,09	2,75		35,73

Notas: os mínimos, máximos, percentis 25 e 75, e mediana, referem-se ao nível territorial de município, exceto quando indicado o contrário. Nos indicadores assinalados com (a) o valor nacional, os mínimos, máximos, percentis 25 e 75, e mediana, e Região Oeste Norte referem-se ao nível territorial de ACeS/ULS do Continente. Fonte: INE, Transparência SNS, ACSS Benchmarking e "Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015" - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (publicação de dezembro 2016).

Conceitos

Relação de masculinidade	(População residente masculina / População residente feminina) x 100
Índice de envelhecimento	(População residente com 65 ou mais anos / População residente com menos de 15 anos) x 100
Índice de juventude	(População residente com menos de 15 anos / População residente com 65 ou mais anos) x 100
Índice de dependência de idosos	(População residente com 65 ou mais anos / População residente com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) x 100
Índice de dependência de jovens	(População residente com menos de 15 anos / População residente com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) x 100
Índice de dependência total	(Soma do número de pessoas com menos de 15 anos e com 65 ou mais anos / População residente com idades entre os 15 e os 64 anos) x 100
Esperança média de vida à nascença	Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento
Esperança média de vida aos 65 anos	Número médio de anos que uma pessoa aos 65 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento
Taxa bruta de natalidade	(Número de nados-vivos / População residente estimada para o meio do ano) x 1000
Taxa de fecundidade geral	Número de nados vivos durante um determinado período de tempo / Número médio de mulheres em idade fértil (entre 15 e 49 anos) x 1000
Índice sintético de fecundidade	Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, entre os 15 e os 49 anos, num dado período.
Taxa de analfabetismo	(População residente com 10 e mais anos ("Não sabe ler nem escrever") / População residente com 10 e mais anos) x 100
Taxa de abandono escolar	(População residente com idade entre 10 e 15 anos que abandonou a escola sem concluir o 9º ano / População residente com idade entre 10 e 15 anos) x 100

CONCEITOS

REGIÃO OESTE NORTE PERFIL DE SAÚDE 2017

Desempregados inscritos no IIEFP /1000 habitantes da população ativa	$(N^{\circ} \text{ de desempregados inscritos no IIEFP} / \text{População média ativa}) \times 1000$
Taxa de desemprego	$[\text{População ativa desempregada com idade entre 15 e 74 anos (ajustada de sazonalidade)} / \text{População ativa com idade entre 15 e 74 anos}] \times 100$
Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem	(Valor global em euros, de montantes em dinheiro e em géneros a pagar pelos empregadores aos seus trabalhadores, como contrapartida do trabalho prestado / N° de trabalhadores por conta de outrem)
Disparidade no ganho médio mensal entre sexos na população empregada por conta de outrem	Coefficiente de variação do ganho médio mensal ponderado pelo peso do emprego em cada sexo no total do emprego por conta de outrem.
Poder de compra per capita	Preteende traduzir o poder de compra manifestado quotidianamente, em termos per-capita, nos diferentes municípios ou regiões, tendo por referência o valor nacional.
Taxa de criminalidade	$(N^{\circ} \text{ total de crimes} / \text{População média residente}) \times 10000$
População servida por abastecimento público de água (%)	$(\text{População servida por sistemas de abastecimento de água} / \text{População média anual residente}) \times 100$
População servida por sistemas de drenagem de águas residuais (%)	$(\text{População servida por sistemas de drenagem de águas residuais} / \text{População média anual residente}) \times 100$
População servida por estações de tratamento de águas residuais (%)	$(\text{População servida por estações de tratamento de águas residuais} / \text{População média anual residente}) \times 100$
Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade <20 anos	$(N^{\circ} \text{ de nados vivos em mulheres com idade} < 20 \text{ anos} / N^{\circ} \text{ total de nados vivos}) \times 100$
Proporção (%) de nascimentos em mulheres com idade ≥ 35 anos	$(N^{\circ} \text{ de nados vivos em mulheres com idade} \geq 35 \text{ anos} / N^{\circ} \text{ total de nados vivos}) \times 100$
Proporção (%) de nascimentos pré-termo por nados-vivos	$(N^{\circ} \text{ de nados vivos de gestações com menos de 37 semanas} / N^{\circ} \text{ total de nados vivos, numa determinada área geográfica e num determinado período de tempo}) \times 100$
Proporção (%) de nados-vivos com baixo peso à nascença	$(N^{\circ} \text{ de nados vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas} / N^{\circ} \text{ total de nados vivos, numa determinada área geográfica e num determinado período de tempo}) \times 1000$
Interrupções Voluntárias da Gravidez por 10.000 mulheres em idade fértil	$(\text{Número de interrupções voluntárias da gravidez realizadas em estabelecimentos de saúde} / \text{Número de mulheres com idades entre 15-49 anos}) \times 10000$
Determinantes nos CSP (tabaco, álcool, abuso de drogas, excesso de peso)	$N^{\circ} \text{ de utentes com diagnóstico ativo na lista de problemas, de acordo com a classificação ICPC-2} / N^{\circ} \text{ total de utentes com inscrição activa no ACeS na data de referência do indicador}) \times 100$
Taxa bruta de mortalidade	$(N^{\circ} \text{ total de óbitos} / \text{População média residente numa determinada área geográfica, num determinado período de tempo}) \times 10000$
Taxa de mortalidade infantil	$(N^{\circ} \text{ de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade} / N^{\circ} \text{ de nados vivos}) \times 10000$
Taxa de mortalidade neonatal	$(N^{\circ} \text{ de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade} / N^{\circ} \text{ de nados vivos}) \times 10000$
Taxa de mortalidade neonatal precoce	$(N^{\circ} \text{ de óbitos de crianças com menos de 7 dias de vida} / N^{\circ} \text{ de nados vivos}) \times 10000$
Taxa de mortalidade pós neonatal	$(N^{\circ} \text{ de óbitos de crianças com mais de 28 dias e menos de um ano de idade} / N^{\circ} \text{ de nados vivos}) \times 10000$
Taxa de mortalidade fetal tardia	$(N^{\circ} \text{ de fetos mortos com mais de 28 semanas} / N^{\circ} \text{ de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas numa determinada área geográfica e num determinado período de tempo}) \times 10000$
Taxa de mortalidade perinatal	$(N^{\circ} \text{ de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade} / N^{\circ} \text{ de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas, numa determinada área geográfica e num determinado período de tempo}) \times 10000$
Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas	$(N^{\circ} \text{ de óbitos por grandes causas de morte} / N^{\circ} \text{ total de óbitos, numa determinada área geográfica e num determinado período de tempo}) \times 100$
Taxa de mortalidade padronizada pela idade, todas as idades (TMP)	Taxas obtidas pelo método direto de padronização: aplicação das taxas de mortalidade específicas por grupo etário a uma população padrão. Este valor permite a comparação de mortalidade por causa de morte entre diferentes regiões, retirando o efeito que a idade tem sobre a mortalidade, num determinado período de tempo.
Taxa de mortalidade padronizada por causas de morte, <75 anos	Taxas obtidas pelo método direto de padronização, que consiste na aplicação das taxas de mortalidade específicas por grupo etário a uma população com idade inferior a 75 anos.
Morbilidade nos cuidados de saúde primários	$N^{\circ} \text{ de utentes com diagnóstico ativo na lista de problemas, de acordo com a classificação ICPC-2} / N^{\circ} \text{ total de utentes com inscrição activa no ACeS ON, Região LVT, Continente na data de referência do indicador}) \times 100$
Taxa de utilização de consultas médicas (a um e a três anos) no ACeS ON	$N^{\circ} \text{ Uteses pelo menos 1 consulta médicas presencial ou não presencial no último (um/três anos)} / N^{\circ} \text{ total de utentes com inscrição activa no ACeS ON na data de referência do indicador}) \times 100$
Proporção de primeiras consultas hospitalares realizadas em tempo adequado	Proporção de utentes referenciados para a primeira consulta externa, com consulta externa prestada dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido, no total de primeiras consultas externas prestadas no período em análise.
Número de episódios de urgência em hospitais por habitante	Somatório dos episódios de urgência nos hospitais localizados na área de abrangência do ACeS ON, ARSLVT, Continente / População média residente na mesma área de abrangência referida
Número de internamentos hospitalares por episódio de urgência	Somatório dos internamentos nos hospitais localizados na área de abrangência do ACeS ON, ARSLVT, Continente / Somatório dos episódios de urgência nos hospitais localizados nessa mesma área
Taxa de incidência cumulativa de notificações	$(N^{\circ} \text{ de novas notificações de doença num determinado intervalo} / \text{População residente no início do intervalo}) \times 100 \text{ 000}$
Taxa de incidência da infeção por VIH/SIDA	$(N^{\circ} \text{ de novos casos de infeção por VIH/SIDA} / \text{População média residente}) \times 100 \text{ 000}$
Taxa de incidência cumulativa de infeção VIH/SIDA	$(N^{\circ} \text{ de novos casos confirmados de infeção VIH/SIDA} / \text{População residente no início do intervalo}) \times 100 \text{ 000}$

ANEXO VI

Plano de Actividades Triénio 2014-2016

Unidade de Saúde Pública Zé Povinho

Programa Nacional de Saúde Escolar – triénio 2014/2016

Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte

Equipa Coordenadora

Jorge Nunes – Médico de Saúde Pública
 Teresa Bilhastre – Enfermeira de Saúde Comunitária
 Fátima Neves- Enfermeira de Saúde Comunitária
 Lola Monteiro – Técnica de Saúde Ambiental
 Sérgio Fernandes – Higienista Oral

Enquadramento

De acordo com a Orientação n.º 8/2010 da DGS (e Orientação nº 014/2013 de 28 de Outubro da DGS), a gestão do PNSE está atribuída à Unidade de Saúde Pública a quem compete:

- A. Propor superiormente a equipa de Saúde Escolar, definida em articulação com os coordenadores das restantes unidades funcionais;
- B. Propor superiormente o Plano de Ação da Saúde Escolar do ACES, elaborado pela equipa, sob a coordenação do seu responsável;
- C. Orientar e mobilizar os profissionais de saúde das diversas unidades funcionais, em torno de respostas céleres e colaborativas com os Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas no desenho do projeto de promoção e educação para a saúde em meio escolar;
- D. Facilitar parcerias com a comunidade que promovam sinergias numa dinâmica de ganhos mútuos;
- E. Monitorizar e avaliar o PNSE.

A operacionalização do PNSE será feita através de equipas multidisciplinares, incluindo profissionais da USP e de outras unidades funcionais, sobretudo das UCC.

Para o próximo triénio de 2014-2016, a intervenção da Saúde Escolar dará continuidade, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, à execução de actividades nas áreas da saúde individual e colectiva, da inclusão escolar, do ambiente e saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis, bem como a um conjunto de intervenções prioritárias orientadas para necessidades concretas da comunidade educativa.

Objectivos gerais

- I. Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;

- II. Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais;
- III. Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- IV. Reforçar os factores de protecção relacionados com estilos de vida saudáveis;
- V. Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das Escolas Promotoras de Saúde.

Objectivos específicos

Os definidos na Orientação nº 014/2013 de 28 de Outubro, com especial relevo para os dirigidos a indicadores obrigatórios.

População alvo

Toda a comunidade escolar dos concelhos que integram o ACeS Oeste Norte (concelhos da Nazaré, Alcobaça, Caldas da rainha, Óbidos, Bombarral e Peniche).

Recursos da USP e de outras Unidades do ACeS

Alcobaça:

- UCC de Alcobaça (Enfermeiras Susana Vaz, Anabela Medalho e Ana Patrícia Ferreira) – total horas: 22

Caldas da Rainha:

- UCC das Caldas da Rainha (Enfermeiras Teresa Bilhastre e Helena Cunha) – total horas: 40

Peniche:

- UCC de Peniche (Enfermeiras Fernanda Viola, Carla Lopes, Clementina Gomes e Teresa Bilhastre) – total horas: 16

Nazaré:

- UCC de Alcobaça – total horas: 4

Óbidos:

- Elementos da Equipa Coordenadora, Enfermeiras Almerinda Leitão e Todorka Calisto – total horas: 4

Bombarral:

- Elementos da Equipa Coordenadora e Enfermeira Susana Alves – total horas: 4

NOTA: Todos os concelhos tem apoio dos Médicos de Saúde Pública e Técnicos de Saúde Ambiental, com horário a definir.

Projectos de intervenção prioritários (em anexo)

- A. Projecto “A Cidade dos Afectos” (inclui actividades de formação de professores na área de **Educação Sexual em Meio Escolar** (Projecto b- learning) – responsáveis: Cristina Pecante, Fátima Neves, Lola Monteiro e um professor a designar (ver Plano Local de Saúde do ACeS Oeste Norte para o triénio 2014/2016);
- B. Projectos sobre os temas: **Alcoolismo e Tabagismo** – responsáveis: Fátima Neves e José Fernando;
- C. Projecto sobre **Ambientes Seguros e Saudáveis** – Lola Monteiro;
- D. Projectos no âmbito da Promoção de Boas Práticas em **Saúde Oral** – Sérgio Fernandes, Sabina Ramalho e Susana Fernandes (ver projectos no programa de saúde oral).

Calendário de Execução

Todas as actividades são de execução contínua, e o horizonte temporal deste programa é: 2013/2014-2015/2016.

Metas / Indicadores de avaliação

Indicadores	Metas		
	2014	2015	2016
- Taxa de cobertura dos alunos, segundo o nível de educação e ensino;			
- Taxa de cobertura do pessoal docente, segundo o nível de educação e ensino;			
- % de alunos com 6 e com 13 anos sem vigilância da sua saúde;			
- % de alunos com NSE alvo de acompanhamento pela SE, no 1º CEB;			
- % de alunos com NEE e simultaneamente NSE em relação ao total de alunos com NEE, no 1º CEB;			
- % de alunos com PNV cumprido, no 1º ano do 1º CEB;			
- % de alunos referenciados por maus tratos, segundo o nível de educação e ensino;			
- % de alunos vítimas de acidentes escolares, segundo o nível de educação e ensino;			
- % de alunos que realizam a higiene oral no pré-escolar e no 1º CEB;			
- % de alunos abrangidos por projectos de promoção de ambientes seguros e saudáveis, segundo o nível de educação e ensino;			
- % de alunos abrangidos por projectos de prevenção do consumo de tabaco no 1º, 2º e 3º CEB e Secundário;			
- % de alunos abrangidos por projectos de promoção da alimentação saudável, segundo o nível de educação e ensino;			
- % de alunos abrangidos por projectos de educação sexual, segundo o nível de educação e ensino;			

- % de alunos abrangidos por projectos de prevenção do consumo de álcool, segundo o nível de ensino;			
- % de alunos abrangidos por projectos de prevenção do consumo de substâncias ilícitas, segundo o nível de ensino;			
- % de alunos abrangidos por projectos de promoção da saúde mental, segundo o nível de educação e ensino.			

Nota: Após consulta dos relatórios de avaliação do programa de saúde escolar, dos últimos quatro anos, constatou-se que não existem dados fiáveis que nos permitam avançar com metas credíveis para todo o ACeS. Assim, foi decisão da equipa coordenadora calcular os indicadores descritos no quadro acima para o corrente ano lectivo 2013/2014 e então, no próximo ano, avançar com as metas para 2015 e 2016.

Avaliação

Este programa prevê dois tipos de avaliação:

- Uma avaliação contínua, trimestral, em reunião da equipa coordenadora com todos os elementos que realizam actividades de saúde escolar;
- Uma avaliação final, de resultados, a ser efectuada pela equipa coordenadora, no final de cada ano lectivo, com elaboração de relatório de acordo com as orientações da equipa regional.

Siglas utilizadas

ACeS: Agrupamento de Centros de Saúde
DGS: Direcção-Geral da Saúde
PNSE: Programa Nacional de Saúde Escolar
NSE: Necessidade de Saúde Especiais
NEE: Necessidades Educativas Especiais
SE: Saúde Escolar
PNV: Programa Nacional de Vacinação
CEB: Ciclo do Ensino Básico
UCC: Unidade de Cuidados na Comunidade
USP: Unidade de Saúde Pública

Referências

Direcção Geral de Saúde - Programa Nacional de Saúde Escolar para 2013 / 2014. Orientação da DGS nº 014/2013 de 28 de Outubro.

Caldas da Rainha 26 de Dezembro de 2013

ANEXO VII

2016 - 2020

PLANO ESTRATÉGICO EDUCATIVO MUNICIPAL



Óbidos

Ficha Técnica

Equipa de redação (autores)

Câmara Municipal de Óbidos – Ana Sofia Godinho (Gabinete Municipal de Educação)
Câmara Municipal de Óbidos – Cláudio Rodrigues (Secretário da Vereação da Educação)
Assembleia Municipal de Óbidos – Fernando Jorge Silva
Instituto Politécnico de Leiria – Miguel Oliveira (Coordenador)
Câmara Municipal de Óbidos – Valdemiro Rodrigues (Gabinete Municipal de Educação)

Equipa responsável pela elaboração do PEEM

Câmara Municipal de Óbidos – Celeste Afonso (Vereação da Educação)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – Artur Tomás Oliveira (Diretor)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – José Manuel Nascimento (Membro da direcção)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – Isabel Quaresma (Representante do Complexo do Furadouro)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – Ana Raquel (Coordenação do Complexo dos Arcos)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – Margarida Reis (Representante do Complexo do Alvito)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – Ricardo Bolou (Professor 1.º CEB)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – José Carlos Silva (Professor 3.º CEB)
Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos – Idalina Francisco (Coordenadora do Pré-escolar)
Óbidos Vila Literária – Joana Conde
Óbidos Criativa – Paula Ganhão
Núcleo de Intervenção Multidisciplinar de Óbidos – Fernanda Portugal (Coordenadora)
Associações de Pais e Encarregados de Educação – Alberto Ferreira (Representante)
Centro de Formação Associação de Escolas Centro-Oeste – Nicolau Borges (Coordenador)
Instituições Particulares de Solidariedade Social – Joana Figueiredo (Representante)
Universidade Católica (Porto) – Valdemar Castro Almeida (Consultor da equipa)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. As Competências dos Municípios em Educação	1
2. O Papel do CME e a Articulação entre PEEM e Projetos Educativos do Agrupamento	3
3. Estratégia Metodológica	4
I. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO	5
1. Localização Geográfica	5
2. Demografia	6
3. Empresas e Atividades Económicas	7
4. Estrutura do Emprego	9
5. Equipamentos Sociais	10
6. Projetos e Programas do Município	12
7. Rede Educativa – Breve Caracterização	17
7.1. Apoios Educativos	20
7.2. Indicadores Socioeducativos	21
7.3. Oferta Educativa	22
7.4. Sucesso Educativo	23
7.5. Formação Docente	26
7.6. Satisfação da Comunidade Educativa	26
II. ANÁLISE SWOT – DIAGNÓSTICO	28
III. PLANO DE AÇÃO	32
1. Eixos do PEEM	32
2. Linhas de Ação	33
3. Plano de Atividades	43
IV. AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO PEEM	43
1. Critérios a Considerar na Avaliação	44
Bibliografia	45
Siglas	46

INTRODUÇÃO

A conceção do espaço educativo, na contemporaneidade, merece ser alargada e tornar-se num conceito de expansão, inclusão e reflexão intencional de participação e ativação de comunidade(s). É na construção de uma escola de qualidade, assente numa educação inclusiva, criativa e promotora das potencialidades do aluno e do território que o Município de Óbidos tem um papel essencial. Torna-se fundamental estabelecer um padrão de proximidade e complementaridade entre os processos educativos, definidos pelo Ministério da Educação e Ciência, e as características territoriais, demográficas e sociais específicas.

O Município assume um papel de responsabilidade e acompanhamento na construção do Plano Estratégico Educativo Municipal (PEEM) que intenciona a melhoria objetiva dos resultados, o acesso a melhores ferramentas para um futuro empreendedor e socioeconomicamente estimulante, a partilha do território como forma de aprendizagem e globalização, entre outras formas de fomentar o conhecimento e o sucesso educativo. Óbidos tem investido muito tempo e trabalho na educação para diminuir a distância entre a realidade e a padronização do conhecimento. A experiência e os resultados satisfatórios desta prática de investimento e proximidade revelam necessidades cada vez maiores de aproximação da educação aos municípios.

Pela observação, participação e integração do território nos processos de aprendizagem das crianças e jovens e demais agentes educativos, conseguir-se-á um mapeamento fiel e estruturado das potencialidades intrínsecas desse mesmo território, bem como das pessoas que nele se envolvem e participam ativamente. Este conhecimento estrutural do espaço e das pessoas tem a vantagem de encetar e oferecer novas possibilidades de desenvolvimento social e económico, para além do evidente progresso pedagógico, capaz de extrair do seu conhecimento novas formas de subsistência e desenvolvimento social. Numa escola que se quer mais participada, é importante envolver os professores, animadores, pais e encarregados de educação, assistentes operacionais, técnicos superiores de educação e outros funcionários do Município, assim como instituições da comunidade, para que, numa perspetiva de redimensionamento do território educativo, todos sintam responsabilidade neste processo.

O PEEM surge assim, do desejo de desenvolver um conceito/modelo de educação próprio, assente num projeto que emane da comunidade e se dissemine em conjunto com algumas das melhores práticas nacionais e internacionais, procurando coletivamente um modelo de excelência para o concelho.

1. As competências dos Municípios em Educação

Na década de 80 foram estabelecidos os atuais contornos legais da intervenção municipal em matéria educativa (Pinhal, 1997), designadamente, o Decreto-Lei n.º 77/84, de 8 de Março (regime de delimitação e coordenação das atividades da administração central e local em matéria de investimentos) e a Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do sistema Educativo). Com o primeiro normativo, são atribuídas às câmaras municipais competências no âmbito da construção, manutenção e suporte de despesas correntes de estabelecimentos de Educação Pré-escolar e do Ensino Básico, da ação social escolar e dos transportes escolares, incluindo as pessoas portadoras de deficiência para o CEERDL em Caldas da Rainha, da criação

de equipamentos para a educação de adultos e da organização de atividades de animação e ocupação de tempos livres para crianças e jovens.

A Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) abriu uma nova fase no reconhecimento da autarquia como agente educativo, dado que as competências propriamente educativas se encontravam centradas na administração central e nos órgãos periféricos, abrindo assim, a administração educativa à descentralização e participação (Fernandes, 2000; Fernandes, 1999), impulsionando o ressurgimento da relação da escola com o território local, apelando à mobilização dos atores locais e à inovação sobre o terreno e mobilizando discursivamente as noções de território escolar, espaços de formação, parceria e rede (Formosinho & Machado, 2004).

De acordo com Fernandes (1999) é a partir deste normativo que o município passa a estar representado no Conselho Nacional de Educação, é parceiro na criação de escolas profissionais a partir de 1989 e participa no conselho de direção das escolas básicas e secundárias e centros de educação pré-escolar. Trata-se então, de um novo estatuto dado aos municípios, uma vez que lhes atribuem competências educativas.

É a partir de 1996 que, finalmente, se começa a reconhecer a relevância pública, e não apenas privada, do município na educação. Um primeiro sinal encontra-se na Lei-quadro de Educação Pré-Escolar em 1997, que determina a integração na rede pública dos jardins-de-infância a funcionar na dependência direta das autarquias. O diploma que estabelece o novo regime de direção e gestão das escolas básicas e secundárias e centros de educação pré-escolar (Decreto-Lei n.º 115-A/98, de 4 de Maio) e a Lei de competências locais (Lei n.º 159/99, de 14 de Setembro), veio consolidar este entendimento ao atribuir aos municípios competências para constituir conselhos municipais de educação, com função consultiva, para a elaboração da carta escolar e para a gestão de pessoal de educação pré-escolar e do 1.º CEB. Segundo o estudo realizado, em 2001, por Pinhal e Viseu (Pinhal, 1997), e com a aprovação do Decreto-Lei n.º 115-A/98, de 4 de Maio, as autarquias têm respondido às novas competências, nomeadamente no que se refere à representação nos órgãos de gestão a que são chamados.

O Decreto-Lei n.º 7/2003, de 15 de Janeiro, define as competências relativamente aos Conselhos Municipais de Educação (CME), órgão de institucionalização da intervenção das comunidades educativas a nível do concelho, e à elaboração da Carta Educativa, instrumento fundamental de ordenamento da rede de ofertas de educação e ensino.

Em 2005 e posteriormente em 2008, as autarquias locais passam a assumir um papel de destaque na promoção de Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC) e de animação e de apoio à família (Despacho 14460/2008, de 26 de Maio alterado pelo Despacho 8683/2011, de 28 de Junho).

Com o Decreto-Lei n.º 144/2008, de 28 de Julho, que são transferidos para os municípios atribuições e competências nos seguintes domínios: pessoal não docente das escolas básicas e da educação pré-escolar; atividades de enriquecimento curricular no 1.º CEB e gestão do parque escolar nos 2.º e 3.º CEB.

Com a Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro e posteriormente, com o Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de Fevereiro, são definidos os termos dos contratos interadministrativos da delegação de competências em matéria de educação.

Finalmente o Decreto-Lei 72/2015, de 11 de maio, procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 7/2003, de 15 de janeiro, que regulamenta os CME e aprova o processo de elaboração de carta educativa. Com este decreto o conselho municipal de educação passa a assumir um papel mais relevante de coordenação, quando exista no município um nível mais aprofundado de descentralização administrativa, mesmo que em fase de projeto-piloto, através de contratos interadministrativos de delegação de competências. Com efeito, nestes casos, os pareceres do CME podem eventualmente assumir um valor jurídico reforçado, podendo ainda ser criada uma comissão permanente, com competências de acompanhamento corrente e articulação dos municípios e dos agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas. O artigo 9.º define que os contratos interadministrativos de delegação de competências na área da educação celebrados ao abrigo da Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, e do Decreto-Lei n.º 30/2015, de 12 de fevereiro, podem, mediante solicitação do respetivo município, atribuir carácter vinculativo aos pareceres do CME relativamente ao exercício pelo município das competências delegadas através daquele contrato.

2. O Papel do CME e a Articulação entre PEEM e Projetos Educativos do Agrupamento

O Conselho Municipal de Educação de Óbidos (CMEO) foi criado em Dezembro de 2003, cumprindo o estabelecido no Decreto-Lei n.º 7/2003 de 15 de Janeiro. Este órgão de coordenação e consulta a nível municipal, reuniu-se diversas vezes com o objetivo de analisar e aprovar a carta educativa, aprovar a constituição do Agrupamento de Escolas de Josefa de Óbidos e dar parecer relativamente à criação da Escola Superior de Conservação e Restauro.

Paralelamente à existência deste órgão, o Município de Óbidos desenvolveu um diálogo constante com os diversos parceiros educativos e sociais, encontrando de uma forma cooperativa soluções para a consolidação de um projeto educativo local. Neste domínio, Óbidos tem trabalhado, nos últimos anos, no estudo de casos assentes numa nova responsabilização das comunidades locais, estabelecendo parcerias facilitadoras de um processo de descentralização de competências e com base numa identidade local, como é o caso da Finlândia, Dinamarca, Suécia, Itália (Reggio Emilia), Bélgica (Kortrijk), entre outros.

Também nacionalmente, Óbidos tem desenvolvido um trabalho de reforço das redes e parcerias, nomeadamente com a Fundação Calouste Gulbenkian, o Instituto Politécnico de Leiria, o Instituto Piaget, a Universidade Católica, a Universidade de Coimbra, entre outros.

O trabalho em rede e o posicionamento nacional e internacional de Óbidos têm sido fundamentais para o desenvolvimento de medidas que promovam a constituição de um projeto educativo local, assente em premissas de exigência, de inovação e de autonomia, como medida responsabilizadora da comunidade, em articulação com os eixos económicos que polarizam o desenvolvimento do concelho.

3. Estratégia Metodológica

A conceção do PEEM exige a adoção de uma estratégia metodológica rigorosa e estruturada, assente em processos específicos de investigação, com vista a uma intervenção cirúrgica e com grande intencionalidade educativa. Para este processo de construção a equipa de trabalho considera fundamental adotar uma metodologia de investigação-ação uma vez que esta implica a melhoria e a compreensão da prática, bem como a melhoria da situação onde decorre a prática (Latorre, 2003). Numa tentativa de fundamentar melhor esta metodologia, podemos afirmar que a investigação-ação tem como propósito fundamental questionar as práticas sociais e os valores que as integram com a finalidade de os explicar. O autor supramencionado defende ainda que a investigação-ação pode constituir-se como um poderoso instrumento na produção de conhecimento, alteração da realidade e transformação dos atores.

A construção do PEEM deve emergir das necessidades sentidas e incentivar a construção de um cenário desejável para todos e com todos. O processo de construção deste documento foi marcado pela participação ativa da comunidade, nomeadamente por representantes de instituições do ensino superior, como são exemplo a Universidade Católica e o Instituto Politécnico de Leiria. Do Município de Óbidos participou a vereação da educação, o gabinete municipal de educação, entre outros serviços. A Assembleia Municipal foi também representada. Do Agrupamento de Escolas participaram o diretor, os representantes dos complexos educativos, os coordenadores das várias etapas educativas, o diretor da CAP e a coordenadora do NIMO. Participaram também as Associações de Pais, o IEFP, a Óbidos Vila Literária, a Empresa Municipal Óbidos Criativa, o Centro de Formação de Professores e as IPSS. Envolvendo a comunidade e os parceiros nesta construção, a metodologia adotada encara as pessoas como sujeitos e não como objetos de todo este processo.

A caracterização do contexto exigiu a recolha de dados provenientes de inúmeras fontes, nomeadamente de documentos do Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos, Relatório da última Avaliação Externa, Carta Educativa, Diagnóstico Social, bem como de dados já sistematizados pelo Gabinete de Educação do Município de Óbidos. Procurámos reunir também, embora que numa lógica mais quantitativa, estatísticas oficiais produzidas pelo MEC (DGEEC), INE, PORDATA e CENSOS 2011.

Depois da fase de diagnóstico, procedemos à análise SWOT, envolvendo todos os parceiros, com recurso à equipa alargada de conceção do PEEM, na qual estão representadas as instituições com ligação direta à educação. A análise SWOT para além de decorrer dos dados do Contexto e Diagnóstico decorreu também de contributos de todos os intervenientes que preencheram um questionário construído para o efeito. Depois de fechada e apresentada a caracterização do contexto, com os novos contributos, foram marcadas reuniões para análise das linhas orientadoras do projeto.

Foi elaborado o plano de ação para o período de quatro anos, incluindo a definição de metas. Este plano foi enviado aos parceiros envolvidos nas reuniões e aos membros da Assembleia Municipal para recolher opiniões, sugestões e novos contributos com vista à conclusão do PEEM. Este projeto implica também a construção do plano anual de atividades que se traduz num instrumento dinâmico que exige a participação de todos os atores e que sistematiza toda a linha de ação do PEEM. Este plano será elaborado posteriormente em estreita articulação com o Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos e com todos os parceiros envolvidos.

I. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO

1. Localização Geográfica

Situado a Sul do distrito de Leiria, no centro da Região de Turismo do Oeste, a cerca de 80Km de Lisboa e a 60 km de Leiria, o concelho de Óbidos é banhado pelo oceano Atlântico numa extensão de cerca de 6 km e é delimitado a Norte e a Este pelo concelho de Caldas da Rainha, a Sudoeste pelo concelho de Peniche e a Sul pelos concelhos de Lourinhã e Bombarral.

Com uma morfologia algo acidentada é porém dotado de solos extremamente férteis e vários cursos de água que o atravessam, entre eles os rios Real e Arnóia, indo desaguar na Lagoa de Óbidos, outrora um grande “Braço de Mar” que alcançava as terras baixas circundantes da Vila de Óbidos e que hoje se limita a uma superfície de 500 hectares a baixa-mar e a cerca de 700 hectares aquando da praia-mar. A Lagoa de Óbidos constitui uma fonte de riqueza piscatória e turística da qual dependem economicamente muitas famílias da região.

Atualmente o concelho de Óbidos tem cerca de 12 mil habitantes e é composto por sete freguesias: A-dos-Negros, Amoreira, Gaeiras, Olho Marinho, Usseira, Vau e com a reorganização administrativa surgiu a freguesia Santa Maria, São Pedro e Sobral da Lagoa à qual pertence a vila de Óbidos. Estas freguesias estendem-se numa área de 146 km². Gaeiras foi elevada a vila no início do ano de 2001, sendo todas as outras freguesias constituídas por aldeias e casais.



Imagem 1: Mapa de freguesias do concelho de Óbidos

2. Demografia

O concelho de Óbidos, de acordo com os CENSOS 2011, tem 11772 habitantes, dos quais, 5724 são homens e 6048 são mulheres. Relativamente a 2001, o Concelho registou um aumento populacional de 897 efetivos.

Considerando de um modo mais alargado todo o universo de potenciais alunos (do pré-escolar até ao secundário), para lá do conceito adoptado pela ONU (e pelo INE) que considera o escalão etário onde se insere a juventude apenas entre os 15 e os 24 anos, Óbidos (concelho) tinha em 2001, na faixa etária (alargada) dos 0-24 anos, 2958 indivíduos, comparativamente aos números de 2011, que na mesma faixa dos 0-24, registava menos 119 indivíduos apresentando uma redução de cerca de 4% neste grupo etário.

Nesta faixa etária (0-24) a freguesia que apresenta um maior decréscimo é a da A-dos-Negros (-21,8 %), seguida das freguesias de Olho Marinho e da Usseira com um decréscimo de cerca de 13%. Em contrapartida as freguesias das Gaeiras e de Santa Maria apresentaram um aumento de indivíduos nesta faixa etária.

	VARIAÇÃO TOTAL	0-14 %	15-24 %	25-64 %	65+ %
OBIDOS	8,25	11,38	-20,91	10,89	17,88
A-DOS-NEGROS	-0,27	-7,88	-28,35	1,52	17,92
AMOREIRA	0,41	-0,78	-19,17	3,73	3,92
OLHO MARINHO	1,67	8,99	-35,63	6,55	7,17
SANTA MARIA	13,65	23,44	-1,65	14,82	25,95
SÃO PEDRO	2,19	17,32	-31,14	4,35	7,76
SOBRAL DA LAGOA	4,52	-1,72	-10,20	9,81	4,04
VAU	8,80	26,26	-27,59	11,43	15,12
GAEIRAS	25,46	24,92	-0,80	26,93	44,91
USSEIRA	3,81	-8,72	-15,20	5,81	22,35

Fonte: INE, CENSOS 2011

Quadro n.º 1 – Variação da população residente entre 2001 e 2011

	TOTAL		0-14	15-24	25-64	65 +
	HM	H				
OBIDOS	10,875	5,398	1,547	1,411	5,713	2,204
A-DOS-NEGROS	1,493	752	203	194	789	307
AMOREIRA	985	493	128	120	482	255
OLHO MARINHO	1,258	620	178	160	641	279

SANTA MARIA	1,788	892	256	231	931	370
SÃO PEDRO	1,280	629	179	167	689	245
SOBRAL DA LAGOA	420	206	58	49	214	99
VAU	875	451	99	116	455	205
GAEIRAS	1,858	896	297	249	1,047	265
USSEIRA	91	459	149	125	465	179

Fonte: INE, CENSOS 2011

Quadro n.º 2 – População residente segundo os grupos etários e a sua evolução em 2001

	TOTAL		0-14	15-24	25-64	65 +
	HM	H				
OBIDOS	11,772	5,724	1,723	1,116	6,335	2,598
A-DOS-NEGROS	1,489	732	187	139	801	362
AMOREIRA	989	478	127	97	500	265
OLHO MARINHO	1,279	642	194	103	683	299
SANTA MARIA	2,032	977	316	181	1,069	466
SÃO PEDRO	1,308	618	210	115	719	264
SOBRAL DA LAGOA	439	206	57	44	235	103
VAU	952	481	125	84	507	236
GAEIRAS	2,331	1,127	371	247	1,329	384
USSEIRA	953	463	136	106	492	219

Fonte: INE, CENSOS 2011

Quadro n.º 3 – População residente segundo os grupos etários e a sua evolução em 2011

A freguesia que em 2011 registava um maior número de indivíduos nas faixas etárias dos 0-14 e 15-24 era a de Gaeiras. Este valor reflete apenas o facto de ser a freguesia mais populosa do concelho já que a representatividade destas faixas etárias nas diversas freguesias não varia significativamente.

3. Empresas e Atividades Económicas

As especificidades inerentes ao território de Óbidos, nomeadamente, a “significativa” dispersão populacional e a ausência de aglomerados populacionais urbanos de grande envergadura, aliada à diversidade territorial que encerra nas suas fronteiras, constituem fatores que lhe atribuem características próprias e distintas e lhe conferem desafios estratégicos de relevância estrutural. Enquanto território de *ruralidade moderna*, Óbidos evidencia índices de urbanização pouco expressivos.

Óbidos detêm aproximadamente 3% da população da Região Oeste e ocupa cerca de 6% da área da mesma região, apresentando uma estrutura produtiva diversificada onde se verifica, para além do sectores mais tradicionais da economia, a existência de nichos de especialização em sectores de forte inovação e criatividade, apesar de estes setores não terem, ainda, um peso significativo no PIB da região.

A localização geográfica da Região Oeste, e de Óbidos em particular, é estratégica nas ligações entre o Norte e o Sul.

O Oeste é um território diversificado, tanto a nível da paisagem, possuindo desde as paisagens típicas de litoral, a paisagens montanhosas e de serra, como a nível económico e de população, coexistindo municípios com diferentes níveis de especialização sectorial e económica. Parte da diversidade da região Oeste é induzida por um misto de carácter litoral e interior da Região: (i) O litoral, caracterizado por um maior desenvolvimento económico, urbano e industrial; (ii) O interior, menos desenvolvido a nível económico e com tendência, nas zonas rurais, para um progressivo despovoamento em detrimento do litoral e dos centros urbanos.

É, também, reconhecida em Óbidos uma dinâmica de trabalho sazonal, em particular na época de verão, que traz para o território, força de trabalho temporária (na agricultura e no turismo) e que, apesar de não se refletir nas estatísticas oficiais do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), apresentam efetivos contributos para a economia do concelho.

Atualmente, a especialização produtiva deste concelho oestino apresenta um significativo vínculo à herança de um passado marcado por uma profunda ligação à terra e à cultura tradicional, predominando a produção de produtos hortícolas e frutícolas, embora com sucessivas e importantes alterações do perfil produtivo devido a alterações na política de apoios da PAC, a novas perspectivas de fruição da “terra” e à modernização dos pressupostos de desenvolvimento da atividade agrícola.

No cômputo geral, Óbidos apresenta um padrão de especialização definido e vincado em setores de atividade de cariz tradicional, inserindo-se num território em que coexistem concelhos com perfil idêntico. O perfil produtivo de Óbidos é caracterizado pela prevalência de atividades ligadas à agricultura e silvicultura, à indústria, ao comércio, aos serviços e à hotelaria, mas também pequenas unidades de carpintaria, a construção, a panificação e a pastelaria.

A estrutura dimensional do tecido empresarial do concelho (sob o ponto de vista da distribuição do emprego por escalões de dimensão dos estabelecimentos) apresenta-se muito atomizada, demonstrando a prevalência de pequenas e muito pequenas unidades empresariais. Esta é uma característica tipicamente associada a perfis produtivos ligados à exploração agrícola, que tendem a verificar uma maior concentração de emprego em microempresas, e que funciona como um fator de estabilização do mercado laboral em caso de deslocalização de empresas para outros territórios.

4. Estrutura do Emprego

De acordo com os dados do IEFP, o número de desempregados no concelho de Óbidos tem vindo a descer, desde o início do ano de 2015, em que estavam desempregadas 522 pessoas.

	Grupo etário <25 anos	25-34	35-54	55 anos +	Total
Janeiro	68	87	250	117	522
Fevereiro	60	77	243	102	482
Março	60	75	237	100	472
Abril	42	72	230	101	445

Fonte: IEFP 2015

Quadro n.º 4 – Desemprego registado no concelho de Óbidos segundo o grupo etário

O desemprego afeta mais o género feminino, tendência registada a nível nacional, apesar de no concelho de Óbidos a diferença entre géneros ser pouco significativa, em Abril estava, desempregados 220 homens e 225 mulheres, num total de 445 pessoas (quadro 4). Analisando o quadro 5, em setembro o número de homens desempregados desceu significativamente enquanto o de mulheres subiu ligeiramente.

Existe, ainda, um número significativo de desempregados que estão há mais de 1 ano inscritos, 179 em Setembro de 2015. Encontravam-se 22 pessoas à procura do 1.º emprego e 405 procuravam novo emprego

Relativamente à faixa etária onde se encontram o maior número de desempregados é, claramente a entre os 35-54 anos. Relativamente a níveis de escolaridade verifica-se que as pessoas que detêm o ensino secundário são as associadas a um número mais elevado de desemprego.

Homens	Mulheres	Desempregados há < 1 ano		Desempregados > ou = 1 ano	1.º emprego	Novo emprego	Total desempregados
195	232	248		179	22	405	427
Grupo Etário							
< 25 anos		25-34 anos		35-54 anos	55 anos e mais		Total
37		72		205	113		427
Níveis de Escolaridade							
< 1.º CEB	1.º CEB	2.º CEB	3.º CEB	E. Secundário	E. Superior		Total
13	79	81	72	110	72		427

Fonte: “Desemprego Registado por Concelho – Estatísticas Mensais”. Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. Gabinete de Estudos e Avaliação: Setembro de 2015

Quadro n.º 5 – Mês de setembro de 2015 – caracterização segundo o género, o tempo de inscrição, situação face à procura de emprego, grupo etário e níveis de escolaridade.

Analisando os dois últimos quadros podemos verificar que há uma descida acentuada do desemprego no concelho de Óbidos desde o início do ano. O número de desempregados diminuiu de 522 para 427, ou seja, menos cerca de 100 indivíduos (quadro 5).

5. Equipamentos Sociais

Equipamentos sociais/IPSS do concelho

No concelho de Óbidos existem inúmeros equipamentos sociais, nomeadamente associações desportivas, culturais e recreativas assim como equipamentos de resposta à infância e terceira idade. Muitas destas instituições têm protocolos com o Município. Apresentamos nos quadros seguintes alguns exemplos de instituições obidenses.

INSTITUIÇÕES	DADOS DAS INSTITUIÇÕES
Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros	<u>Valências:</u> Serviço de Apoio Domiciliário; Centro de Convívio e Lar de Idosos
Santa Casa da Misericórdia de Óbidos	<u>Valências:</u> Lar de Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário e Creche
Centro Social e Cultural para o Desenvolvimento do Olho Marinho	<u>Valências:</u> Centro de Convívio, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, Serviço de Apoio Domiciliário Integrado, Creche
Centro Cultural e Recreativo da Amoreira	<u>Valências:</u> Centro de Convívio e Serviço de Apoio Domiciliário
Centro de Apoio Social do Vau	<u>Valências:</u> Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos
Centro de Apoio Social e Cultural da Usseira	<u>Valências:</u> Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos
Creche e Jardim de Infância da Casa do Povo de Óbidos	<u>Valências:</u> Creche, Jardim de Infância; Serviço de Apoio Domiciliário e Serviço de Babysitting
Associação “O Socorro Gaeirense”	<u>Valências:</u> Creche e Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos.
CLAP – Centro Lúdico de Apoio Pedagógico	<u>Valências:</u> Atividades Ludo- pedagógicas: Apoio ao Estudo – 1.º, 2.º e 3.º CEB; Explicações – 2.º/3.º CEB; Atividades Lúdicas em períodos pós-letivos e férias escolares; Workshops (na área do movimento, da expressão plástica, dramática e musical); Avaliação e Intervenção Psicopedagógica; Apoio Terapêutico; Avaliação Psicopedagógica; Apoio Educativo Especializado; Psicologia Clínica e Educacional; Terapia da Fala; Terapia Ocupacional
União de amigos de Olho Marinho	<u>Valências:</u> Futsal, Grupo de teatro, Futsal de formação.
Coral Nascente	<u>Valências:</u> Grupo Coral

Rancho folclórico os populares de Olho Marinho	<u>Valências:</u> Rancho Folclórico e Rancho infantil
União Filarmónica de A-da-Gorda	<u>Valências:</u> Banda filarmónica, escola de música, professores de AEC
Sociedade Cultural e Recreativa Gairense	<u>Valência:</u> Futsal, Formação de Futsal
Coral Alma Nova	<u>Valências:</u> Grupo Coral
Rancho folclórico e etnográfico da Capelira	<u>Valências:</u> Rancho Folclórico e Rancho infantil
Associação Josefa de Óbidos	<u>Valências:</u> Escola de danças clássicas, históricas e contemporâneas
Sociedade Filarmónica e Recreativa Gairense	<u>Valências:</u> Banda filarmónica, escola de música e rancho infantil
Sociedade Musical e Recreativa Obidense	<u>Valências:</u> Banda filarmónica, escola de música e orquestra ligeira
Associação Presente e Futuro	<u>Valências:</u> Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos.
Associação Recreativa e Desportiva União Sancheirense	<u>Valências:</u> Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos; Atividades culturais, recreativas e desportivas; Rancho folclórico.
Centro Cultural, Social e Recreativo Arelhense	<u>Valências:</u> Creche e Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos; Atividades culturais, recreativas e desportivas; Rancho folclórico.
Sociedade Cultural e Recreativa Pinhalense	<u>Valências:</u> Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos. Atividades culturais, recreativas e desportivas.
Associação Cultural e Recreativa do Sobral da Lagoa	<u>Valências:</u> Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos; Atividades culturais, recreativas e desportivas.
Sport Clube do Bairro	<u>Valências:</u> Centro de Convívio protocolado com a Câmara Municipal de Óbidos; Atividades culturais, recreativas e desportivas.
Associação Minha Casa	<u>Valências:</u> Tratamento na área das adições
Associação Recreativa e Cultural Amigos da Capelira e Navalha	<u>Valências:</u> Patinagem
Associação Espeleológica de Óbidos	<u>Valências:</u> Futebol, futebol de formação, programas de férias, recreação histórica
Corpo Nacional de Escutas – Agrupamento 753	<u>Valências:</u> Atividades culturais, recreativas e desportivas.
Associação de Jovens Voluntários de Gaeiras	<u>Valências:</u> Atividades culturais, recreativas e desportivas.
Associação Desportiva, Cultural e	<u>Valências:</u> Atividades culturais, recreativas e desportivas.

Recreativa Trás-do-Outeiro	
----------------------------	--

Quadro n.º 6 – Instituições e valências do concelho

Equipamentos sociais privados do concelho – Apoio à terceira idade

INSTITUIÇÕES	DADOS DAS INSTITUIÇÕES
Lar “Palácio D’El Rei”	<u>Valências:</u> Lar de Idosos.
Lar Domus Augusta – Casa de Repouso de Óbidos Lda	<u>Valências:</u> Lar de Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário; e Centro de Dia.

Quadro n.º 7 – Instituições de apoio à terceira idade do concelho

6. Projetos e Programas do Município

Neste Plano Estratégico Educativo Municipal importa enumerar os projetos/programas/medidas promovidos pelo Município de Óbidos em articulação com o Agrupamento de Escolas e com outras entidades da comunidade:

Crescer melhor. O Município de Óbidos, em 2003, atendendo aos objetivos definidos na Lei-quadro da Educação Pré-escolar e também à evolução do quadro social e familiar do concelho, criou um programa que integra a componente de apoio à família não só no pré-escolar, mas também nos 1.º CEB e 2.º CEB, com o serviço de refeições e de prolongamento de horário.

Neste programa é dedicada especial atenção ao papel da escola/instituição educativa na prestação de serviços de apoio social às famílias apresentando-se como uma medida que reflete a coresponsabilização de toda a comunidade local na procura de diferentes soluções de acordo com as reais necessidades dos pais e promovendo o bem-estar das crianças. Assim, as entradas, os almoços, os tempos após as atividades letivas e os períodos de interrupções e férias, são organizados para responder às necessidades das crianças/alunos e das famílias nos complexos e jardins-de-infância do concelho.

Fábrica da Criatividade. A Fábrica da Criatividade é um programa criado em 2011, que pretende gerar um conjunto de projetos, com vista à promoção da criatividade e inovação nas escolas e na comunidade. Este programa estrutura-se de uma forma dinâmica e flexível, através da criação de projetos-ação, como o atelier criativo, o *Óbidos Anima*, *Working Progress* e o *Story Centre*. Ao longo do ano letivo os projetos da Fábrica da Criatividade desenvolvem-se com crianças/alunos do Pré-escolar, Ensino Básico e Secundário.

NIMO – Núcleo de intervenção Multidisciplinar de Óbidos. A Escola contemporânea não se restringe ao núcleo básico do desenvolvimento cognitivo, mas acumula o desenvolvimento da personalidade, da afetividade e da sociabilidade, num processo relacional dinâmico. Emerge um novo paradigma educacional, dando cumprimento ao estabelecido na Lei nº 51/2012, de 05 de setembro onde aprova o Estatuto do Aluno e Ética Escolar e estabelece os direitos e os deveres do aluno dos ensinos básico e secundário e o compromisso dos pais ou encarregados de educação e dos restantes membros da comunidade educativa na sua educação e formação, revogando a Lei n.º 30/2002, de 20 de dezembro. No seu Artigo 35.º é referido que todos os agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas podem, se necessário, constituir uma equipa multidisciplinar destinada a acompanhar em permanência os alunos, designadamente aqueles que revelem maiores dificuldades de aprendizagem, risco de abandono escolar, comportamentos de risco ou gravemente violadores dos deveres do aluno ou se encontrem na iminência de ultrapassar os limites de faltas previstos no presente Estatuto. As equipas multidisciplinares devem pautar as suas intervenções nos âmbitos da capacitação do aluno e da capacitação parental tendo como referência boas práticas nacional e internacionalmente reconhecidas. Estas equipas impõem uma visão mais ampla, de modo a integrar o sujeito da aprendizagem, a sua família e os seus sistemas significativos, funcionando a escola, muitas vezes, como mediadora do processo inter-relacional.

É nesta perspetiva que surge o projeto NIMO, em novembro de 2014, constituído por uma equipa de profissionais (especializados) de diversas áreas, atuam em toda a rede escolar do concelho de Óbidos. Esta equipa multidisciplinar destina-se a acompanhar em permanência as crianças/alunos e encarregados de educação. A intervenção desta equipa tendo como referências as boas práticas nacional e internacionalmente reconhecidas intervêm nas seguintes valências de apoio educativo para todos os ciclos de ensino:

- Terapia Familiar
- Assistência social
- Assistente social com especialização em *Bullying*
- Psicologia Clínica
- Terapia Ocupacional
- Neuropsicologia
- Psicomotricidade
- Terapia da Fala
- Nutrição
- Escola de Pais

Filosofia para crianças. Com início em 2014 no Pré-escolar e 1.º CEB tornou-se um projecto transversal em 2015 aberto a todas as etapas educativas. Crendo que o principal alicerce para uma iniciação das crianças e dos jovens no mundo da investigação filosófica é a convicção de que estes são capazes de pensar, de julgar e de refletir por si mesmos, e que a prática da atividade filosófica permite o contínuo desenvolvimento de habilidades cognitivas, críticas e criativas, entre outras, este projeto pretende contribuir para uma interpretação e compreensão da realidade mais fértil, criativa e empreendedora.

A filosofia para crianças pode ser considerada como um paradigma da educação para o pensar; a ação pedagógica que preconiza, a didática e os objetivos que se propõem, vão muito além do âmbito disciplinar da filosofia, dado que os seus componentes educacionais são imprescindíveis para a educação na sua globalidade e para a vida humana na sua plenitude.

Mais do que ensinar a pensar, quer-se estimular o raciocínio crítico e criativo das nossas crianças e jovens, bem como desenvolver as suas habilidades cognitivas. Deste modo, acreditamos contribuir para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem.

Yoga. Iniciou-se a atividade extracurricular de Yoga nas escolas de Óbidos com o objetivo de promover a concentração, trabalho de equipa e equilíbrio emocional dos alunos. O Município de Óbidos pretende chegar às intenções de todos os alunos e agentes educativos, tendo alargado a atividade também a professores e funcionários. Esta é uma oferta complementar suportada pelo município com o objetivo claro de promover o bem-estar e o sucesso educativo. É um projetos para todas as etapas educativas e funciona desde 2014.

Articulação com o Parque tecnológico | MyMachine. Com o mundo a crescer de forma extraordinariamente rápida e complexa, torna-se cada vez mais importante apostar na capacidade de resolução de problemas ou na criatividade através da procura de novas e diferentes soluções. A sociedade não procura uma reprodução de conhecimentos mas novas formas de pensar. É nesta encruzilhada que precisamos de refletir sobre a relação entre criatividade e educação, sendo urgente criar-se uma estratégia concertada e global, integrando na estrutura educativa várias perspetivas sobre a criatividade. Um excelente ponto de partida é compreender e interpretar a “aprendizagem” como o principal processo de adaptação humana.

Hoje, com uma clara visão estratégica para o território no que concerne à relação entre a educação e o Parque Tecnológico, avançamos com projetos de incubação de práticas pedagógicas assentes num modelo cooperativo que potencia a criatividade dos alunos e que gera novos conhecimentos e novas ideias.

É neste sentido que surge, no ano letivo 2014/2015, surge o projeto My Machine, através da Universidade de Howest (Kortrijk - Bélgica), sendo Óbidos, a primeira região portuguesa a desenvolvê-lo. O Parque tecnológico de Óbidos é o promotor deste projeto, e tem como parceiros o Município de Óbidos, o Agrupamento de Escolas e o IPL - Instituto Politécnico de Leiria.

A ideia base dos fundadores do projeto é simples: trabalhar a criatividade e a inovação na educação. Como? Dotando os alunos da capacidade de intervirem no contexto onde se inserem, pensar o meio, definir claramente um problema ou necessidade que identifiquem e depois dando-lhe ferramentas para que possam resolver esse problema / necessidade, em colaboração com outras áreas de formação e em conjunto com pessoas. A metodologia é igualmente simples e divide-se em 3 etapas: a ideia / a conceção e o design / construção do protótipo. É um projeto singular porque envolve alunos e professores desde o ensino básico ao ensino universitário.

Tendo como finalidade que as crianças encontrem e construam soluções para os desafios que encontram no processo inventivo e criativo. Este projeto envolve alunos desde o 1.º CEB ao ensino superior.

Ensino integrado de dança. O ensino integrado consiste num currículo que congrega a componente académica regular e a componente vocacional artística (música ou dança), lecionada na mesma escola.

Este tipo de ensino, dirigido a alunos dos 1.º e 2.º CEB, tem ainda a vantagem de eliminar os problemas de compatibilidade de horários e deslocações entre escolas, proporcionando aos alunos que querem estudar música ou dança um ambiente de aprendizagem plena. É importante ainda salientar que este ensino não condiciona as opções futuras dos alunos, não os obrigando a tomar uma decisão demasiado prematura.

Programa Pensar Colorido. A decorrer há 19 anos nos jardins-de-infância do concelho de Óbidos, o Programa Pensar Colorido, coordenado pela pintora Romarina Passos, é um projeto de foro pedagógico aberto a todos. As atividades são apresentadas e distribuídas em dois tempos e locais diferentes, sendo eles: 10 jardins-de-infância do concelho de Óbidos (13 salas), e no Serviço Educativo do Museu Municipal de Óbidos.

As atividades são pensadas como um todo e oferecem uma plataforma giratória que se articula com os programas propostos pelo Museu ao longo do ano e a criação de novos públicos de todas as faixas etárias. A programação das atividades é pensada principalmente no que se refere aos fundamentos da pintura, ou seja, nos atributos históricos, na vida e obra dos Mestres de todos os tempos. Este é um processo de descoberta e aprendizagem lúdica, onde o programa assume dimensões de continuidade e renovação.

Óbidos Vila Literária. O Projeto da Vila Literária de Óbidos é uma iniciativa da Ler Devagar em colaboração com o Município de Óbidos e da empresa municipal Óbidos Criativa e representa um local onde a literatura se sucede e se apresenta em que o livro é a figura principal. Este projeto tem o objetivo de transformar Óbidos numa vila dos livros e alavancar uma nova economia através do livro e da literatura. Já estão em funcionamento dez livrarias dentro do centro histórico da vila de Óbidos e é, agora, necessário desenvolver ainda mais a componente cultural e as dinâmicas em volta do livro.

Com uma presença permanente de agentes e de dinâmicas na área do livro, em diferentes suportes, quer-se promover a cultura da escrita e da leitura em atividades como festivais, apresentações, encontros, representações, projeções, concertos, sessões de leitura e de escrita.

Aqui encontra-se um catálogo vivo de livros disponíveis da edição portuguesa, incluindo temáticas generalistas ou específicas, como Poesia, Fotografia, Infantil, Design e Criatividade, Viagem, Aventura e Natureza, Gastronomia, Vinhos e Vícios, História, Património e Religião, etc.

FOLIO – Festival Internacional de Literatura. Criar um festival Literário em Óbidos é um desafio de (re)construção e expansão das formas de expressão artística que contactam com a literatura e se relacionam numa dialética de territórios, pessoas e conceitos – dentro e fora dos livros. O processo de conceptualização deste festival tem em conta as amplas ligações de todas as formas de arte com a literatura; a convergência de abordagens num processo de ligação a produtos literários e/ou convergentes numa perspetiva literária definível.

Pretende-se neste festival desconstruir o estigma do autor intocável promovendo a abordagem de temas do quotidiano que permitam a todo o tipo de público aceder ao conteúdo humano do autor criando um relação dialética intensa entre autor e público. As relações improváveis entre a hipótese e as ações comuns e quotidianas, abrem um espaço estético de relevância que torna o festival aliciante do ponto de vista de uma fruição mais leve dos conteúdos literários.

O FOLIO não é constricto ao espaço do centro histórico de Óbidos. A intenção de expandir o festival e as suas dinâmicas pelo território, permite que aconteça, na amplitude de um espaço geográfico mais alargado, um evento de sucessivas participações da comunidade devido à dinâmica de inclusão e participação da(s) comunidade(s) no concelho de Óbidos.

Este festival está inserido numa agenda global que dá a conhecer e conhece os escritores, dando a oportunidade de o público português contactar diretamente com o contexto literário internacional.

Internacionalização. Conscientes, ainda, de uma necessidade cada vez mais evidente de internacionalização e conhecimento do espaço Europeu, onde o isolamento dos territórios os condena ao desaparecimento e ao êxodo eminente, Óbidos pretende proporcionar aos seus professores, alunos e funcionários um contacto cada vez mais próximos com outras realidades do contexto Europeu, ao nível da educação, que forneça elementos de compreensão e desenvolvimento estruturado das suas competências e os possam adaptar e aplicar à sua própria realidade.

A partilha, por um lado, e a construção sucessiva de conhecimento através do contacto com realidades diversas e dispersas é essencial e representa uma forma de desenvolvimento sustentado nas pessoas e na relação de projetos com pessoas, projetos com projetos e pessoas com pessoas. Estas três vertentes relacionais que estão aptas a criar sinergias de desenvolvimento e progressão efetiva da dimensão educativa, adaptando-se a um território com consciência de si próprio e capaz de se tornar uma potência local efetiva.

Assim, Óbidos tem efetivado parcerias em contexto europeu na área da educação como é o caso dos projetos *Comenius Regio* com Reggio Emilia (programa já concluído que resultou, entre outras coisas, num trabalho muito ligado à educação pela arte e criatividade que se reflete na própria dinâmica dos ateliers criativos) e com a escola de Hellerup (programa em curso que baseia a parceria no desenvolvimento de práticas pedagógicas ligadas às novas tecnologias e à educação não-formal). Estas parcerias são apenas o início daquilo que se espera poderem vir a ser cada vez mais parcerias e programas (agora no programa Erasmus+).

Muitas têm sido as iniciativas do Município na articulação com a comunidade, escolas, associações e empresas do concelho com o objetivo de estabelecer pontes que fortaleçam o território enquanto contexto de partilha e aprendizagem. Também a promoção da formação contextualizada dos docentes do concelho assente nas necessidades e interesses dos mesmos tem constituído uma preocupação do Município assim como a intervenção social e o apoio às famílias mais carenciadas.

7. Rede Educativa – Breve Caracterização

Importa então fazer referência ao percurso encetado pelo Município no que concerne à revitalização da comunidade educativa a partir do encerramento de escolas. Recorremos a um artigo de Godinho, A. publicado em 2012 na revista da OCDE – *CELE Exchange 2012* – intitulado *School closures and community revitalisation: the case of Óbidos, Portugal*, que nos oferece uma descrição detalhada de todo este processo.

Óbidos acompanhou todos os passos da política educativa nacional, repensando a sua organização territorial, associando o encerramento de escolas como oportunidade de revitalização da comunidade educativa.

Em 2003, iniciou-se o processo de encerramento sequencial das escolas do 1.º CEB do concelho de Óbidos, maioritariamente construídas durante o Estado Novo. Neste ano são suspensas quatro escolas com menos de 10 alunos, nomeadamente Escola da Areirinha com seis alunos, a Escola da Capeleira com dois alunos, a Escola de Casais Brancos com sete alunos e a Escola de Trás-do-Outeiro com cinco alunos. Ao contrário do que é referido por vários autores, nomeadamente (Azevedo, 1996), o encerramento de escolas no concelho de Óbidos não teve resistência por parte da comunidade educativa, uma vez que se tratou de um processo concertado entre todos os intervenientes, no qual se percebeu as vantagens em termos pedagógicos, económicos, culturais e sociais que os novos edifícios escolares trariam ao concelho.

Os alunos destas escolas foram transferidos para os estabelecimentos de ensino mais próximos, assegurando a Câmara Municipal em colaboração com as Juntas de Freguesia, o transporte escolar, o serviço de apoio à família que inclui o almoço e prolongamento de horário.

A Carta Educativa do concelho de Óbidos surge em 2005 para dar continuidade a uma política educativa centrada na rentabilização de recursos e na criação de oportunidades de ensino-aprendizagem semelhantes para todos os alunos. Este documento definiu como eixo prioritário, a construção de uma rede educativa intimamente ligada a uma visão de desenvolvimento económico e urbano do território, através do encerramento de todas as escolas do 1.º CEB e a construção de três complexos escolares estrategicamente localizados no território de Óbidos. Foi intenção do Município criar uma rede educativa que permitisse uma equilibrada sequencialidade dos diferentes ciclos de formação e ensino, proporcionando à comunidade educativa o apoio adequado para poderem responder aos desafios da sociedade do conhecimento e aos desafios propostos para a educação do futuro e, por último, assegurar um ambiente aberto de aprendizagem, tornando-a mais atrativa, com um papel importante na construção de uma cidadania ativa, com a consequente coesão social.

Em 2006 são extintas duas escolas do 1.º CEB com menos de 15 alunos, nomeadamente a Escola da Sancheira Grande com 14 alunos e a Escola de Vale de Janelas com treze alunos. Entre 2008 e 2010, com um enorme investimento efetuado pelo Município de Óbidos na construção e gestão dos Complexos Escolares dos Arcos, Alvito e Furadouro, são encerradas as últimas quinze escolas do 1.º CEB.

Alguns dos edifícios das escolas de 1.º CEB encerradas foram requalificados e convertidos em Jardins-de-infância, outros acolheram projetos de empresas e associações do concelho. Embora

o 1.º CEB se tenha concentrado nos três complexos supramencionados, foi opção do Município manter os jardins-de-infância nas diferentes localidades de Óbidos.

Os novos edifícios definem-se como espaços comunitários, que asseguram a conversão de um novo paradigma, no que se refere à reinvenção do espaço educativo, permite que hoje incluam o ensino básico, mas no futuro possam ser facilmente adaptados a outros níveis de ensino. Desta forma, garantimos igualmente que a cultura, lazer, desporto e saúde possam usufruir destes espaços que “ultrapassam a própria ideia de espaço educativo. Será por isso desejável que a escola dê lugar a outros acontecimentos, desde a consulta de dentista após as aulas terminarem, a um concerto da filarmónica local numa tarde solarenga de domingo. Um espaço onde o desporto mobilize as populações, onde passe no fundo a vida da comunidade” (Faria, 2010). Foi com esta visão de escola que o primeiro complexo escolar a ser construído (Complexo Escolar dos Arcos) foi distinguido pela *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE) no *Designing for Education: Compendium of Exemplary Educational Facilities 2011*.

Óbidos extingue todas as escolas do 1.º CEB e concentra todos os alunos nos três complexos escolares, construídos em zonas estratégicas do concelho. Os edifícios neste momento, limitados aos 1.º e 2.º CEB, potenciam benefícios no processo de ensino-aprendizagem, nomeadamente a constituição de turmas por alunos do mesmo nível de aprendizagem, elimina limitações na articulação entre docentes do mesmo ciclo e evita descontinuidades entre estas duas etapas educativas. Para além destes benefícios, estes edifícios educativos oferecem condições de excelência ao nível dos recursos físicos, materiais e humanos, com a presença sistemática de uma equipa multidisciplinar do Município de apoio a toda a comunidade educativa.

O trabalho em rede e o posicionamento internacional de Óbidos têm sido fundamentais para o desenvolvimento de uma política educativa que assenta em conceitos como inovação e criatividade. O aproveitamento de parceiros locais, nacionais e internacionais, tais como o Parque Tecnológico de Óbidos, a rede Clusters Criativos em Áreas de Baixa Densidade, do programa europeu *Urbact II*, a Rede de Economias Criativas ou o Programa *Comenius Regio*, estão na base da construção de um modelo de educação e de escola assentes em premissas de exigência, de inovação e de autonomia, como medida responsabilizadora da comunidade, em articulação com os eixos económicos que polarizam o desenvolvimento do concelho.

Deste investimento no território e estratégia para a educação como base de desenvolvimento, num período marcado pela desertificação, envelhecimento e decréscimo da população portuguesa, o número de alunos em Óbidos evoluiu significativamente num período de dez anos.

No ano letivo anterior (2014/15) o concelho de Óbidos contava com cerca de 1660 estudantes, cerca de 1400 estudantes no Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos (quadro 8) e cerca de 260 nas IPSS e particulares.

No quadro seguinte podemos verificar que entre 2005 e 2010 houve um crescimento substancial da população escolar no concelho de Óbidos, no entanto entre 2010 e 2015 tem-se verificado uma diminuição significativa no número de alunos. Apenas no Ensino Secundário se verifica um crescimento constante de estudantes.

Nível Educativo	N.º de Crianças/ jovens		
	2005	2010	2015
Educação Pré-Escolar	223	266	244
1.º Ciclo do Ensino Básico	389	502	438
2.º Ciclo do Ensino Básico	232	251	225
3.º Ciclo do Ensino Básico	310	379	306
Ensino Secundário	0	137	141
Educação e Formação de Adultos	110	507	41
Ensino doméstico	0	0	2
Total	1264	2042	1397

Fonte: dados do Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos

Quadro n.º 8 – Número de alunos do Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos nos anos de 2005, 2010 e 2015.

O decréscimo de estudantes dos últimos anos poderá ter a ver com a diminuição da taxa de natalidade nas últimas décadas assim como com a menor oferta da Educação e Formação de Adultos no Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos.

No concelho de Óbidos para além dos estabelecimentos educativos públicos existem particulares e IPSS. No quadro seguinte podemos verificar que da educação pré-escolar pública constam 10 jardins-de-infância, 3 escolas básicas dos 1.º e 2.º CEB e uma escola do 3.º CEB e Secundário. Do ensino privado e cooperativo existe apenas um jardim-de-infância. Há também 5 IPSS com creche (0-3 anos), apenas uma tem pré-escolar (3-6 anos).

Tipo	Etapa Educativa	Estabelecimentos	N. Alunos	
Público	Educação Pré-escolar	Jl de A-da-Gorda	12	
		Jl de A-dos-Negros	18	
		Jl da Amoreira	16	
		Jl do Arelho	26	
		Jl das Gaeiras	62	
		Jl da Graciera	7	
		Jl da Usseira	25	
		Jl de Óbidos	25	
		Jl dO Olho Marinho	39	
		Jl do Vau	14	
		Total:	244	
		1.º CEB	2.º CEB	

	1.º e 2.º CEB	Complexo dos Arcos	155	99
		Complexo do Alvito	179	64
		Complexo do Furadouro	104	62
		Total:	438	225
	3.º CEB e Secundário	Escola Josefa de Óbidos	Voc.	3.º CEB
38			306	141
Total:		485		
IPSS	Creche e Educação Pré-escolar	Creche e JI da Casa do Povo de Óbidos	120	
		Creche da S. Casa Misericórdia de Óbidos	44	
		Creche do Arelho	12	
		Creche do Olho Marinho	41	
		Creche das Gaciras	40	
		Total:	257	
Particular	Educação Pré-escolar		Pré-escolar	1.º CEB
		Jardim Waldorf da Amoreira	7	2
		Total:	9	

Quadro n.º 9 – Estabelecimentos e número de alunos do concelho de Óbidos em 2015

7.1. Apoios Educativos

No Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos existem 253 alunos que apresentam ao longo do seu percurso escolar dificuldades educativas embora nem todos usufruem de apoio educativo especializado por não se enquadrarem no Dec-Lei 3/2008 (quadro 10).

Nível Educativo	N.º de Crianças/ jovens com Dificuldades
	2015/16
Educação Pré-Escolar	-
1.º Ciclo do Ensino Básico	98
2.º Ciclo do Ensino Básico	31
3.º Ciclo do Ensino Básico	112
Ensino Secundário	12
Total	253

Quadro n.º 10 – Número de alunos com dificuldades de aprendizagem sem apoio educativo especializado no ano letivo 2015/16.

Relativamente ao número de crianças e jovens com NEE, em 2015 contamos mais de 100 apoiados (quadro 11).

Nível Educativo	N.º de Crianças/ jovens com NEE	
	2014/15	2015/16
Educação Pré-Escolar	4	1
1.º Ciclo do Ensino Básico	38	30
2.º Ciclo do Ensino Básico	21	23
3.º Ciclo do Ensino Básico	23	31
Ensino Secundário	1	3
A Frequentar o CEERDL	21	22
Total	108	110

Quadro n.º 11 – Número de alunos com NEE com apoio educativo especializado nos anos letivos 2014/15 e 2015/16.

7.2. Indicadores Socioeducativos

O quadro 12 apresenta o número de alunos que têm beneficiado de apoio ao nível da ação social escolar nos últimos cinco anos letivos, sendo que foi atribuído subsídio, no último ano, a cerca de 48% de alunos que frequentam o Ensino Básico e Secundário. Neste quadro verifica-se igualmente, nos últimos três anos letivos, um ligeiro decréscimo (1,2%) em termos percentuais dos alunos subsidiados.

	Escala A		Escala B		Alunos subsidiados Total		Total de alunos 1.º/ 2.º/ 3.º CEB e secundário	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
2010/11	336	27,5%	314	25,8%	650	53,3%	1220	100
2011/12	291	24%	274	22,6%	565	46,6%	1212	100
2012/13	333	27,8%	254	21,3%	587	49,1%	1196	100
2013/14	342	28,5%	238	19,8%	580	48,3%	1201	100
2014/15	357	29,9%	216	18%	573	47,9%	1195	100

Quadro n.º 12 – Número de alunos abrangidos pela Ação Social Escolar entre 2010/11 e 2014/15

7.3. Oferta Educativa

OFERTA EDUCATIVA PRÉ-ESCOLAR

Para os jardins-de-infância do concelho são disponibilizadas inúmeros projetos e atividades que podem ser integrados em tempo letivo ou na Componente de Apoio à Família, nomeadamente yoga, dança, música, inglês, pensar colorido, crescer melhor, filosofia, natação entre outros.

OFERTA EDUCATIVA 1.º CEB

No 1.º CEB, em articulação com o ensino regular, são disponibilizados projetos de intervenção em sala de aula e na comunidade educativa, nomeadamente a fábrica da criatividade (Óbidos anima, story centre e ateliês criativos), yoga, ensino integrado de dança, crescer melhor, MyMachine, natação, entre outros.

OFERTA EDUCATIVA 2.º CEB

No 2.º CEB, em articulação com o ensino regular, são disponibilizadas atividades e projetos de intervenção em sala de aula e na comunidade educativa, nomeadamente o ensino vocacional em diversas áreas, ensino articulado de música, fábrica da criatividade (Óbidos anima, story centre e ateliês criativos), línguas (espanhol, inglês e alemão), áreas de desporto (ex.: stand up paddle, golfe, canoagem, voleibol, badminton, natação, dança e boccia), entre outros.

OFERTA EDUCATIVA 3.º CEB

No 3.º CEB, em articulação com o ensino regular, são disponibilizadas atividades e projetos de intervenção em sala de aula e na comunidade educativa, nomeadamente ensino vocacional em diversas áreas, laboratórios de última geração de física, química, biologia e geologia, co.lab at school; yoga, ensino articulado de música, línguas (espanhol, inglês, francês e alemão), ateliê da fábrica da criatividade, áreas de desporto (ex.: golfe, voleibol, badminton, natação, rugby, boccia, canoagem, dança, voleibol sentado e gira-volei e stand up paddle), entre outros.

OFERTA EDUCATIVA ENSINO SECUNDÁRIO

No Ensino Secundário, em articulação com o ensino regular, são disponibilizados cursos científico-humanísticos (ciências e tecnologias, artes visuais, línguas e humanidades), ensino profissional (técnico de gestão e programação de sistemas informáticos – em articulação com o parque tecnológico de Óbidos e técnico de restauração - cozinha/pastelaria – em colaboração com a associação nacional de pasteleiros “foodlab” e com a escola superior de hotelaria e turismo), laboratórios de última geração de física, química, biologia e geologia, Co.lab at school, yoga, oficinas de eco-design, ensino articulado de música, línguas (espanhol, inglês, francês e alemão), ateliê da fábrica da criatividade, áreas de desporto (golfe, voleibol, badminton, natação, canoagem e stand up paddle), entre outros.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE ADULTOS

Na Educação e Formação de adultos são disponibilizados cursos EFA-B3 (Equivalência ao 3.º CEB), cursos EFA-SEC ESCOLAR TIPO A (Equivalência ao 12.º Ano), RVCC (Certificação de Competências), entre outros.

7.4. Sucesso Educativo

O Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos, no ano de 2015, foi avaliado pela Inspeção-Geral da Educação e Ciência (IGEC). No relatório produzido os resultados académicos são os seguintes:

De acordo com os dados da IGEC (2015), “considerando o triénio em análise (2010-2011 a 2012-2013) e tendo como referência os modelos para comparação estatística dos resultados académicos de agrupamentos com características contextuais análogas, constata-se que no ano letivo de 2012-2013 as taxas de conclusão do 4.º, do 6.º e do 9.º ano se situaram aquém dos valores esperados, encontrando-se a do 12.º ano em linha com o mesmo. Esta situação é similar à que se tinha observado em 2010-2011, com exceção do 9.º ano, que ficou acima do esperado. Contrariamente, em 2011-2012, tinha-se verificado uma melhoria generalizada das referidas taxas” (p. 3).

Relativamente às provas de avaliação externa, a IGEC refere que no ano letivo 2012-2013, os resultados dos alunos do 4.º ano também ficaram “muito aquém dos valores esperados, respetivamente em português e em matemática, evidenciando um decréscimo muito significativo em relação ao ano anterior, em que se tinham posicionado acima do esperado. Regrediram, assim, para a situação registada em 2010-2011. No 6.º ano, pelo contrário, os resultados apresentaram-se, em ambas as disciplinas, acima do esperado, evidenciando uma melhoria gradual no decurso do triénio: em matemática, assiste-se a uma evolução particularmente relevante, uma vez que, em 2010-2011 e 2011-2012, haviam ficado aquém do esperado; em português, se em 2010- 2011, estavam em linha com o valor esperado, no ano seguinte já o tinham superado, à semelhança do sucedido em 2012-2013” (IGEC, p. 3).

A IGEC refere que no 9.º ano, ocorreu, em 2012-2013, “uma melhoria significativa dos resultados a português que deixam, pela primeira vez no triénio, de se situar aquém dos valores esperados, para passarem a ficar acima. A matemática a situação é inversa: é, pela primeira vez, em 2012-2013, que se posicionam aquém do esperado, após os dois anos anteriores terem apresentado valores acima do mesmo” (IGEC, p. 3).

No que concerne ao 12.º ano, é nesta etapa “que se observam melhores resultados e mais consistentes: acima dos valores esperados registam-se a taxa de conclusão em 2011-2012, a média do exame de matemática nos três anos do triénio e a média do exame de português em 2010-2011 e em 2012-2013. Contudo, também esta ficou, em 2011-2012, aquém do esperado”.

Globalmente, para a IGEC “o Agrupamento apresenta resultados em linha com o esperado, mas com oscilações, em alguns casos muito significativas, chegando em anos sucessivos a passar de acima para aquém dos valores esperados e vice-versa. Assim, ainda que as variáveis do contexto do Agrupamento sejam globalmente desfavoráveis, a falta de consistência nos desempenhos dos alunos coloca em causa os processos de ensinar e de aprender desenvolvidos em contexto de sala de aula, designadamente em termos da respetiva adequação à especificidade das turmas” (IGEC, p. 3).

Ainda de acordo com a IGEC, “de forma a corresponder às expectativas dos que pretendem seguir uma via profissionalizante, o Agrupamento ofereceu cursos de educação e formação e

abriu, no presente ano letivo, cursos vocacionais. Relativamente aos cursos de educação e formação concluídos no quadriénio 2010-2011 a 2013-2014, registou-se uma melhoria das respetivas taxas de conclusão, que atingiram os 82,6% no último ano letivo. Quanto aos cursos profissionais, apesar de terem apresentado uma subida de 2011 para 2012 (78,4% para 92,9%), no último ano, a taxa média de conclusão dos dois cursos em funcionamento, desceu para 53,5%, sendo que num a taxa de conclusão foi de 100% e no outro de 7%. Resultado atribuído pelos responsáveis ao facto de os alunos optarem por frequentar um curso que não era o pretendido, ao invés de saírem do Agrupamento” (IGEC, p. 3-4).

Relativamente ao abandono escolar não se registam casos “no 1.º nem no 2.º CEB. No 3.º, apesar do número diminuto de situações, verificou-se um ligeiro aumento no ano letivo de 2013-2014, em oposição ao decréscimo ocorrido no ensino secundário. No último ano, assiste-se, nos cursos de educação e formação e nos cursos profissionais, a um aumento significativo das taxas de abandono relativamente a 2012-2013 (respetivamente de 6,7% para 17,4%; de 0% para 6,7%), o que requer uma reflexão por parte dos responsáveis, em torno desta questão” (IGEC, p. 4).

Para complementar os dados da IEGC e tendo presente os dados oficiais disponibilizados pelo Ministério da Educação referentes ao Agrupamento, no quadro de referência dos anos letivos do triénio de 2012/2013 a 2014/2015, podemos tecer as seguintes considerações:

Analisando o quadro seguinte podemos verificar que no ano letivo 2012-2013, comparando as taxas de sucesso entre o Agrupamento e média nacional, que no ensino básico os resultados situam-se abaixo da média nacional e no ensino secundário acima da média nacional, impulsionados pelas taxas de 100% de sucesso do ensino profissional. Quando analisamos as médias, tendo em conta os valores indicativos por ciclos e anos, constatamos que no primeiro ciclo os resultados ficam 0,9% abaixo da média nacional, no 2.º CEB 1,2% abaixo da média nacional, no terceiro ciclo 10,7% abaixo da média nacional, no ensino secundário 4,5% abaixo da média nacional e no ensino profissional 0,6 acima da média nacional.

Na análise comparativa do ano letivo 2013-2014 entre o Agrupamento e a média nacional, verifica-se que as taxas de sucesso do Agrupamento estão abaixo da média nacional no ensino básico e no ensino secundário. Analisados os dados por ciclos e anos, constata-se que no primeiro ciclo os resultados ficam 1,5% abaixo da média nacional, no 2.º CEB 5% abaixo da média nacional, no terceiro ciclo 0,3% acima da média nacional, no ensino secundário 14% abaixo da média nacional e no ensino profissional 17,9% abaixo da média nacional.

No ano letivo 2014-2015, a comparação dos valores indicativos de sucesso entre o Agrupamento e média nacional mantém no ensino secundário resultados abaixo da média nacional, mas no ensino básico está ligeiramente acima da média nacional. Os dados por ciclo e anos apontam para uma evolução positiva no primeiro ciclo com os resultados de 1,7% acima da média nacional e no 2.º CEB de 1,2%, igualmente, acima da média nacional. O 3.º CEB, por outro lado, depois de ter atingido valores positivos volta, novamente, a terreno negativo com 5,6% abaixo da média nacional, acompanhado pelo ensino secundário com 9,1% abaixo da média nacional. O ensino profissional surpreende com 11,5% acima da média nacional, voltando às taxas de sucesso de 100% do ano letivo 2012/2013. Nota-se, em comparação com os dois últimos anos letivos, uma tendência do Agrupamento para melhorar as suas prestações e aproximar-se mais das taxas de sucesso nacionais.

Desta análise comparativa das taxas de sucesso no triénio considerado, salienta-se que o Agrupamento apresenta globalmente valores abaixo da média nacional. Outro dado objeto de reflexão são as oscilações entre os valores positivos e negativos verificados nos vários ciclos e anos, estando, desta forma, o Agrupamento exposto a uma oscilação de resultados que não confere uma consistência evolutiva das taxas de sucesso associada às práticas educativas.

Escolas Josefa de Óbidos, Óbidos (todas as escolas) 2012/13							
Ensino/Modalidade/Ano ou Tipo		Taxa de Sucesso					
		2012/13		2013/14		2014/15	
		da UO	Nacional	da UO	Nacional	da UO	Nacional
Ensino Básico (Regular)		85.3 %	88.7 %	87.5 %	89.2 %	91.4 %	91.3 %
1.º CEB	1º Ano	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %
	2º Ano	86.6 %	89.5 %	82.9 %	88.8 %	96.4 %	89.6 %
	3º Ano	95.4 %	94.4 %	94.3 %	94.7 %	94.3 %	95.6 %
	4º Ano	93.5 %	95.4 %	96.5 %	96.1 %	99.0 %	97.4 %
2.º CEB	5º Ano	89.1 %	89.2 %	82.9 %	88.2 %	93.9 %	90.7 %
	6º Ano	81.5 %	83.8 %	82.1 %	86.7 %	89.3 %	90.1 %
3.º CEB	7º Ano	62.8 %	82.7 %	86.0 %	82.1 %	85.7 %	83.7 %
	8º Ano	90.9 %	85.5 %	88.6 %	86.0 %	82.1 %	89.2 %
	9º Ano	63.4 %	81.2 %	78.0 %	83.6 %	76.5 %	88.2 %
Secundário		87.3 %	81.2 %	55.3 %	81.7 %	76.8 %	82.5 %
	Regular CH	75.3 %	78.1 %	67.4 %	79.1 %	71.6 %	80.7 %
	10º Ano	81.8 %	83.4 %	72.5 %	84.4 %	78.6%	84.9%
	11º Ano	73.9 %	86.1 %	71.4 %	87.4 %	86.7%	88.4%
	12º Ano	63.6 %	63.2 %	50.0 %	63.9 %	43.3%	67.5%
Profissional		100.0 %	88.6 %	61.5 %	87.5 %	100.0 %	88.5 %
	1º Ano			100.0 %	98.5 %	100.0 %	98.0%
	2º Ano	100.0 %	. %	. %	62.3 %	100.0%	99.1%

Fonte: MISI - ME, 2015

Quadro n.º 13 – Comparação entre as taxas de sucesso educativo do concelho e as taxas de sucesso educativo nacional entre 2012 e 2015

Nos dois quadros que se seguem apresentamos dados relativos ao 2.º CEB, 3.º CEB e secundário disponibilizados no portal do Ministério da Educação *infoescolas*:

Taxas de retenção ou desistência no ensino básico

Anos letivos	EB Arcos		EB Alvito		EB Furadouro		ES Josefa d'Óbidos		
	5.º ano %	6.º ano %	5.º ano %	6.º ano %	5.º ano %	6.º ano %	7.º ano %	8.º ano %	9.º ano %
2011-2012	9 (9)	12 (13)	6 (9)	15 (13)	11 (9)	11 (13)	22 (17)	6 (12)	14 (17)
2012-2013	9 (10)	2 (15)	9 (10)	18 (15)	15 (10)	38 (15)	37 (16)	9 (14)	37 (18)
2013-2014	16 (11)	5 (12)	10 (11)	15 (12)	24 (11)	30 (12)	15 (17)	11 (13)	21 (15)

Fonte: Infoescolas /ME

Quadro n.º 14 – retenção ou desistência entre 2011-2012 e 2013-2014*

* Exclui cursos vocacionais e ensino artístico. Entre parêntesis, assinalam-se as taxas de retenção das escolas com o mesmo contexto, a nível nacional.

No ano letivo de 2013-2014 as taxas de retenção no Ensino Básico foram mais elevadas do que em escolas com o mesmo contexto, no 5.º no Complexo dos Arcos e Furadouro, 6.º ano no Furadouro e 9.º ano da Josefa de Óbidos. É de notar que embora mais elevadas apenas no quinto ano apresentam um retrocesso face aos anos anteriores. Podemos destacar a baixa taxa de retenção no 6.º ano no Complexo dos Arcos quando comparada com a mesma taxa noutras escolas.

Taxas de retenção ou desistência no ensino secundário

Escola Secundária Josefa d'Óbidos			
	10.º ano %	11.º ano %	12.º ano %
2011-2012	15 (17)	19 (14)	25 (35)
2012-2013	18 (16)	29 (14)	44 (36)
2013-2014	35 (16)	31 (13)	55 (35)

Fonte: Infoescolas/ME

Quadro n.º 15 – retenção ou desistência entre 2011-2012 e 2013-2014*

* Exclui cursos vocacionais e ensino artístico. Entre parêntesis, assinalam-se as taxas de retenção das escolas com o mesmo contexto, a nível nacional.

No ano letivo de 2013-2014 as taxas de retenção no Ensino Secundário foram mais elevadas do que em escolas com o mesmo contexto. Podemos também constatar que esta taxa tem aumentado ao longo dos três anos letivos refletidos no quadro n.º 15.

7.5. Formação docente

Relativamente à formação docente, os professores e educadores do concelho de Óbidos têm vindo a frequentar formação contínua certificada pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua.

Em 2014 os docentes do concelho participaram em 650 horas de formação certificada. Número de horas que praticamente duplicou em 2015 (1180 horas de Formação). Para além da formação certificada alguns dos professores e educadores frequentaram outras formações, cursos, conferências, congressos, workshops (horas não contabilizadas) por motivação e iniciativa própria.

7.6. Satisfação da comunidade educativa

Da última avaliação externa resultou um relatório com dados que resultaram de questionários de satisfação, estes dados *“evidenciam que existe o reconhecimento inequívoco de um bom ambiente nos jardins de infância, constituindo os alunos o grupo mais satisfeito com o serviço educativo prestado (valorizando-se no 1.º ciclo, por exemplo, os professores serem justos e, nos restantes níveis de ensino, o conhecimento das regras de comportamento)”* (IGEC, p. 5).

Os **alunos** demonstram alguma insatisfação essencialmente com aspetos que pouco têm a ver diretamente com aprendizagem:

- O serviço de refeições, designadamente na escola-sede.
- A reduzida utilização do computador em sala de aula;
- Alguma ineficácia dos apoios educativos.

Os funcionários também demonstraram a sua satisfação, e dos dados *“sobressai, de entre a opinião dos trabalhadores, a disponibilidade por parte da atual direção, bem como o gosto de desempenharem funções no Agrupamento. Ressalta ainda, das entrevistas realizadas, a referência, recorrente, à qualidade das instalações e à mais-valia que os animadores representam para o serviço educativo prestado”* (IGEC, p. 5-6).

Os **funcionários** enumeram também aspetos menos positivos, nomeadamente:

- A perceção de falta de respeito por parte de alunos para com docentes e não docentes;
- As situações de indisciplina não serem bem resolvidas.

Os **encarregados de educação** realçam *“a disponibilidade e a boa ligação que o diretor de turma estabelece com a família”* (IGEC, p. 6). Como aspetos menos positivos referem:

- A resolução dos problemas de indisciplina;
- A qualidade do serviço de refeições;
- O modo como têm sido auscultados nas mudanças organizacionais que têm vindo a ocorrer;
- A mobilização dos pais e encarregados de educação relativamente à vida escolar.

II. ANÁLISE SWOT – DIAGNÓSTICO

Depois de concebido o *contexto e o diagnóstico* relativo ao concelho de Óbidos importa analisar todos os dados para perceber os aspetos a ter em conta no plano de ação que apresentamos no capítulo seguinte. Partindo de uma análise SWOT passamos a apresentar, num primeiro quadro, os *pontos fortes* e os *pontos fracos* (quadro 16) associados ao contexto. De seguida faremos um levantamento das *oportunidades* e das *ameaças* (quadro 17).

Aos pontos forte associamos os elementos que poderão potenciar a construção de um PEEM devidamente contextualizado, mais integrado, mais mobilizador e mais eficaz. Consideramos pontos fracos, os aspetos que poderão dificultar a consecução dos objetivos traçados neste PEEM. As oportunidades (quadro 17) referem-se aos fatores externos que poderão ser recurso na construção e desenvolvimento do PEEM. Por último, as ameaças (quadro 17), dizem respeito aos fatores externos ao município que de algum modo possam condicionar a consecução dos objetivos.

Nesta análise estão contemplados os dados da caracterização do contexto bem como contributos dos elementos da comissão alargada que representam as instituições da comunidade.

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Fatores Internos	<p>Capacidade de resposta na frequência na educação Pré-escolar;</p> <p>O sucesso escolar no ensino básico subiu no último ano estando ao nível do sucesso nacional;</p> <p>Os resultados dos Exames Nacionais do 4.º ano, nas disciplinas de Português e Matemática, registaram nos últimos dois anos uma melhoria significativa tendo ultrapassado a média nacional;</p> <p>Os resultados dos Exames Nacionais do 6.º ano, na disciplina de Português, registaram nos últimos dois anos uma melhoria significativa tendo ultrapassado os resultados verificados a nível nacional;</p> <p>Crescimento do sucesso pleno no 2.º CEB;</p> <p>Aumento da qualidade do sucesso no 2.º CEB (alunos com 4 e 5 – escala 1-5);</p>	<p>Articulação Pré-escolar/1.º CEB;</p> <p>No 3.º ano de escolaridade verifica-se um agravamento do insucesso escolar;</p> <p>Diminuição do sucesso pleno no 4.º ano;</p> <p>No 2.º CEB o sucesso escolar diminuiu de 2011/2012 para 2013/2014;</p> <p>Os resultados dos Exames Nacionais na disciplina de Matemática, no 6.º ano, tiveram nos últimos dois anos uma descida na percentagem de níveis positivos e na sua média;</p> <p>No 2.º CEB no 6.º ano a taxa de sucesso escolar do Agrupamento é inferior à taxa de sucesso verificada a nível nacional;</p> <p>- Grandes disparidades entre os vários complexos no que respeita à promoção do sucesso educativo (acima e abaixo da média nacional);</p>

28

	<p>Sistema eficaz de informação/comunicação com estabelecimentos educativos; (públicos e privados);</p> <p>Educação assumida como uma prioridade pelo executivo municipal;</p> <p>Respostas sociais de atendimento /acompanhamento social (Equipa multidisciplinar e articulação direta com privados);</p> <p>Inclusão e participação escolar e social dos alunos com necessidades educativas;</p> <p>Inclusão de técnicos especializados com horário completo integrando o Projeto Aproximar que se constituem como uma resposta eficaz para os alunos com NEE;</p> <p>Apoio à escola, à família e à transição para a vida pós-escolar dos alunos com NEE realizada numa articulação e comunicação regular e cooperante entre os técnicos disponibilizados pelo município e docentes de Educação Especial.</p>	<p>Limitações nas dinâmicas da educação inclusiva dos alunos com NEE com recurso aos apoios prestados pelo CRI;</p> <p>O encaminhamento para instituições de educação especial é realizado para outros concelhos;</p> <p>Saída do Agrupamento de muitos alunos, a partir do sexto ano de escolaridade, com mais relevância para o nono ano, para outras escolas dos concelhos limítrofes.</p>
--	---	---

Quadro n.º 16 – Pontos fortes e pontos fracos

	Oportunidades	Ameaças
Fatores externos	<p>Identificação das capacidades efetivas de ação das associações, instituições e atores locais;</p> <p>Capacitação de associações e outros organismos locais para o aumento da sua ação educativa;</p> <p>Articulação com dinâmicas já instituídas no território (Co-lab, Óbidos Vila Literária, Associações culturais e desportivas, Parque Tecnológico);</p> <p>Articulação com o GIP;</p> <p>Articulação direta com o Parque tecnológico de Óbidos e a sua dinâmica empresarial;</p>	<p>Baixa taxa de natalidade;</p> <p>Envelhecimento da população;</p> <p>Aumento do desemprego;</p> <p>Baixos níveis de escolaridade da população adulta;</p> <p>As alterações relativas à constituição de turmas (aumento do n.º mínimo de alunos por turma);</p> <p>Desinvestimento na educação e formação de adultos;</p> <p>Desinvestimento na formação contínua de funcionários docentes e não docentes;</p>

30

<p>No 3.º CEB, nos 7.º e 8.º anos, no último triénio de anos letivos a taxa de sucesso escolar do Agrupamento foi superior à taxa de sucesso nacional;</p> <p>Os resultados dos Exames de Português do 9.º ano melhoraram nos últimos três anos, embora com valores inferiores à média nacional;</p> <p>Crescimento do sucesso pleno no 3.º CEB;</p> <p>Nos anos letivos de 2011/2012 e 2012/2013 a taxa de sucesso de conclusão que se verificou com os alunos que frequentaram os CEF foi superior à média nacional;</p> <p>O sucesso escolar do Agrupamento no Ensino Secundário, no ano de conclusão, foi sempre superior à média nacional;</p> <p>Foram atingidas e ultrapassadas as metas de aprendizagem propostas para o ano letivo de 2013/2014, no 1.º, 4.º, 7.º e 12.º ano de escolaridade;</p> <p>Aumento da taxa de escolarização no ensino secundário;</p> <p>Taxa de abandono escolar muito residual;</p> <p>Excelentes condições físicas dos jardins-de-infância e das escolas básicas e secundária do concelho;</p> <p>Integração de técnicos do Município nas escolas;</p> <p>A alteração da rede educativa, de forma gradual, adequando-a às linhas de desenvolvimento educativo local preconizadas na Carta Educativa e adaptadas à nova realidade;</p> <p>Diversidade de projetos do Serviço de Educação e de outros serviços municipais e abrangência de públicos diversos;</p> <p>Articulação sistemática com parceiros educativos (estabelecimentos educativos, públicos e privados);</p> <p>Parcerias e projetos com instituições de ensino superior;</p> <p>Integração em redes nacionais e internacionais;</p>	<p>- Disparidades quanto à evolução das taxas de retenção, havendo complexos em que estas têm subido;</p> <p>No 3.º CEB nos 8.º e 9.º anos a taxa de sucesso escolar é inferior à taxa de sucesso verificada a nível nacional;</p> <p>Os resultados dos Exames de Matemática do 9.º ano acompanharam a tendência nacional de descida (com valores inferiores aos que se verificaram a nível nacional);</p> <p>Ligeira descida na qualidade do sucesso no 3.º CEB;</p> <p>As taxas de retenção no 3.º CEB, concretamente no 9.º têm subido;</p> <p>Os resultados do sucesso de conclusão dos Cursos Profissionais do Ensino Secundário desceram de 2011/2012 para 2013/2014;</p> <p>Os resultados do sucesso escolar de conclusão do Ensino Secundário através dos Cursos de Educação e Formação de Adultos, em 2013/2014, ficaram abaixo do resultado verificados a nível nacional;</p> <p>Diminuição da taxa de sucesso pleno no Ensino Secundário;</p> <p>As taxas de retenção no Ensino Secundário estão acima das taxas nacionais;</p> <p>Ligeira descida na qualidade do sucesso no Ensino Secundário;</p> <p>Não foram alcançadas as metas de aprendizagem propostas para o ano letivo de 2013/2014 no 2.º, 3.º, 5.º, 6.º, 8.º, 9.º, 10.º, e 11.º anos;</p> <p>Lacunas ao nível da segurança: ausência de planos de evacuação em algumas escolas e jardins-de-infância;</p> <p>Maus hábitos alimentares detetados em muitas crianças/ alunos;</p> <p>Insuficiente educação cívica, moral e social em algumas crianças e jovens que frequentam as escolas;</p> <p>Falta de ocupação (fora do tempo letivo) para os jovens que frequentam o ensino secundário;</p>
---	--

29

<p>Trabalho com as IPSS;</p> <p>Trabalho com a CPCJ e Associações de Pais;</p> <p>Ligação às associações de Jovens existentes e eventual criação de outras a partir da escola;</p> <p>Ligação ao programa ERASMUS +;</p> <p>Trabalho com as instituições de educação profissional e superior próximas do território (CENCAL, CENFIM, ETEO, CEERDL, IPL);</p> <p>Ligação às tradições do território através das coletividades com grande ligação à etnografia e, especialmente, da identificação de atores chave neste aspeto;</p> <p>Formação dos profissionais das IPSS que podem participar no PEEM;</p> <p>Articulação da estratégia Óbidos Criativa;</p> <p>Trabalho com as rádios locais e regionais com a intenção de garantir uma maior visibilidade da Escola, divulgar aspetos relevantes da vida do Agrupamento e permitir novas experiências a alunos, professores, encarregados de educação e outros intervenientes da Comunidade Educativa.</p>	<p>Falta de informação sobre respostas/medidas/apoios existentes;</p> <p>Falta de formação/ competências a nível parental.</p>
--	--

Quadro n.º 17 – Oportunidades e ameaças

31

III. PLANO DE AÇÃO

A qualidade da política educativa manifesta-se não só nos resultados escolares mas também na implementação de condições e mobilização de recursos que promovam o sucesso educativo. Se ao nível dos resultados escolares estes ainda não são totalmente satisfatórios, no que respeita à mobilização de recursos e à criação de condições favoráveis à promoção do sucesso o município de Óbidos tem dado passos muito significativos que são reconhecidos a nível nacional e internacional. Para ilustrar a afirmação anterior, referimos o prémio que o Município de Óbidos recebeu em 2011, como sendo o melhor município do país para estudar, atribuído pelo Ensino do Futuro, numa iniciativa conjunta da *Group Vision Education Services* e da *SnASE*.

Segue-se agora a criação de um sistema educativo, onde as autoridades locais possuem uma forte influência ao nível da gestão do processo educativo. Os resultados obtidos no Programa Internacional de Avaliação dos Estudantes (PISA), publicado pela OCDE, permitem-nos concluir que a autonomia e o poder delegado nas autoridades locais está na base do sucesso de países que apostam numa educação “municipal”, quando analisados fatores como o compromisso e importância da educação, a valorização da leitura, e o reconhecimento da função docente.

Neste sentido, Óbidos antecipando-se às políticas nacionais, iniciou em 2010, um processo de negociação com o Ministério da Educação, apresentando um projeto inspirado nos países com melhores resultados do PISA, cujos objetivos passam pela construção de uma escola de qualidade, autónoma, criativa e inovadora, eliminando descontinuidades entre etapas educativas, através da implementação de uma metodologia sócio construtivista e uma pedagogia centrada na criança/aluno.

O plano de ação do PEEM integra todo o desenho da intervenção que se pretende implementar no território de Óbidos entre 2016 e 2020 embora caracterizado pela flexibilidade e abertura necessárias à construção de planos de atividades específicos que surjam no período de implementação do PEEM.

1. Eixos do PEEM

Da análise efetuada ao contexto e das conclusões expressas na matriz SWOT (ver quadros 16 e 17) surgiram as linhas orientadoras que agrupamos em cinco eixos de intervenção do PEEM:

EIXO 1: INVESTIMENTO NA CRIATIVIDADE E INOVAÇÃO

EIXO 2: PROMOÇÃO DO SUCESSO EDUCATIVO E PREVENÇÃO DO ABANDONO ESCOLAR PRECOCE

EIXO 3: VALORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E RECURSOS EDUCATIVOS

EIXO 4: INVESTIMENTO NA QUALIFICAÇÃO DAS PESSOAS E NA APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA

EIXO 5: COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL E ARTICULAÇÃO ENTRE AS ÁREAS CULTURAIS, SOCIAIS E ECONÓMICAS

2. Linhas de Ação

Neste ponto apresentamos as linhas de ação que integram os cinco eixos identificados para este projeto educativo. A intenção da equipa não é conceber um plano fechado mas antes um plano estratégico aberto e flexível com base na avaliação diagnóstica, caracterização do contexto e análise SWOT. Apresentamos de seguida cinco propostas com os objetivos, as estratégias, os recursos e as metas esperadas para cada um dos eixos do PEEM.

EIXO 1: INVESTIMENTO NA CRIATIVIDADE E INOVAÇÃO

Objetivos	Estratégias	Recursos
<p>1.1. Fomentar a criatividade e inovação como estratégia de integração de saberes</p> <p>1.2. Desenvolver contextos mais favoráveis à igualdade de oportunidades e à promoção do sucesso educativo</p> <p>1.3. Assegurar o desenvolvimento de competências que favoreçam a integração no mercado de trabalho</p>	<p>Desenvolvimento de eventos que envolvam alunos e a comunidade em geral, designadamente:</p> <p>FOLIO; - Óbidos Vila Natal; - Festival Internacional do Chocolate de Óbidos; - SIPO – Semana Internacional de Piano de Óbidos; - Mercado Medieval de Óbidos.</p> <p>Desenvolvimento de projetos em contexto educativo:</p> <p>Fábrica da Criatividade; - MyMachine; - Story centre; - Co.lab at school; - Oficinas de eco-design; - deCode Academy; - Redes nacionais, internacionais e parcerias; - Escolas de Óbidos TV.</p>	<p>Óbidos Criativa; Município;</p> <p>Agrupamento de Escolas; Parque Tecnológico; Agência Nacional Erasmus+; Ler Devagar; Óbidos Vila Literária; Associações Locais; IPL – Instituto Politécnico de Leiria.</p>
Metas		
<p>2016 a 2020</p> <p>- Submissão de candidaturas, anualmente, a projetos com ênfase na criatividade e inovação (nacionais e internacionais) visando o sucesso educativo, que promovam a integração de saberes e favoreçam a integração no mercado de trabalho;</p> <p>- Submissão de candidaturas ao Programa Portugal 2020;</p> <p>- Realização de uma candidatura por ano (de 2016 a 2020) a mobilidades internacionais: Ação-chave 1 (KA1) – Mobilidade individual para fins de aprendizagem; Ação-chave 2 (KA2) – Cooperação para a inovação e o intercâmbio de boas práticas (Parcerias Estratégicas);</p> <p>- Promoção da participação efetiva dos estudantes do concelho no planeamento e desenvolvimento de, pelo menos, três eventos por ano.</p>		

33

EIXO 2: PROMOÇÃO DO SUCESSO EDUCATIVO E PREVENÇÃO DO ABANDONO ESCOLAR PRECOCE

Objetivos	Estratégias	Recursos
<p>2.1. Organizar a escola para o sucesso educativo</p> <p>2.2. Reforçar a aquisição de competências na educação pré-escolar.</p> <p>2.3. Promover a qualidade do sucesso educativo</p> <p>2.4. Prevenir o abandono escolar precoce</p> <p>2.5. Reforçar as competências e a motivação dos professores e educadores.</p>	<p>Diversificar e racionalizar o leque de atividades do pré-escolar e na componente de apoio à família.</p> <p>Promover a cooperação com instituições de ensino superior no sentido de reforçar as competências e a qualificação dos educadores e professores.</p> <p>Incrementar e diversificar os apoios ao desenvolvimento de competências na educação pré-escolar.</p> <p>Criar um programa para divulgação da oferta educativa do pré-escolar nas instituições particulares e nas IPSS para aumentar as inscrições das crianças dos 3 aos 5 anos.</p> <p>Reforçar a cooperação entre os jardins-de-infância e as famílias.</p> <p>Dar visibilidade aos trabalhos das crianças na comunidade.</p> <p>Dinamizar projetos apoiados pelo município que promovam conhecimentos e competências transversais às várias disciplinas.</p> <p>Elaboração de um Plano de Formação para docentes e não docentes.</p> <p>Promover atividades e desenvolver metodologias de ensino-aprendizagem que estimulem o gosto pela escola.</p> <p>Dinamizar projetos nacionais e internacionais, que envolvam toda a comunidade.</p> <p>Organizar Encontros de Professores para partilha de experiências e práticas que promovam o sucesso escolar.</p> <p>Instituir Prémios de Mérito para os melhores alunos do concelho.</p> <p>Diagnosticar situações de alunos com dificuldades de aprendizagem e intervir atempadamente.</p> <p>Promover uma educação diferenciada e individualizada ao longo de cada ano letivo para a recuperação</p>	<p>ME; Município;</p> <p>Agrupamento de escolas; Associações de Pais; Bombeiros; Centro de Educação Especial Rainha D. Leonor; Cruz Vermelha; Centro de formação de professores – CFAE; Universidade Católica; Instituto Politécnico de Leiria; Associação de Estudantes; Parque Tecnológico de Óbidos; Associações culturais, recreativas e desportivas; CPCJ; Juntas de Freguesia; IPSS do concelho; Outras entidades da comunidade.</p>

34

	<p>dos alunos.</p> <p>Reforçar o apoio extraordinário aos alunos ao longo do ano letivo e após o <i>terminus</i> das atividades letivas para os alunos que realizam provas finais aferidas e exames.</p> <p>Celebrar protocolos com instituições locais para a integração, acompanhamento especializado e aquisição de competências dos alunos com NEE.</p> <p>Organização do trabalho pedagógico num modelo de equipas educativas.</p> <p>Criação/ manutenção de mecanismos de apoio tendo em conta o reconhecimento do mérito e do valor dos alunos, de modo a evitar a saída dos melhores alunos para outras escolas.</p> <p>Incremento de percursos com ofertas inclusivas e alternativas no 3.º CEB e secundário em articulação com as empresas da região.</p> <p>Envolvimento de ex-alunos em iniciativas sobre as vantagens da escolarização e emprego.</p> <p>Reduzir as taxas de retenção.</p> <p>Sinalização precoce por parte das escolas, em articulação com os diferentes serviços do Município, de alunos em risco de abandono precoce.</p> <p>Incremento das respostas psicossociais por parte do Município.</p> <p>Realização de programas de ocupação de jovens em risco, em períodos não letivos, em parceria com as diferentes entidades concelhias, de acordo com as expectativas dos jovens.</p> <p>Desenvolver atividades que promovam o gosto pela escola e a continuidade dos estudantes até final do Ensino Secundário.</p> <p>Criar um programa de incentivos à promoção de boas práticas de ensino e de melhoria das aprendizagens.</p>	
--	--	--

35

Metas

- Disponibilizar na plataforma web das Escolas de Óbidos os dados relativos aos indicadores de sucesso educativo por ano, período e ciclo a partir de 2016.
- Acompanhar o percurso escolar/profissional dos alunos depois da saída da escola durante cinco anos através da criação de um observatório (em 2016) criado para o efeito.
- Candidatar um projeto por ano (de 2016 a 2020) a mobilidades internacionais: Ação-chave 1 (KA1) – Mobilidade individual para fins de aprendizagem; Ação-chave 2 (KA2) – Cooperação para a inovação e o intercâmbio de boas práticas (Parcerias Estratégicas).
- Elaborar, em parceria com as estruturas pedagógicas da escola, um plano de formação capaz de favorecer o sucesso educativo dos alunos.
- Realizar, pelo menos, um projeto por ano em parceria entre o município e o agrupamento, no âmbito da promoção de conhecimentos e competências transversais às várias disciplinas.
- Promover duas sessões de sensibilização por ano junto dos alunos (9.º ano e 12.º) sobre orientação vocacional em articulação com o gabinete de psicologia durante o terceiro período.
- Aumentar, até 2020, a taxa real de pré-escolarização em um ponto percentual.
- Aproximar o abandono escolar precoce de 0 %.
- Obter uma média global de sucesso das Escolas de Óbidos em linha com a média nacional em todos os ciclos educativos.
- Colocar as taxas de retenção, em todos os ciclos educativos, em linha com a média nacional.
- Melhorar as práticas de monitorização e de autoavaliação do sucesso (relatórios de final de período por ano de escolaridade, por disciplina e por ciclo; análise por período do insucesso (1-2 ensino básico; 1-9 ensino secundário)/ qualidade do sucesso (4-5 ensino básico; 14-20 ensino secundário) por disciplina.
- Aumentar um ponto percentual, em cada ano, até 2020, a % de níveis 4 e 5 no ensino básico e de classificações positivas nas diferentes disciplinas no ensino secundário.
- Reduzir um ponto percentual, em cada ano, até 2020, a % de níveis inferiores a 3 no ensino básico e inferiores a 10 no ensino secundário.
- Diminuir um ponto percentual, em cada ano, até 2020 o desvio entre as classificações de frequência e as classificações de exame no ensino regular.
- Melhorar progressivamente, entre 2016 e 2020, o desempenho dos alunos nas áreas sujeitas a provas finais e exames nacionais, de modo a que a média das classificações esteja em linha com a média nacional.
- Implementar um prémio de mérito e excelência nas Escolas de Óbidos em articulação com a comunidade educativa, a partir de 2017.
- Calendarizar a participação numa feira, por ano, das profissões em data a determinar.
- Realizar um seminário, por ano, de divulgação de boas práticas.
- Implementar um modelo de monitorização das equipas educativas em parceria com a Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Psicologia do Porto.
- Elaborar uma exposição anual dos trabalhos dos alunos das Escolas de Óbidos num espaço a disponibilizar pelo Município na Vila de Óbidos.
- Generalizar as equipas educativas a todo o ensino básico.

36

EIXO 3: VALORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E RECURSOS EDUCATIVOS

Objetivos	Estratégias	Recursos
3.1. Manutenção e valorização dos edifícios escolares como espaços de interação educativa e comunitária	Realização de eventos da comunidade escolar em articulação com a restante comunidade educativa nos edifícios escolares.	Município; Agrupamento de escolas; Associações de Pais; Associações e coletividades do concelho;
3.2. Utilização efetiva de recursos técnicos e tecnológicos na estratégia educativa e pedagógica	Formação dos agentes educativos na utilização dos meios tecnológicos adequados às práticas educativas e aproveitamento das instalações e meios técnicos (laboratórios, etc.) em toda a extensão das suas possibilidades educativas.	Laboratórios dos complexos; Recursos tecnológicos dos complexos; CFAE;
3.3. Expansão dos programas educativos e fixação do seu valor em cooperação com o ensino regular	Formação no âmbito do conhecimento e da utilização didática e científica dos recursos científicos disponíveis nas redes de conhecimento científico digital.	Serviço educativo do Município de Óbidos; Universidade Católica;
3.4. Utilização dos recursos da região como forma de interligação territorial	Formação em contexto educativo dos alunos para utilização autónoma dos recursos disponíveis.	Instituto Politécnico de Leiria; Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor; Associação Hípica o Cavalo de Óbidos; NIMO; OesteCim.
	Acompanhamento e manutenção dos equipamentos educativos.	
	Criação e reforço de pontes entre os ateliers (Fábrica da criatividade) e o contexto pedagógico regular.	
	Fixação do valor através da formação parental e sensibilização para o valor dos processos educativos alternativos.	
	Utilização dos espaços presentes na região para apoio a alunos com NEE.	
	Criação de grupos de trabalho e intervenção na área da inclusão social e escolar de alunos com NEE.	
	Articulação com os vários recursos no território da OesteCim.	
	Articulação com as IPSS no apoio especializado a crianças com NEE.	

37

Metas
De 2016 a 2020
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de, pelo menos, dois eventos de interligação comunitária dentro dos edifícios escolares; - Realização de, pelo menos, uma formação anual para professores e pessoal não docente para uma utilização efetiva dos recursos tecnológicos e laboratórios; - Realização de duas ações de sensibilização para os alunos para uma utilização responsável dos recursos educativos; - Criação de encontros entre professores e pessoal não docente para a articulação efetiva dos contextos pedagógicos regulares e alternativos; - Realização de ações de formação e sensibilização parental para a necessidade de recursos educativos alternativos em articulação com o percurso pedagógico regular. - Realização de, pelo menos, dois protocolos com entidades externas para o desenvolvimento de atividades de inclusão e apoio a alunos com NEE. - Monitorizar trimestralmente os equipamentos e infraestruturas educativas através de um relatório feito por escola.

38

EIXO 4: INVESTIMENTO NA QUALIFICAÇÃO DAS PESSOAS E NA APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA

Objetivos	Estratégias	Recursos
4.1. Promover uma maior participação das famílias na construção e desenvolvimentos do projeto educativo local	Elaboração de um plano de formação parental de nível concelhio que envolva todas as entidades que já trabalham esta área. Criação de um portal de educação comum entre o Município e o Agrupamento de Escolas.	Agrupamento de Escolas; CME; CMJ; CMS; Autarquia; Centro de Saúde; Associações Juvenis, Culturais, Recreativas e Desportivas; IPSS; IEFP;
4.2. Promover uma cultura de cidadania partilhada envolvendo todos os elementos da comunidade educativa	Promoção de ações de sensibilização nos diferentes domínios, em parceria com diversas entidades: GNR, Bombeiros, Instituições Bancárias, de Saúde, de Ensino Superior, entre outras. Criação de semanas/meses temáticos, no âmbito da Educação para a Cidadania, onde se promova (in)formação sobre as temáticas definidas, ex.: ambiente, em parceria com as entidades locais.	Serviços educativos; Instituições de Ensino Superior; Centro de Formação; Comunidade em geral.
4.3. Promover os fatores de proteção na área da saúde	Participação dos alunos em estruturas associativas de interesse local e nacional e em ações de voluntariado /intercâmbio.	
4.4. Promover uma cultura de qualificação formativa contínua	Organização de eventos interescolares onde se debatam questões práticas de atualidade e se desenvolva o espírito crítico e a participação cívica.	
4.5. Promover uma educação financeira responsável	Criação e implementação de um plano estratégico para a saúde escolar. Incentivar a prática regular de atividades desportivas saudáveis nas crianças e jovens.	
4.6. Promover formação na área da agricultura para jovens e adultos	Investir na educação para a aquisição de competências pessoais e profissionais (Formação de adultos). Desenvolvimento de projetos desportivos através da cooperação entre os elementos da comunidade educativa e desportiva do concelho. Elaboração de um plano de formação contínua para diferentes grupos profissionais, de acordo com as necessidades. Criação de incentivos à investigação / bolsas de investigação / estágios internacionais. Promoção de uma oferta formativa integrada e articulada com outras instituições educativas, por forma.	

39

a rentabilizar a oferta formativa ao nível do ensino secundário, pós-secundário e superior. Diversificação e divulgação da oferta formativa concelhia. Promover sessões de informação e esclarecimento acerca da literacia financeira e da gestão do orçamento doméstico a diferentes públicos (comunidade escolas, famílias, consumidor no geral), conferências, exposições, comemorações do dia mundial do consumidor e do dia mundial da poupança. Disponibilizar informação orçamental e financeira (no site, através de folhetos, exposições...). Apoiar as famílias sobreendividadas através de gabinete de apoio especializado (Apoio DECO). Promover sessões de informação e esclarecimento acerca das possibilidades da agricultura no mercado de trabalho, na criação de novos postos de trabalho e empresas. Apoiar os jovens com interesse no desenvolvimento de empresas e negócios na área do empreendedorismo agrícola.	
Metas	
De 2016 a 2020 - Criar um novo portal de educação, contribuindo para um reforço da comunicação entre a comunidade e a escola; - Implementar um evento, por ano letivo, na escola que promova a participação efetiva das famílias; - Desenvolver, anualmente, um diagnóstico de formação; - Promover um modelo de formação contínua para docentes e não docentes; - Criar mecanismos de divulgação externa da oferta formativa de cada ano letivo; - Criação de um projeto de formação em contexto para grupos vulneráveis em articulação com o agrupamento e as instituições locais. - Participar nas actividades do Desporto Escolar - Promover uma iniciativa na área da educação ambiental e na utilização sustentável dos recursos naturais; - Promover ações de formação na área da agricultura e agro-tecnologia; - Promover ações de sensibilização para a educação financeira e cívica.	

40

EIXO 5: COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL E ARTICULAÇÃO COM AS ÁREAS CULTURAIS, SOCIAIS E ECONÓMICAS

Objetivos	Estratégias	Recursos
5.1. Criar parcerias com as associações locais para que possam fazer parte integrante dos processos de formação	Identificar as necessidades de capacitação das associações locais e as capacidades já adquiridas para promover formação em contexto. Promover o aumento do nível de formação dos dirigentes associativos.	Município; Agrupamento de escolas; Associações, cooperativas e empresas locais; Centro de Formação; Serviços Sociais; IEFP;
5.2. Articular a oferta formativa concelhia	Promover o contacto das associações locais com os estudantes do concelho sensibilizando-os para a importância do associativismo.	Segurança Social; ANQEP;
5.3. Fomentar a partilha de experiências entre as empresas e as instituições de ensino	Fazer o levantamento das necessidades do tecido empresarial e adequar a oferta ao mercado. Criar oferta contextualizada e profissionalizante para o ensino secundário e pós-secundário.	Instituições de ensino superior; Parque Tecnológico; DECO;
5.4. Promover a autoiniciativa empresarial e o empreendedorismo	Promover o diálogo entre sectores (educativo e empresarial) através de reuniões de contacto. Promover visitas periódicas às empresas locais. Promover a interação dos jovens com as empresas, criando programas de intercâmbio e visita empresarial a nível nacional e internacional. Realizar programas de ocupação dos jovens nas empresas. Incluir conteúdos curriculares, relacionados com as temáticas do empreendedorismo nas componentes extracurriculares, trabalhados transversalmente. Promover a participação em concursos de ideias sobre projetos de intervenção na criação de produtos e de empresas inovadores.	Associação de Estudantes; Associações de Pais; Associações de regantes.

41

Metas**De 2016 a 2020**

- Criar uma bolsa de associações e capacitá-las para integrarem o plano de formação municipal;
- Aumentar em, pelo menos, 50% a oferta formativa ao nível profissional;
- Realizar reuniões periódicas entre a escola e o tecido empresarial local;
- Promover concursos de empreendedorismo e visitas ao tecido empresarial.

42

3. Planos de atividades

Os planos de atividades decorrem do plano de ação, poderão ser anuais ou plurianuais (por referência a anos letivos) e integrarão propostas de atividades que poderão ser implementadas sem descurar outras emergentes ao longo do ano. Tratar-se-á de um documento dinâmico, flexível e em permanente atualização. O plano deverá integrar projetos e atividades, objetivos, intervenientes, calendarização entre outros aspetos que complementam estas informações e que passamos a apresentar no seguinte quadro:

Calendarização	Objetivos	Atividade/ Projeto	Intervenientes			Recursos materiais	Custo estimado	Avaliação	
			Público- alvo	Recursos humanos	Parceiros			Indicadores monitorização	Meios de verificação

IV. AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO PEEM

A avaliação é um procedimento essencial na construção e desenvolvimento de qualquer projeto. No PEEM de Óbidos é fundamental fazer a previsão de critérios, instrumentos e momentos de avaliação indispensáveis para o seu aperfeiçoamento e constante melhoria. A avaliação será portanto uma ferramenta para aferir resultados, acompanhar processos, reorientar e/ou projetar novas atividades partindo de uma utilização eficiente de todos os recursos disponíveis.

A avaliação do PEEM deverá ser contínua e assente num processo de reflexão e análise de todo o trabalho desenvolvido. Não a entendemos como uma ferramenta que produz apenas resultados mas que seja também promotora de boas práticas com impacto na comunidade educativa.

A avaliação do PEEM permitirá:

- Reconhecer os aspetos positivos e os menos positivos de cada etapa e do PEEM em geral;
- Reconhecer e redefinir estratégias e métodos de trabalho;
- Pespertivar a regulação da ação e melhorar determinados aspetos ao longo do processo.

A monitorização do Plano Estratégico Educativo Municipal far-se-á através da constituição de uma equipa de trabalho que integrará o Observatório PEEM e que ficará responsável pelo acompanhamento e monitorização das ações inscritas no PEEM. Os vários momentos de avaliação do PEEM produzirão evidências relativas a cada etapa, permitindo um conhecimento longitudinal e comparações entre situações antes e após as diversas intervenções.

Os indicadores deverão ser objetivos incidindo na participação dos vários intervenientes no projeto, nas atividades desenvolvidas e na satisfação do público-alvo face aos resultados obtidos.

A recolha de dados para a avaliação poderá ser realizada de diversas formas:

Inquéritos por questionário, inquéritos por entrevista, observação, análise estatística, análise documental, entre outros.

A equipa de avaliação deverá produzir os seguintes documentos ao longo do PEEM:

- Relatórios anuais de avaliação relativos à execução e impacto do PEEM;
- Relatório de avaliação final do PEEM.

1. Critérios a considerar na avaliação:

Critério	Em que consiste	Questões orientadoras
RELEVÂNCIA	Permite avaliar em que medida os objetivos estabelecidos contribuem para resolver o problema ou aproveitar uma oportunidade identificada.	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os problemas que se colocam no contexto de intervenção? • Os objetivos estabelecidos contribuem para resolver os problemas identificados? • Qual o valor acrescentado do Plano Estratégico Educativo Municipal?
COERÊNCIA	Permite avaliar em que medida a cadeia de objetivos se articula numa lógica meio/fim; verificar se os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis são suficientes para fazer face aos objetivos; e aferir se o calendário proposto é suficiente para a consecução dos objetivos estabelecidos (coerência interna).	<ul style="list-style-type: none"> • Os objetivos estão bem hierarquizados? • Os meios previstos são coerentes com a ambição do projeto? • E o tempo previsto para a sua realização é adequado?
EFICÁCIA	Permite avaliar em que medida os resultados previstos no projeto educativo foram atingidos, quais os desvios verificados e sua justificação.	<ul style="list-style-type: none"> • Os objetivos específicos do Plano Estratégico Educativo Municipal foram alcançados? • Quais os desvios verificados e porquê? • Em que medida comprometem a consecução dos objetivos gerais?
IMPACTO	Permite avaliar em que medida os objetivos gerais do Plano Estratégico Educativo Municipal foram alcançados.	<ul style="list-style-type: none"> • Os objetivos gerais foram alcançados? • Quais as alterações que o Plano Estratégico Educativo Municipal produziu sobre o contexto socioeconómico e sobre o próprio Município? • Quem foram os principais beneficiários do projeto?
EFICIÊNCIA	Permite avaliar a relação entre custos e resultados obtidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Teria sido possível obter os mesmos ou melhores resultados com a utilização de menores recursos humanos, materiais e financeiros?
Fonte: Projetos Educativos: Elaboração, Monitorização e Avaliação - Guia de apoio; ANQ; Lisboa, 2011.		

BIBLIOGRAFIA

Azevedo, J. (1996). Os nós da rede: o problema das escolas primárias em zonas rurais. Porto: ASA.

Faria, T. (2010). No caminho da Escola Municipal, in C. Sat (ed.), *Escolas D'Óbidos*. Lisbon: Claudio Sat Unipessoal, pp. 34-38.

Fernandes, A. S. (1995). O nível local da administração escolar. Contributo para a sua caracterização no sistema educativo português. *Ciências da Educação: Investigação e Acção*, (I vol.). Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.

Fernandes, A. S. (1999). Os municípios portugueses e a educação: entre as representações do passado e os desafios do futuro, in João Formosinho et al. *Comunidades educativas: novos desafios à educação básica*. Braga: Livraria Minho.

Fernandes, A. S. (2000). Estado, Município e Escolas: O papel da associação nacional de municípios. O papel dos diversos actores educativos na construção de uma escola democrática. *Actas do Seminário*. Guimarães: Centro de Formação Francisco de Holanda, pp. 83-93.

Formosinho, J. & Machado, J. (2004). Evolução das políticas e da administração da educação em Portugal. *Revista do fórum Português da Administração Educacional*, n.º 4, pp. 6-31.

Godinho, A. (2012). School closures and community revitalisation: the case of Óbidos, Portugal. *CELE Exchange 2012/*. OECD.

Latorre, A (2003). *La Investigación-Acción*. Barcelo: Graó.

Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula. Um Guia para Professores*. Porto: Porto Editora.

Pinhal, J. (1997). Os municípios e a descentralização educacional em Portugal, in Luís, A; Barroso, J. e Pinhal, J.. *A administração da educação: investigação, formação e práticas*. Lisboa: Fórum Português de Administração Educacional.

PORDATA (n.d.). Base de dados Portugal contemporâneo, www.pordata.pt/, consultado em 04 de Maio de 2015.

SIGLAS

1.º CEB – Primeiro Ciclo do Ensino Básico
2.º CEB – Segundo Ciclo do Ensino Básico
3.º CEB – Terceiro Ciclo do Ensino Básico
AEC – Atividades de Enriquecimento Curricular
ANQEP – Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional
CEERDL – Centro de Educação Especial Rainha D. Leonor
CFAECO – Centro de Formação Associação de Escolas Centro-Oeste
CME – Conselho Municipal de Educação
CMEO – Conselho Municipal de Educação de Óbidos
CMJ – Conselho Municipal da Juventude
CMS – Conselho Municipal da Saúde
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CRI – Centro de Recursos para a Inclusão
DGEEC – Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência
EFA – Educação e Formação de Adultos
GIP – Gabinete de Inserção Profissional
IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional
IGEC – Inspeção-Geral da Educação e Ciência
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPL – Instituto Politécnico de Leiria
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
JI – Jardim de Infância
LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo
ME – Ministério da Educação
NEE – Necessidades Educativas Especiais
NIMO – Núcleo de Intervenção Multidisciplinar de Óbidos
OCDE – Organisation for Economic Cooperation and Development
ONU – Organização das Nações Unidas
PAC – Política Agrícola Comum
PEEM – Plano Estratégico Educativo Municipal
PIB – Produto Interno Bruto
PIPSE – Programa Interministerial de Promoção do Sucesso Educativo no Ensino Básico
PISA – Programa Internacional de Avaliação dos Estudantes
RVCC – Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências
SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

ANEXO VIII

1. GABINETE ÓBIDOS + ATIVO

O Gabinete Óbidos + Ativo é um espaço de intervenção individual/familiar, sustentado por uma abordagem global e integrada de várias valências e especialidades terapêuticas, na promoção da saúde e bem-estar.

Disponibiliza os seguintes serviços a todos os munícipes:

- Consultas de Nutrição e Psicologia
- Consultas de Orientação e Prescrição para a Prática de Atividade Física;
- Aconselhamento para o Futuro a indivíduos/famíliares com patologias ou fatores de risco - diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade;
- Aconselhamento Jovem - atendimento diferenciado nas vertentes biológicas, psico-afetiva e socio-familiar.
- Cartão Óbidos + Ativo (cartão que confere benefícios na aquisição de serviços no Gabinete Óbidos + Ativo);

Áreas práticas de intervenção:

- Pilates / Pilates Clínico;
- Atividades aquáticas;
- Ginástica + Ativa;
- Grávidas Fit (exercícios de fortalecimento e orientação);

2. DESPORTO PARA TODOS

O Desporto para Todos no Município de Óbidos tem como objetivo ter uma população mais ativa, procurando envolver todas as faixas etárias, promovendo o desenvolvimento desportivo, a educação para e pelo desporto e a promoção da saúde.

Óbidos é um concelho que tem o privilégio de conjugar os espaços desportivos com a riqueza territorial e uma componente ecológica bem vinculada.

Este programa associa atividades físicas indoor e outdoor, que visam a melhoria da condição física e psíquica, o aumento das relações sociais, estilos de vida saudáveis e qualidade de vida e bem-estar.

O nosso investimento passa por realizar atividades e eventos com o intuito de chegar a todos, satisfazendo as suas necessidades e interesses, motivações e desejos da generalidade da população, numa vertente de atividade física regular e da prática desportiva, formal e informal, de lazer ou competitiva, com o apoio ao associativismo desportivo, empresas locais e Juntas de Freguesia.

Atividades:

- Torneios e Festivais desportivos;
- Fitness ao ar livre (zumba no parque e outras);
- Atividades náuticas (SUP, SURF, canoagem,...);
- Atividades na natureza (caminhadas, corridas, slide, rappel, escalada,...);
- Sunset saudável (yoga e fitness ao pôr do sol);
- Maratona de cycling;
- Volta ao Castelo;
- Jogos tradicionais;
- Férias Ativas;
- Gala do desporto;

3. POCOB - PROGRAMA ÓBIDOS CONTRA A OBESIDADE

O POCOB é um programa transversal, que abrange todas as idades. Engloba uma equipa multidisciplinar e interdisciplinar, que age em colaboração e parceria com o Gabinete de Nutrição, o Agrupamento de Escolas Josefa de Óbidos (PES - Programa de Educação para a Saúde; Atelier de Gastronomia; NIMO - Núcleo de Intervenção Multidisciplinar de Óbidos), ACes Oeste Norte, Unidade de Saúde Pública Zé Povinho e Movimento Escola dos Afetos.

Tem como objetivo uma intervenção, sobretudo, preventiva, onde se pretende educar a população para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis e sensibilizar para a importância da atividade física regular.

O POCOB é desenvolvido pelo Gabinete de Nutrição no Gabinete Óbidos + Ativo, nas Escolas, na Academia Saúde e Bem-Estar, no Programa Municipal “Melhor Idade”, com intervenção:

- Geral - que se destina a todos os indivíduos
- Específica - para quem apresenta excesso de peso ou obesidade

Objetivos:

- Diminuir a percentagem de excesso de peso ou obesidade em crianças, jovens e adultos;
- Caracterizar e monitorizar indivíduos determinando o seu IMC - Índice de Massa Corporal, encaminhando-os, em caso de necessidade, para a sua equipa de saúde (enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo, assistente social);
- Realizar sessões de educação para a saúde e outras atividades nas escolas e para a população em geral;

Ações:

- Consultas de nutrição;
- Atividade física regular (combate ao sedentarismo);
- Acompanhamento psicológico - Psicoterapia de Apoio;
- Atividades de Desenvolvimento Psicossocial (Piquenique saudável +);
- Seminário / Congresso sobre Obesidade;

Ações nas Escolas:

- Acompanhamento diário nos refeitórios escolares;
- Sessões de educação para a saúde (dieta mediterrânica);
- “Prato colorido, prato divertido”;
- Consultas de nutrição;
- “Pais almoçam na escola”;
- Semana da alimentação com 5 cores;
- Aula de culinária;
- Smile dance;
- Concurso “Lancheira saudável”;
- Reuniões e formações de grupos;

Atelier de Gastronomia / Cursos profissionais

Com um vínculo gastronómico centrado nos produtos genuínos do território, o “Atelier de Gastronomia” - curso profissional da Escola Josefa de Óbidos, tem uma ação pensada, potenciando a qualidade de uma degustação saudável. Confeccionando refeições, dinamizando workshops, participando em eventos, abrindo espaço para uma alimentação igualmente saborosa e diversificada, mas menos processada e mais amiga da nossa saúde.

4. ESCOLA SAUDÁVEL

No âmbito escolar a propagação e multiplicação do conhecimento ocorre de modo intenso, sendo o espaço social apropriado para a realização de atividades práticas de educação para “Estilos de vida saudável”, minimizando graves distúrbios metabólicos, físicos e psicossociais.

Áreas de Intervenção (equipa multidisciplinar)

As atividades a desenvolver enquadram-se em grandes linhas orientadoras, com várias parcerias:

- Atividade física (AEC / Dinamização de atividades desportivas / Férias ativas);
- Nutrição (POCOB) / Ações de sensibilização / Atelier de culinária;
- Saúde (Rastreios de saúde, IMC, perímetro abdominal, taxa de glicémia, pressão arterial, primeiros socorros,...);
- Dinâmica de afetos (Relações interpessoais / Afetos / Violência / Bullying / Voluntariado);
- Desafios do futuro - Segurança pessoal / Pensar segurança / Contextos de risco;

5. SAÚDE +

O Dentista fazer parte do dia-a-dia de toda a comunidade educativa será uma realidade em Óbidos com o objetivo de prestar serviços aos alunos e restante comunidade, para além do consultório tradicional.

Este programa funciona de forma interdisciplinar, com ações educativas que orientam e promovem a criação de pensamento crítico, a reflexão sobre as causas das doenças bucais e, principalmente, o modo como preveni-las.

Ações:

- Rastreios gratuitos para as crianças, toda a comunidade escolar, familiares dos alunos, e utentes do Programa Melhor Idade;
- Prestar informação e formação das boas práticas sobre higiene oral à comunidade escolar;
- Prestar gratuitamente cuidados de saúde oral a todos os alunos;
- Prestar cuidados de saúde oral à população, que se traduzem em prevenção, diagnóstico e tratamento a anomalias dos dentes, boca, maxilares e estruturas;

Clínica Ativa

Este projeto pretende reunir uma equipa de profissionais de saúde com vasta experiência no desporto de alto rendimento, para servir a população em geral.

Pretende trazer a qualidade e a exigência médica a todos os desportistas, praticantes ocasionais de atividade física e também para pessoas sedentárias e com patologias não associadas ao desporto:

- Atuar na potenciação desportiva, prevenção de lesões, diagnóstico rápido, indicando tratamento e recuperação de lesões;
- Aconselhar e acompanhar os que pretendem usar a atividade física como meio de prevenção ou tratamento de doenças, como a Diabetes, Hipertensão, Obesidade, Fibromialgia e outras doenças reumáticas, entre outras.

6. DESAFIA

A prática de desportos e atividades físicas adaptadas visa a integração e inclusão das pessoas com necessidades educativas especiais e portadores de deficiência, na sociedade. Conduzindo ao desenvolvimento das condutas psico-motoras de base (perceção auditiva, visual e tátil), ao desenvolvimento afetivo, cognitivo e das qualidades físicas (resistência, força, velocidade, agilidade e coordenação).

O Centro DESAFIA surge da necessidade de haver uma referência local e nacional ao nível do desporto e das atividades físicas adaptadas. Apresenta três grandes eixos:

Recreativo

Proporcionar dias inigualáveis de novas emoções e desafios, onde os participantes disfrutem de experiências únicas a realizar em diferentes locais do Concelho de Óbidos. Podem ser vivenciadas em grupos (escolas e instituições, outros,...), com o objetivo de partilha, de integração, de inclusão e bem-estar.

Nesta vertente disponibiliza-se um conjunto de atividades em parceria com outras entidades (Associações e clubes locais, agrupamento de escolas, entre outros,...), nomeadamente Orientação / Peddy Paper, Equitação, Canoagem, Stand Up Paddle, Boccia, Goalball, Voleibol sentado, Xadrez, Natação e Dança.

Competitivo

- Apoio a atividades do Desporto Escolar;
- Realização de estágios de equipas nas diferentes modalidades;
- Realização de competições ao nível nacional e internacional;

Terapêutico

- Atividades na Sala Snoezelen;
- Participação e apoio ao NIMO;
- Atividades de Hipoterapia;

7. ESPAÇO COM VIVÊNCIAS

A construção de uma sala Snoezelen advém do facto de que cada vez mais a escola ter de se adaptar a todas as crianças, sem exceção, para responder às necessidades de todos. Dado o nível elevado de dependência de alguns alunos portadores de deficiência e com necessidades educativas especiais, é urgente encontrar alternativas e complementos à fisioterapia, à animação sociocultural, à terapia ocupacional tradicional e outras atividades, para que possam ter maior qualidade de vida. No caso das crianças é necessário proporcionar ambientes propiciadores de aquisição de competências, libertos de exigências curriculares. Por outro lado, pretende-se abrir este espaço à comunidade e ao território.

A sala Snoezelen é uma sala multissensorial que tem como objetivo a estimulação sensorial e/ou a diminuição dos níveis de ansiedade e de tensão. É um local feito de luz, sons, cores, texturas e aromas, onde os objetos são coloridos e disponibilizados para serem tocados e admirados.

Os resultados positivos, revelados pela investigação na área da estimulação sensorial, têm contribuído para a crescente importância do Snoezelen enquanto tratamento complementar à intervenção clínica-reabilitação. Os meios utilizados possuem uma forte capacidade de estimulação. O Snoezelen é, sem dúvida, um campo fértil de buscas, de descobertas e possibilidades para a promoção de maior qualidade de vida.

Este equipamento e material permitem:

- Promover atividades lúdicas e de lazer;
- Estimulação sensorial e/ou a promoção do relaxamento, desenvolvimento de competências cognitivas, comunicativas, sociais, motoras e educacionais;
- Proporcionar conforto - através de estímulos controlados. Esta técnica usa efeitos de forma individual ou combinada, cruzando música, sons, luzes, cores, vibrações suaves, texturas e aromaterapia;
- Variedade de atividades que permitem que as terapias sejam únicas e adaptadas a cada pessoa, explorando, ao mesmo tempo, as necessidades e preferências do aluno/paciente, aumentando a autoestima, emoções positivas, a capacidade de iniciativa, aprendizagem e autoexpressão. Tem, por isso, um grande impacto na qualidade de vida de quem a vivencia;

População Alvo

Uma vez que o equipamento sensorial pode ser benéfico para todas as idades e diagnósticos, esta sala, sediada na escola sede do Agrupamento, terá como público-alvo os alunos do Agrupamento, os utentes do Programa Municipal “Melhor Idade”, e restante comunidade.

**8. ACADEMIA SÉNIOR
DE SAÚDE E BEM-ESTAR**

Um local de novos conhecimentos, para trocar experiências e partilhar vida!

Ter um propósito de vida saudável, reduzir o stress, praticar exercício, “gostar de si”, “cuidar de si”, são segredos essenciais para uma vida longa e feliz. É neste enquadramento que a Academia Sénior de Saúde e Bem-Estar desenvolve a sua programação, tornando os obidenses ativos, com saúde e longevidade.

Destina-se maioritariamente a indivíduos com idade superior a 50 anos e pretende oferecer uma modalidade educativa inovadora, tendo em vista um envelhecimento saudável, fomentando as relações inter pessoais/sociais.

Atividades a desenvolver:

- Atividades Regulares
- Aquáticas / Natureza / Ginástica + Ativa
- Nutrição / Higiene Oral;
- Oficinas Criativas / computadores;
- Seminários e workshops;
- Festas, convívios e passeios;

9. CAMINHOS COM SAÚDE

Este projeto assenta num conceito de prestação de cuidados de saúde diferenciados e integrados que pretendem dar resposta às necessidades da nossa população, em todas as freguesias.

Sendo um trabalho de parceiros, terão responsabilidades distintas. Os técnicos envolvidos contribuem com ações de sensibilização, rastreios, aconselhamento individual, de forma personalizada, criando um elevado nível de empatia com a população, com dificuldade de mobilidade e mais isolada.

Cabe à Nutricionista orientar sobre a importância de manter uma alimentação segura e saudável, desenvolvendo atividades teóricas e práticas, como as Oficinas de Culinária. Estas ações são desenvolvidas, na sua maioria, em espaços públicos (praças, escolas,...).

Outra atividade não menos importante é o contacto direto mantido entre a Psicóloga e os utentes, contribuindo, dessa forma, para o combate ao isolamento social (em especial nos locais mais afastados da vila).

Cabe à Higienista promover iniciativas dirigidas à melhoria da qualidade de cuidados de saúde oral.

A presença do Veterinário nesta unidade permite o acompanhamento dos animais, que são verdadeiros companheiros de vida de muitas pessoas.

A Unidade Móvel faz também a recolha e entrega de material de apoio solidário.

10. TURISMO DESPORTIVO

Tendo em conta as tendências da atualidade com a procura e necessidade das populações, considerando as possibilidades naturais do município, Óbidos é um excelente destino turísticoigienistaffhgja desportivo.

Está não só preparado para turistas entusiastas que nos visitam para uma atividade específica, como é o caso do TNLO - Trail Noturno da Lagoa de Óbidos, mas também para aqueles que queiram desfrutar das múltiplas e possíveis experiências desportivas marcantes.

As escolhas passarão por programas de atividades na natureza: passeios de jipe, de bateira, bicicleta e a pé, canoagem, ténis, golfe, stand up paddle, mergulho, surf, visitas à Berlenga e rotas históricas..

Estas ofertas conjugam-se com alojamento, restauração, empresas desportivas e de animação, apostando na promoção turística emblemática.

11. ROTAS E TRILHOS

O projeto vai disponibilizar uma grande diversidade de percursos, satisfazendo todos os gostos e interesses. Com programas dirigidos à população obidense, turistas nacionais e internacionais, com o objetivo de posicionar Óbidos como um destino de excelência neste género de experiências turísticas.

À beira mar, por vilas e aldeias, nas levadas ou nos trilhos, os passeios pedestres e os de bicicleta podem ter pontos de partida e de chegada bem definidos ou ser, simplesmente, o prazer de andar e de observar o que se encontra pelo caminho.

Os recursos naturais, a paisagem, a agricultura, a história, as tradições, são elementos ricos que permitem estruturar estes “caminhos”, criando atratividade em todo

o território, valorizando-o e fomentando o crescimento sustentável, aumento de dormidas, estruturação de produto, promoção e comercialização.

O acesso a uma plataforma disponível em vários idiomas é uma das ações do projeto, em parceria com as comunidades intermunicipais, associações e empresas turísticas, numa atuação concertada entre entidades públicas e privadas.

A presença de Óbidos em feiras internacionais, a organização de visitas educacionais, de jornalistas e ações de promoção nas redes sociais, são outras ferramentas de comunicação para promover a oferta consolidada e diferenciadora do destino para atividades de bicicleta e a pé, ao longo de todo o ano.

12. FREGUESIAS EM MOVIMENTO

Enfrentar os desafios e colaborar na resolução de carências existentes nas freguesias, criando oportunidades para gerar novas sinergias e, em conjunto, construir uma comunidade mais participativa, onde todos gostem de estar e viver, é o nosso caminho.

A prioridade passa por encorajar a dinamização da freguesia no seu todo, estimulando a participação de todas as entidades, desde a freguesia, clubes, associações, empresas e população em geral, desde atividades regulares de cariz desportivo, festas / eventos de saúde e bem estar: Freguesia + Ativa.

Freguesia + Ativa

Evento que tem como objetivo incentivar à prática de atividade física e desenvolver dinâmicas ligadas à saúde e nutrição, possibilitando a todos os munícipes momentos de grande convívio e confraternização.

Decorre de outubro a maio nas diversas freguesias do concelho.

13. AFETOS

Os AFETOS são um fenómeno cuja importância social e cultural é amplamente reconhecida e cumpre nas sociedades modernas um papel fundamental no reforço da coesão social, promovendo o respeito, a solidariedade e a cidadania ativa.

Assim, e considerando os AFETOS como uma forma de inclusão e disseminação, também este programa pretende, através de uma equipa multidisciplinar, reforçar a importância de um estilo de vida saudável para a promoção da saúde junto da comunidade.

Esta dinâmica visa abordar diferentes domínios, a nível local, nacional e internacional, com atividades de âmbito social e humano:

- Grupo de Cuidados Voluntários;
- Amigo Especial;
- Toma Certa;
- Óbidos, Cidade dos Afetos;

14. INFRAESTRUTURAS

É pretensão do município dinamizar um processo de desenvolvimento desportivo coerente, integrado, endógeno e sustentado, considerando o desporto como um fator de valorização humana e social e como um meio privilegiado de ocupação dos tempos livres, de recreação, de lazer, constituindo-se, assim, a autarquia como um elemento catalisador e de intervenção direta no processo de desenvolvimento desportivo.

Dotar o concelho de infraestruturas adequadas às exigências do desporto moderno e reconhecer a importância do desporto de alta competição, de rendimento desportivo e de formação como valores sociais, culturais,

políticos económicos relevantes, são apenas algumas das linhas que se propõe alcançar.

Construção de instalações necessárias às necessidades do município:

- rotas de percursos pedestres;
- trilho de BTT;
- trilhos de trail;
- espaço fitness;
- parque infantil;
- sala Snoezelen;

15. PLANO DE FORMAÇÃO

O Desporto, atualmente, assume um papel de enorme relevo na formação e na educação das várias faixas etárias e nos vários estratos e classes sociais. Neste papel, os agentes desportivos têm uma enorme importância no trabalho que desenvolvem. Como tal, é de extrema importância que se mantenham atualizados de forma a desempenharem, de um modo correto, o desenvolvimento das suas atividades físicas e desportivas.

O Plano de Formação será um projeto que vem contribuir para o desenvolvimento do profissional face às necessidades do mercado. Este plano de formação quer, de alguma forma, apoiar profissionais, clubes e associações a desenvolver os seus processos de qualificação e modernização das suas estruturas de gestão, melhorar as suas ofertas desportivas e requalificação dos seus quadros técnicos de forma a encontrar soluções de resposta às necessidades e exigências do seu dia a dia.

Áreas de Intervenção:

- gestão e planeamento de um clube;
- organização de eventos desportivos;
- higiene e segurança nos recintos desportivos;
- formações e workshops nas diversas modalidades;
- curso com atribuição de títulos profissionais e creditação nos seus níveis de formação;

16. SBO DIGITAL

Óbidos pretende criar um projeto estruturado e posicionado para comunicar com autenticidade, apostando na divulgação de “um estilo de vida saudável e equilibrado”.

O crescente desafio de modernização e a procura de inovações tecnológicas, no âmbito da Saúde e do Bem-Estar, leva à criação de um conjunto de produtos interativos, desde site, plataforma, portal e APP.

- Site Saúde e Bem-Estar;
- Agenda desportiva online (divulgação de atividade dinamizadas por clubes, associações e Juntas de Freguesia);
- Plataforma/APP (rede de caminhos pedestres/BTT);

Pretende promover sinergias entre várias entidades no âmbito dos três eixos Movimento, Saúde e Nutrição.

ANEXO IX

UCSP DE ÓBIDOS

Unidade Local de Saúde Pública de Óbidos

1 - Saúde Ambiental - é uma área importante desenvolvida pelas Unidades de Saúde Pública; aborda aspetos da saúde e qualidade de vida humana, determinados por fatores ambientais, quer sejam eles físicos, químicos, biológicos, biomecânicos ou psicossociais e atua na avaliação, prevenção, mitigação e controlo dos fatores que presentes no ambiente podem afetar de forma adversa a saúde humana. A Unidade de Saúde desenvolve várias atividades e programas neste âmbito, tais como:

Higiene e Segurança dos Estabelecimentos de Apoio Social - avaliação do cumprimento dos requisitos previamente ao licenciamento com vista à emissão de Certificado Higié Sanitário e/ou vigilância da manutenção das conformidades;

Higiene e Segurança dos Estabelecimentos de Ensino - Presença nas comissões de vistorias conjuntamente com Técnicos do Município, Proteção Civil e Bombeiros de Óbidos, para avaliação das condições de saúde, higiene e segurança dos estabelecimentos de ensino;

Prevenção e Controlo de Doenças Transmitidas por Vetores - REVIVE. Este programa visa melhorar o conhecimento sobre as espécies de vetores presentes no país, a sua distribuição e abundância, esclarecer o seu papel como vetor de agentes de doença, assim como detetar atempadamente introduções de espécies invasoras com importância em Saúde Pública; São colocadas armadilhas em locais considerados de maior risco para captura de insetos, posteriormente caracterizados. No concelho de Óbidos e para o próximo ano 2019 foi proposta a colocação de armadilhas na

Lagoa de Óbidos, Nascentes do Olho Marinho e Bacia da Barragem do Arnoia, Pneugreen;

Programa de Gestão de Resíduos Hospitalares;

Projecto pao.come (Intervenção comunitária/redução do teor de sal) - Programa que promove a redução de sal no pão; São feitas recolhas de amostras nos estabelecimentos da indústria de panificação aderentes (padarias, estabelecimentos comerciais) e nos estabelecimentos escolares que posteriormente são analisados no Laboratório de Saúde Pública. O projecto tem como parceiros a Fundação Portuguesa de Cardiologia e a Associação de Comércio e Indústria de Panificação, Pastelaria e Similares e foi implementado em Janeiro de 2007. No concelho de Óbidos aderiram dois estabelecimentos: Padaria Vale Florido e Capinha d'Óbidos.

O projeto sopa.come tem igualmente o objetivo de promover a redução do sal, mas na sopa confeccionada e servida nos estabelecimentos escolares; são recolhidas amostras para monitorização do teor de sal mediante realização de análise no laboratório de Saúde Pública. As amostragens são feitas semestralmente. Os estabelecimentos selecionados são: Escola Josefa d'Óbidos, Complexo Escolar dos Arcos, Creche e JI da Casa do Povo e Lar da ADSFAN, todos com muito bons resultados;

Saúde Escolar - Promoção da Saúde na população escolarizada através da realização de ações de Educação e Promoção para a Saúde integradas no plano da escola. A articulação é realizada com a direção da escola e professor responsável pela Educação para a Saúde; participam desta atividade profissionais de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de caldas da Rainha e da Unidade Local de Saúde Pública, sendo a monitorização realizada pela USP; enquadrados neste programa são anualmente

desenvolvidos projetos promotores da saúde mental e emocional como a Maçã dos Afetos. É feita também uma avaliação regular das condições de segurança e salubridade dos estabelecimentos escolares do concelho.

Vigilância Alimentar nos estabelecimentos de ensino - feita recolha de amostras de saladas e alimentos confeccionados e servidos nos refeitórios dos estabelecimentos escolares de Óbidos, bem como de esfregaços dos utensílios e superfícies (bancadas). Posteriormente todas estas amostras são avaliadas relativamente aos parâmetros microbiológicos, no laboratório de Saúde Pública. São realizados em média 24 colheitas de alimentos e 14 esfregaços anualmente; O alimento que apresenta maior risco são as saladas.

Vigilância Sanitária da Água de Consumo Humano - Vigilância de todos os sistemas de abastecimento do concelho, com cerca de 30 colheitas anuais, microbiológicas e físico químicas e cerca de 48 análises de campo anuais (cloro livre residual, cloro total e pH);

Vigilância Sanitária da Água de Piscinas - Vigilância das águas de piscinas públicas e semipúblicas com cerca de 67 colheitas por ano, microbiológicas e físico-químicas; são preenchidos para cada piscina os respetivos livros de registo sanitário, onde constam as ocorrências e valores de parâmetros avaliados ao longo do período de utilização. Este livro é depois avaliado pela unidade de saúde pública para identificação de eventuais riscos para os utilizadores e implementação de medidas corretoras. Existe aliás uma articulação muito próxima com todos os operadores turísticos de estabelecimentos com piscinas o que tem sido uma mais valia perante situações de alguma irregularidade ou inconformidade.

Vigilância das Zonas Balneares - Nas três praias designadas (Praia D'el Rei, Praia do Rio Cortiço, Praia do Bom Sucesso) procede-se à avaliação das condições de segurança e funcionamento dos equipamentos e da envolventes das zonas balneares, com realização de análises em casos específicos que complementem a avaliação da qualidade das águas balneares feita pelo Ministério do Ambiente (feita de quatro em quatro anos). Feita também a avaliação e caracterização de ocorrências com eventual risco para os utilizadores destes espaços.

Vigilância de Doença dos Legionários (Hotéis e Similares) - Visitas técnicas e acompanhamento aos hotéis inseridos no programa: Hotel Real, Marriott, Evolutee Hotel;

Vigilância Estabelecimentos Industriais - presença nas comissões de vistoria com vista ao licenciamento e ações de vigilância dos estabelecimentos industriais;

Vigilância dos Estabelecimentos de Restauração e Bebidas;

Vigilância Qualidade do Ar Interior em Instituições - diagnóstico de situação e avaliação, quantitativamente e qualitativamente, do nível de conforto e dos parâmetros químicos na qualidade ar interior, nas salas de aula (em 2018 apenas no complexo do Furadouro), refeitórios, ginásios e piscinas (Piscinas municipais de Óbidos em 2017);

Vigilância das Unidades Privadas de Saúde;

Vacinação

Administração das vacinas previstas no Plano Nacional de Vacinação e de outras extra tais como a vacina da Gripe Sazonal ou de vacinas de prescrição médica. A administração das vacinas é feita na sede do CS de Óbidos. Relativamente às previstas no PNV e para o concelho de Óbidos, as taxas de cobertura em todas as coortes etárias são superiores a 95% o que confere proteção de grupo por impossibilidade de transmissão/ contágio;

Para o tétano a taxa de cobertura, para as faixas etárias mais velhas é inferior, mas para esta doença não se coloca a questão de proteção de grupo, considerando que a imunidade conferida pela vacina é individual e a doença não é transmissível pessoa a pessoa;

A monitorização do cumprimento do PNV compete à Unidade de Saúde Pública e é feita anualmente;

Saúde Mental

O ACeS Oeste Norte dispõe de três psicólogos, estando dois deles sediados no Centro de Saúde de Óbidos, sendo recursos da URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados). O acesso a estas consultas é feito por referência através do Médico de Família.

Presentemente estão em funcionamento duas equipas de psiquiatria e saúde mental comunitárias: uma dirigida a adultos e outra a utentes de idade pediátrica e juvenil (até 16 anos). Esta última, estando sediada no Hospital de St^a Maria desloca-se ao ACeS Oeste Norte para efetivação de consultas a algumas crianças /jovens referenciados e também para discutir cada um dos casos não só com os médicos de família respetivos, mas também com outras instituições e entidades que desejavelmente podem ter um papel no “tratamento” que não tem necessariamente que ser exclusivamente farmacológico, numa perspetiva

de articulação e integração de cuidado. Participam nestas reuniões, quando a discussão vão caso e crianças de Óbidos, a Unidade de Saúde Pública e o NIMO (reuniões .

A Equipa de adultos sediada no Centro Hospitalar do Oeste (Caldas da Rainha) tem a mesma filosofia, reunindo também com frequência mensal, nas instalações do centro de saúde de Óbidos, embora apenas com técnicos de saúde.

Também a Unidade de Saúde Pública desenvolve um programa de intervenção e prevenção no âmbito do suicídio e doença mental aguda. A partir da comunicação, pelas forças policiais (GNR/PSP), à Autoridade de Saúde as ocorrências neste âmbito. Estes casos são apreciados, avaliando contextos de família, saúde e social, assegurando articulações no sentido do acompanhamento e tratamento de cada caso. Estes casos são eventualmente levados a reflexão na equipa de psiquiatria e saúde mental.

Saúde Oral

O programa de Saúde Oral tem desde o seu início uma boa implementação no concelho de Óbidos. Baseado na promoção da escovagem dos dentes, bochecho com soluto de fluor e avaliação anual do índice de CPO (% de dentes cariados, perdidos e obturados, relativamente ao total de dentes), foram implementadas ações integradas nas atividades da equipa de Saúde Escolar, com cobertura de todas as escolas do concelho. Seguiu-se um programa de contratualização com médicos dentistas que, mediante determinadas cotas recebiam crianças para aplicação de selantes e tratamento de cáries; em simultâneo eram asseguradas atividades de promoção da saúde (alimentação saudável, higiene, sobretudo) pelas equipas de saúde escolar. A colocação de uma higienista Oral, em 2009 - Dr.^a Sabina Ramalho, permitiu uma maior consistência no

acompanhamento da população escolar nomeadamente na implementação de boas práticas na escovagem, com projeto inovador neste âmbito dirigido ao 1º ciclo. Foram também produzidos diversos materiais audiovisuais e outros, muito inovadores, alguns dos quais em parceria com o Município de Óbidos. Estes materiais de promoção da Saúde Oral foram elaborados pela própria população a que se dirigia, não só a escolar mas também a abrangida pelo projeto Melhor Idade. Foram construídos filmes em DVD, faixas, placards, livros em pano e braillle. O programa atual de Saúde Oral prevê também a emissão de cheques higienista e cheques dentista a uma população vasta, não só escolar - alunos com 7, 10 e 13 anos, já que foi progressivamente alargado às crianças com necessidades educativas e de saúde especiais destas faixas etárias, às grávidas(até um máximo de 3 cheques) e idosos carenciados beneficiários do complemento solidário para idosos (até dois cheques por cada ano), doentes com infeção HIV/SIDA, utentes com risco de cancro oral, crianças com menos de 7 anos, mas cáries nos dentes temporários e também jovens com 18 anos que tenham cumprido o programa até aos 16 anos. Todos os cheques são emitidos pelo médico de família respetivo, com exceção dos destinados às crianças escolarizadas das faixas dos 7, 10 e 13 anos que são emitidos pelo/a Higienista Oral. Os cheques higienista destinam-se a avaliar, higienizar e aplicar selantes e os cheques dentistas têm como fim para além destes cuidados ainda o tratamento de cáries. No concelho de Óbidos a resposta ao cheque dentista é muito elevada (superior a 98%).

Por despacho da secretaria de Estado da Saúde de 2016, foi determinado o início de consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, especialmente dirigidos a doentes com diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória e insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os que forem transplantados. No ACeS

Oeste Norte, este processo está a iniciar-se, tendo já sido colocados dentista e assistente.

Resultante de uma articulação saúde/município iniciou-se também, de uma forma inovadora a escovagem dos dentes no segundo ciclo, complexo dos Arcos, alargando-se assim um cuidado promotor da boa saúde oral, só previsto para o primeiro ciclo.

Consulta de tabagismo

A consulta de cessação tabágica tem lugar no CDP (centro de diagnóstico pneumológico) situado na Rua Principal, nº 33, r/c 2500-432 Coto, Caldas da Rainha, com o seguinte horário: quartas feiras, entre as 14,30h e as 17h. Abrange todos os concelhos do ACeS Oeste Norte, podendo as marcações ser feitas por referenciação do Médico Família respetivo ou diretamente através do nº de telefone 262 843 457. O responsável por esta consulta é o Dr. Renato Martins, médico de Saúde Pública.

Consulta de alcoologia

A consulta de alcoologia é realizada no Centro de Saúde das Caldas da Rainha, por uma equipa constituída por uma médica especialista em medicina geral e familiar - Dr.ª Helena Gomes e uma enfermeira especialista em enfermagem na comunidade, Enf.ª Fátima Neves.

Abrange toda a população do ACeS Oeste Norte, nomeadamente o concelho de Óbidos, com o seguinte horário: 2ª feira das 09.30h às 12.30h e das 18.00h às 20.00h.

A primeira marcação pode ser feita a pedido do utente, da família ou de outros serviços /instituições, presencialmente ou através do telefone 262 840 443.

Consulta de Medicina das Viagens

Equipa coordenadora

Maria João Melo – médica de saúde pública
telefone: 262600138
correio electrónico: vacint10@arslvt.min-saude.pt

Susana Alves – enfermeira

Rosário Mil-Homens – técnica com funções administrativas

Enquadramento

Os viajantes internacionais poderão ser expostos a vários riscos susceptíveis de lhes afectar a saúde, podendo, grande parte destes riscos, serem evitados/atenuados, por algumas medidas preventivas adequadas antes, durante e após a viagem.

A exposição a insectos, água imprópria para consumo e alimentos contaminados, combinada com a ausência de apoio médico-sanitário apropriado, torna as viagens, em muitas regiões remotas, particularmente arriscadas.

Algumas medidas preventivas, nomeadamente a vacinação, poderão ter que ser efectuadas com algum tempo de antecedência, em relação à data da partida, sendo importante que a consulta seja feita 4 a 5 semanas antes da data prevista da viagem.

Quando não for possível ter a consulta com a antecedência devida, esta é sempre importante, mesmo que seja no dia anterior à viagem, pois poder-lhe-ão ser fornecidas informações muito úteis sobre medidas preventivas, prescrição de medicação e vacinas obrigatórias ou aconselhadas, para o ajudar a manter-se saudável.

1. Consulta do Viajante

A consulta de Medicina do Viajante pretende ser um suporte importante na recomendação e motivação da prevenção das doenças e profilaxia medicamentosa e destina-se a todos os viajantes internacionais, dos ACeS Oeste Norte e Oeste Sul.

Local da consulta:

Rua Dr Arlindo de Carvalho, nº 27, 1.º piso
2540-073 Bombarral.

Horário: Segunda-feira das 09h30-12h30
(com pré-marcação)

Contacto:

Rosário Mil-Homens

Telefone: 262600138/0

Correio electrónico: seculspbom@gmail.com

Documentos obrigatórios:

Cartão do Cidadão (CC) ou Bilhete de Identidade (BI) e N.º de Utente.

Boletim de vacinas

Nota: Pela Consulta do Viajante é devido o pagamento da taxa moderadora (5€).

2. Vacinação Internacional

A Vacinação Internacional destina-se a todos os viajantes, independentemente do ACeS a que pertençam, desde que possuam a prescrição médica da Vacina Contra a Febre Amarela e/ou Febre Tifóide.

Local de vacinação:

Rua Dr Arlindo de Carvalho, nº 27, 1.º piso, 2540-073 Bombarral.

Horário: Segunda-feira das 08h30-12h30 (com pré-marcação)

Contacto:

Enfermeira Susana Alves

Telefone: 262600137/0

Correio electrónico: seculspbom@gmail.com

Documentos obrigatórios:

Prescrição médica da Vacina Contra a Febre Amarela e/ou Febre Tifóide.

Cartão do Cidadão (CC) ou Bilhete de Identidade (BI) e N.º de Utente.

Boletim de vacinas

Nota: Pela vacinação é cobrada taxa sanitária (20 €) (Não há isenções das taxas sanitárias).

Anúncios

Funções de Autoridade de Saúde

No âmbito particular da intervenção da Autoridade de Saúde realizam-se as seguintes atividades:

Avaliação de incapacidades para efeitos de benefícios fiscais e isenção de taxas moderadoras e outros, sendo que na unidade local é feita uma pré avaliação e organização do processo que, posteriormente é apreciado em contexto de Junta Médica (DL 352/2007, 23 de outubro)

Avaliação das condições de saúde de condutores - casos especiais e a pedido do IMT, ou médicos assistentes, de acordo com os DL 37/2014, 14 de março e 40/2016, de 29 de julho;

Presença na Comissão Municipal de Proteção Civil, Comissão Municipal de Educação e Briefing dos Bombeiros de Óbidos (estes últimos com frequência mensal).

Intervenção em casos de risco para a Saúde Pública, nomeadamente: focos de insalubridade, estabelecimentos industriais, restauração ou outros bem como outras inconformidades como praias, piscinas e outras

Intervenção no âmbito da Lei da Saúde Mental (emissão de mandados de condução para avaliação clínico-psiquiátrica e eventual internamento compulsivo), de acordo com a lei 36/98, de 24 de julho (Lei da Saúde Mental)

Vigilância epidemiológica de Doenças transmissíveis de Declaração Obrigatória (DDO) - após notificação pelo médico que diagnostica em plataforma própria (SINAVE) é feito pela Autoridade de Saúde/Delegado de Saúde um inquérito epidemiológico com o fim de avaliar o risco de transmissão dessas doenças e a necessidade de implementação de medidas de controlo adequadas. (Portaria 22/2016, 10 de Fevereiro e Despacho nº 15385-A/2016.) No concelho de Óbidos foram notificados 16 casos entre 2016 e 2018.

ANEXO IX

EQUIPAMENTOS SOCIAIS DO CONCELHO DE ÓBIDOS (dados 1º semestre 2017 / 1º semestre 2018)

Instituições	Morada	Valências 2017	Capacidade		Ocupação efetiva	
			2018	2017	2018	
Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros	Estrada da Fonte Santa, nº 2, 2510-321 A-dos-Negros CC ERPI	SAD	42	42	39	37
		--	--	19	21	
		23	23	23	23	
Santa Casa da Misericórdia de Óbidos	Sede: Largo Dr. João Lourenço, 2514-999 Óbidos ERPI: Estrada de Santiago, Bº da Senhora da Luz, 2510-101 Óbidos SAD Creche	ERPI	53	53	53	53
		35	42	32	32	
		41	42	41	41	
Centro Social e Cultural para o Desenvolvimento do Olho Marinho	Beco do Ferreiro, nº 10, 2510-535 Olho Marinho ADI CC CD Creche	SAD	42	42	42	42
		14	14	14	14	
		10	10 ¹	10	10	
		16	16 ²	8	12	
		34	34 ³	44	39	
Centro Social, Cultural e Recreativo da Amoreira	Bairro do Jaboé, nº 15, 2510-440 Amoreira CD CC	SAD	49	49 ⁴	45	42
		30	30 ⁵	20	20	
		--	--	19	19	
Centro de Apoio Social do Vau	Rua 1º de Maio, nº 28, 2510-664 Vau	CC	25	25	19	18
Centro de Apoio Social e Cultural da Usseira	Rua Principal, nº 97, 2510-772 Usseira	CC	40	40	30	30
Sport Clube do Bairro	Estrada dos Brejos, nº 21, Bairro da senhora da Luz, 2510-047 Óbidos	CC	30	30	15	25
Associação Sociedade Cultural e Recreativa Pinhalense	Rua da Fonte, nº 16, 2510-171 Pinhal	CC	13		12	
Centro Cultural, Social e Recreativo Arelhense	Rua Principal, S/N, 2510-191 Arelho CC	Creche	15		15	
		--	--	20	22	
Associação Recreativa e Desportiva União Sancheirense	Rua da Escola Velha nº 13, 2510-342 Sancheira Grande	CC	--	--	21	25
Associação Cultural e Recreativa do Sobral da Lagoa	Rua Dr. Formosinho Sanches, nº 1, 2510-000 Sobral da Lagoa	CC	--	--	24	24
Associação Recreativa e Cultural Amigos da Capeleira e Navalha	Estrada da Capeleira, nº 21 A, 2510-018 Capeleira	CC	15	15	12	12

1 Capacidade para 30 Acordo de cooperação para 10

2 Capacidade para 30 Acordo de cooperação para 16

3 Capacidade para 60 Acordo de cooperação para 34

4 Capacidade para 49 Acordo de cooperação para 42

5 Capacidade para 30 Acordo de cooperação para 20

Associação Presente Futuro	Largo de Santo António, nº 7, 2510-011 A-da-Gorda CC	SAD				
		15	15	16	16	
Creche e Jardim de Infância da Casa do Povo de Óbidos	Bairro dos Arcos, 2510-081 Óbidos Jardim de Infância SAD	Creche	42	42	42	42
		67	70	67	70	
		15	15	15	15	
Associação "O Socorro Gaeirense"	Rua Fonte do Gato, nº 12, 2510-722 Gaeiras CD CC SAD	Creche	40	40	40	40
		18	18	12	12	
		--	30	23	25	
		40	40	19	25	
Equipamentos Sociais Privados						
Lar "Palácio D'El Rei"	Rua Outeiro D'El Rei, 2510-194 Trás do Outeiro	ERPI				
Lar Domus Augusta-Casa de Repouso de Óbidos	Quinta do Pinheiro- Estrada Nacional 115, nº 53, Alto das Gaeiras, 2510-761 Gaeiras	ERPI	26	26	19	20

EQUIPAMENTOS SOCIAIS DO CONCELHO DE ÓBIDOS (dados 1º semestre 2017 / 1º semestre 2018)

ASSOCIAÇÃO	VALÊNCIAS
União de Amigos de Olho Marinho	Futsal (inclusive de formação), Grupo de Teatro
Coral Nascente	Grupo Coral
Rancho Folclórico os Populares de Olho Marinho	Rancho Folclórico e Rancho Infantil
União Filarmónica de A-da-Gorda	Banda filarmónica, escola de música, professores de AEC
Sociedade Cultural e Recreativa Gaeirense	Futsal (inclusive de formação)
Coral Alma Nova	Grupo Coral
Rancho Folclórico e Etnográfico da Capeleira	Rancho Folclórico e Rancho Infantil
Associação Josefa de Óbidos	Escola de danças clássicas, históricas e contemporâneas
Sociedade Filarmónica e Recreativa Gaeirense	Futsal (inclusive de formação)
Sociedade Musical e Recreativa Obidense	Banda Filarmónica, Escola de Música e Orquestra Ligeira
Associação Recreativa e Desportiva União Sancheirense	Centro de Convívio protocolado com a CM de Óbidos, Atividades Culturais, Recreativas e Desportivas, Rancho Folclórico
Centro Cultural, Social e Recreativo Arelhense	Creche e Centro de Convívio protocolado com a CM Óbidos, Atividades Culturais, Recreativas e Desportivas, Rancho Folclórico
Sociedade Cultural e Recreativa Pinhalense	Centro de Convívio protocolado com a CM de Óbidos, Atividades Culturais, Recreativas e Desportivas, Rancho Folclórico
Associação Cultural e Recreativa do Sobral da Lagoa	Centro de Convívio protocolado com a CM de Óbidos, Atividades Culturais, Recreativas e Desportivas
Sport Clube do Bairro	Centro de Convívio protocolado com a CM de Óbidos, Atividades Culturais Recreativas e Desportivas
Associação Recreativa e Cultural Amigos da Capeleira e Navalha	Centro de Convívio protocolado com a CM de Óbidos, Patinagem
Associação Espeleológica de Óbidos	Futebol (inclusive de formação), Programas de Férias, Recreação Histórica
Corpo Nacional de Escutas - Agrupamento 753	Atividades Culturais, Recreativas e Desportivas
Associação de Jovens Voluntários das Gaeiras	Atividades Culturais, Recreativas e Desportivas
Associação Desportiva, Cultural e Recreativa Trás-do-Outeiro	Atividades Culturais, Recreativas e Desportivas
Associação Recreativa e Cultural da Usseira	Atividades Recreativas e Culturais

