



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PLANO DE AÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
DE VILA VIÇOSA

Relatório orientado pelo Mestre Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Vanda da Conceição
Barreto Falcato

Fevereiro
2012

**Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre**

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**PLANO DE AÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE
DE VILA VIÇOSA**

Relatório orientado pelo Mestre Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Vanda da Conceição
Barreto Falcato

**Fevereiro
2012**

ABREVIATURAS

ACES 1 - Agrupamento de Centro de Saúde do Alentejo Central 1

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECR – Equipa de Coordenação Regional

ECL – Equipa de Coordenação Local

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

IP – Intervenção Precoce

INE – Instituto Nacional de Estatística

NEE – Necessidades Educativas Especiais

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviços Nacional de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Palavras-Chave: gestão; planeamento; cuidados na comunidade.

Para dar resposta à reconfiguração dos centros de saúde, houve necessidade de se constituir uma Unidade de Cuidados na Comunidade no Centro de Saúde de Vila Viçosa. Este trabalho mostra as etapas elaboradas para a sua constituição, bem como faz uma análise reflexiva relativamente ao papel do enfermeiro coordenador dessa unidade. O principal objetivo foi a elaboração do " Plano de Ação da Unidades de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa".

Para a concretização deste projeto foram mobilizadas e adquiridas várias competências, nomeadamente, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Houve necessidade de conhecer a população e os recursos existentes (humanos, materiais e outros), de forma a permitir a identificação dos problemas, e posterior seleção de prioridades para direcionar a ação.

Após identificação das necessidades da população alvo, foram definidos objetivos mensuráveis, estabelecidas estratégias exequíveis, coerentes e articuladas, face às prioridades das necessidades encontradas. Concebeu e planeou intervenções otimizando os recursos existentes/necessários à sua realização.

A coordenação para a criação de uma UCC, envolve a gestão de recursos humanos e materiais e a gestão de projetos / programas em função nas necessidades identificadas na população alvo face a uma carteira de serviços.

ABSTRACT

Keywords: management; planning; nursing care.

To address the reconfiguration of health centers, there was a need to provide care unit in the Community Health Center of Vila Viçosa. This work shows the steps developed to its constitution, and makes a thoughtful analysis on the role of the nurse coordinator of the unit.

The main objective was the development of "Action Plan of Care Units in the Community of Vila Viçosa." For the realization of this project have been mobilized and gained many skills, in particular, based on the methodology of Health Planning, evaluation of the health of a community.

There was a need to know the people and resources (human, material and others), to allow the identification of problems and subsequent selection of priorities for direct action.

After identifying the needs of the target population, were set measurable objectives, strategies estabelecidas feasible, coherent and coordinated, given the priorities of needs met. Conceived and planned interventions optimizing existing resources / necessary for its realization.

The coordination for the creation of a UCC, involves the management of human and material resources and management of projects / programs according to the needs identified in the target population compared to a portfolio of services.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	12
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO.....	12
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE VILA VIÇOSA.....	13
1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	13
1.3.1. Recursos Materiais.....	13
1.3.2- Caracterização dos recursos humanos.....	14
1.4. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	15
2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO.....	18
2.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO.....	18
2.1.1. População residente no concelho de Vila Viçosa.....	18
2.1.2. Caracterização das famílias.....	20
2.1.3. Levantamento do número de beneficiários do rendimento social de inserção.....	21
2.1.4. Caracterização das Instituições Sociais do Concelho.....	21
2.1.5. Índices funcionais da população residente no concelho de Vila Viçosa.....	23
2.1.6. Comunidade Escolar.....	24
2.2. CENTRO DE SAÚDE DE VILA VIÇOSA.....	24
2.2.1. População inscrita no centro de saúde.....	24
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS.....	26
3.1. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL:.....	27
3.2. OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO:.....	27
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	29
4.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	29
4.2. METODOLOGIAS.....	41
4.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS.....	44

4.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS.....	45
4.5 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	46
5. AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS.....	47
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	52
7. CONCLUSÃO	56
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	64
APÊNDICE I -.FORMULÁRIO DE CANDIDATURA DA UCC	65
APÊNDICE II- FOLHA DE SINALIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS	76
APÊNDICE III - Ficha de caracterização das Instituições Sociais do concelho de Vila Viçosa	78
APÊNDICE IV – CRONOGRAMA	80
APÊNDICE V-PLANO DE AÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VILA VIÇOSA	85

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- População residente no Concelho de Vila Viçosa e freguesias, Área e Densidade Populacional	19
Quadro 2- Freguesias do Concelho de Vila Viçosa e seus Aglomerados.....	19
Quadro 3- N.º de famílias Clássicas e Institucionais no concelho	20
Quadro 4- Distribuição das instituições sociais e respetivas valências por local de implantação.	21
Quadro 5- Índices funcionais da População residente no concelho	23
Quadro 6- Número de alunos por grau de ensino.	24
Quadro 7- Utentes inscritos por freguesias.	24
Quadro 8- Utentes inscritos no Centro de Saúde de Vila Viçosa, por grupo etário e sexo, Fevereiro 2010.....	25
Quadro 9- Indicadores do Programa de Saúde Escolar.	49
Quadro 10- Indicadores da Equipa de Coordenação Local.	49
Quadro 11- Indicadores da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.	50
Quadro 12- Indicadores da Rede Social.	50
Quadro 13- Indicadores do Rendimento Social de Inserção.	50
Quadro 14- Indicadores da Projeto de Intervenção Precoce.	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Distrito de Évora e respetivos concelhos.	2
Figura 2- Pirâmide etária Vila Viçosa 2009.....	20
Figura 3- Pirâmide etária da população inscrita no centro de saúde de Vila Viçosa – Fevereiro 2011.....	25

INTRODUÇÃO

Com a nova política de saúde e com a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), pretende-se prestar cuidados de saúde personalizados e de maior qualidade visando ganhos em saúde das populações.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família.

Os CSP, deverão ser considerados como o primeiro ponto de contacto individual e comunitário com o sistema de saúde de forma a permitir um nível de assistência eficaz. Este deve permitir um acesso ilimitado do utente aos cuidados, proporcionados pelo sistema, mas também proporcionar o contacto com a comunidade de forma a potenciar o autocuidado.

O enfermeiro em CSP relaciona-se com os outros indivíduos, família e comunidade para que estes participem ativamente a nível do planeamento, execução e avaliação dos cuidados, o que leva a uma maior responsabilização e determinação pela sua saúde.

A Unidade de Cuidados na Comunidade “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em

redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Artigo 11º, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro).

A UCC vai contar com a participação de uma equipa multiprofissional para atingir os seus objetivos, nomeadamente, enfermeiros, médicos, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo...

Para dar resposta à reconfiguração dos centros de saúde, o Diretor executivo do ACES 1 (Agrupamento de Centro de Saúde do Alentejo Central 1), foi feita a proposta da formação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, no papel de sua coordenadora.

Foi uma proposta aliciante, pois como enfermeira especialista em saúde comunitária e a desenvolver atividades nessa área, fazia todo o sentido.

Perante esse desafio começou a fazer pesquisa, no sentido de dar resposta em tempo útil ao formulário de Candidatura à UCC e posteriormente à elaboração do plano de ação. Para tal ouvi a necessidade de reunir com o Diretor Executivo e fazer o levantamento dos recursos humanos necessários à constituição da equipa, a área geográfica abrangida pela UCC, e definir a carteira Básica de serviços.

Após constituição da equipa e dos restantes requisitos, houve necessidade de se proceder ao formulário de candidatura da UCC o qual foi enviado para a Equipa Regional de Acompanhamento (ERA) às candidaturas. Após envio da candidatura e aprovação da mesma, deu-se início à elaboração do Plano de Ação o qual traduzirá o seu programa de atividades na prestação de cuidados de saúde e sociais, de forma personalizada e comunitária.

Assim a realização deste estágio tem como principal objetivo “Elaborar o Plano de Ação da UCC de Vila Viçosa”.

Teve que identificar pessoas, famílias e grupos vulneráveis, identificar indivíduos dependentes e famílias/cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), caracterizar as Instituições Sociais/ Educação do Concelho, reunir contributos dos parceiros sociais a incluir no plano de Ação e por fim definir projetos /programas e elaborar os respetivos indicadores de avaliação.

As atividades da carteira de serviços da UCC, a contratualizar com o ACES, foram definidas considerando o diagnóstico social do concelho, a caracterização global da área de influência da UCC, as orientações do plano de atividades do ACES do Alto Alentejo, as

estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e respetivos Programas Nacionais e as linhas orientadoras sobre as áreas a incidir definidas no Regulamento da Organização e do Funcionamento da UCC, Diário da República de 16/04/2009, despacho nº 10143/2009.

As áreas privilegiadas de atuação foram a Saúde Escolar, Saúde Oral, ECL (Equipa de Coordenação Local), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Intervenção Precoce, Rede Social e Rendimento Social de Inserção.

O Plano de Ação para a UCC foi estruturado para um horizonte temporal de três anos, bem como os programas nele integrados. Face à necessidade de elaboração do Plano de Ação, como enfermeira coordenadora da unidade, questiona-se " Quais as melhores estratégias para a elaboração do plano e quais as competências que o enfermeiro deve mobilizar para lhe dar resposta? "Este trabalho surge no âmbito de curso de mestrado em enfermagem- especialização em Gestão das Unidades de Saúde e visa descrever o percurso realizado para a elaboração do Plano de Ação.

O Estágio decorreu no Centro de Saúde de Vila Viçosa no período de Fevereiro a Setembro de 2011 com a temática da "Elaboração do Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa".

Este relatório visa a descrição, fundamentação e análise reflexiva sobre objetivos, as intervenções, as estratégias, o processo de avaliação e controlo e sobre as competências mobilizadas e adquiridas. Na conclusão, faz uma análise crítica do trabalho executado e a contribuição deste na formação pessoal e profissional.

As distâncias entre a sede do concelho e as freguesias rurais são as seguintes:

- Ciladas (São Romão) – 12 km
- Pardais – 8 km
- Bencatel – 5 km

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE VILA VIÇOSA

O Centro de saúde de Vila Viçosa pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central 1, pertencente À Administração Regional de Saúde do Alentejo IP, regulamentado no Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro e a sua missão é proporcionar cuidados de saúde à população de determinada área geográfica. A sede funciona num edifício antigo da Santa Casa da Misericórdia.

1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

1.3.1. Recursos Materiais

A área de intervenção do Centro de Saúde, para além da sede, abrange também 3 freguesias: Bencatel, Pardais e São Romão.

A sede funciona num edifício com 2 pisos e apresenta barreiras arquitetónicas.

No rés-do-chão funciona o gabinete da enfermeira chefe, a secretaria, 4 gabinetes médicos, 1 gabinete para as consultas de telemedicina com a respetiva sala de espera, a sala de tratamentos com uma pequena sala de observações, o gabinete da sala de vacinação com sala de espera e um gabinete para programas com sala de espera, uma casa de banho e o parque de resíduos.

Existe uma sala de reuniões com sala anexa e uma casa de banho. Este espaço posteriormente foi cedido para a instalação da UCC.

No primeiro andar, existem dois gabinetes médicos, várias salas de arrumação e arquivos, uma cozinha, um refeitório, uma sala de trabalho, uma casa de banho com duche e um internamento com 5 camas que veio a encerrar em Maio de 2011 com transferência

destes utentes para a Unidade de convalescença da Cruz Vermelha Portuguesa de Vila Viçosa.

O horário de funcionamento durante a semana é das 8h às 20h com os seguintes turnos.

- Manhã- 8h-15h
- Tarde- 13h - 21h
- Manhã / Tarde- 9h-13h / 14h-17h
- Aos fins-de-semana e feriados funciona das 8h-14h

A freguesia de Bencatel funciona com um enfermeiro 7 horas diárias, Pardais 2 horas diárias e São Romão com 5 horas diárias.

Todas estas unidades funcionam com um gabinete de enfermagem, um gabinete médico e uma secretaria.

1.3.2- Caracterização dos recursos humanos

No Centro de Saúde de Vila Viçosa, os recursos humanos existentes são:

- 5 Médicos de Medicina Geral e Familiar;
- 1 Médico especialista em Saúde Pública;
- 1 Médico sem qualquer especialidade;
- 2 Enfermeira com a categoria de chefe;
- 1 Enfermeira especialista;
- 5 Enfermeiros graduados;
- 2 Enfermeiras generalistas;
- 8 Assistentes técnicas;
- 7 Assistentes operacionais;
- 1 Psicólogo a fazer estágio profissional que terminou em Julho;
- 1 Assistente Social a fazer estágio profissional que terminou em Julho.

A equipa de Saúde Mental do departamento de Psiquiatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, é constituída por médico, enfermeiro, assistente social e assistente técnico. Fazem consultas de psiquiatria quinzenalmente às segundas-feiras.

1.4. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No exercício da profissão, de acordo com o enquadramento conceptual da ordem dos enfermeiros, o foco de atenção do enfermeiro é o suporte das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza a produção de um processo de cuidados em parceria com a pessoa alvo dos cuidados, centrado na relação interpessoal.

Na constituição de uma UCC perspectiva-se uma organização do trabalho mais centrada no trabalho em equipa. Deseja-se uma cultura de equipa em que os profissionais percebam e visualizem o resultado do seu trabalho individual também em função da equipa, o que só se consegue se cada um souber onde acaba o seu papel e onde começa o papel do outro. Deseja-se um caminho de grupo. Daqui ressalta a necessidade de inovar nos procedimentos.

Os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, apelam à organização dos cuidados de enfermagem com a seguinte premissa:

- *Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.*

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

Desta forma compete aos enfermeiros responsáveis pela gestão, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planejar e concretizar

ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

Espera-se dos profissionais e dos gestores não só as habilitações e a disponibilidade para o trabalho em equipas multiprofissionais, mas também a partilha dos conhecimentos, tais como os que conduzem à capacidade de liderança, e dos saberes que lhes permitam utilizar, de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. Podemos considerar que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento (Escova, 2003).

O Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define o perfil de competências que vão ser mobilizadas para a criação neste caso de uma UCC, nomeadamente:

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação

Artigo 7.º

Competências do domínio da gestão dos cuidados

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

Acresce o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o qual enumera:

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes, de entre outras: Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

O Enfermeiro ao trabalhar na comunidade tem competências para planejar e avaliar o estado de saúde da mesma podendo, assim, identificar as suas necessidades de saúde.

2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

O enfermeiro que exerce funções na UCC, deve participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde na comunidade e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania daí a importância da análise da população.

2.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

O diagnóstico de saúde da comunidade constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e consiste no conhecimento da comunidade através da identificação dos seus problemas, necessidades, grupos de risco e recursos existentes na área da saúde.

Com base nesse diagnóstico, o enfermeiro consegue identificar os grupos vulneráveis que serão alvo de uma atenção prioritária em projetos de intervenção comunitária. De acordo com essas competências e ao elaborar este trabalho pretendemos após identificarmos, os indivíduos, famílias e grupos vulneráveis de forma a desenvolver programas e projetos orientados para estratégias de prevenção e de promoção da saúde.

2.1.1. População residente no concelho de Vila Viçosa

Relativamente à distribuição da população de Vila Viçosa (quadro 1) podemos afirmar que tal como todo o Alentejo em geral, o povoamento deste concelho concentra grande parte da sua população nas freguesias urbanas. A restante população distribui-se pelas freguesias rurais

Concelho	Freguesias	Área Km2	População Residente 2001	Densidade Populacional Hab. /Km2 2001
Vila Viçosa	Bencatel	36,26	1720	46
	Ciladas	107,54	1150	
	Vila Viçosa (Conceição)	32,79	4364	
	Pardais	17,83	559	
	Vila Viçosa (S. Bartolomeu)	0,21	1078	
	Total	194,62	8871	

Quadro 1- População residente no Concelho de Vila Viçosa e freguesias, Área e Densidade Populacional

Fonte: INE Estimativas Anuais da População Residente, 2009

O concelho de Vila Viçosa registou um ligeiro decréscimo populacional entre 1991 e 2001 que ronda os cerca de 200 habitantes (-2,2%), ao contrário do que aconteceu na Região e no País que apresentaram variações positivas, ainda que ligeiras.

Na década decorrida entre 1991 e 2001, verificou-se um envelhecimento da população, originado pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade.

A evolução da população segundo os grupos etários apresenta-se semelhante à estrutura da população do país que verifica um envelhecimento tanto da base como do topo, indicando baixa taxa de natalidade, grande número de adultos, e uma razoável expectativa de vida, a chamada “transição demográfica”, indicando envelhecimento da população.

Concelho	Freguesias	Área Km2	População Residente 2001	Densidade Populacional Hab. /Km2 2001
Vila Viçosa	Bencatel	36,26	1720	46
	Ciladas	107,54	1150	
	Vila Viçosa (Conceição)	32,79	4364	
	Pardais	17,83	559	
	Vila Viçosa (S. Bartolomeu)	0,21	1078	
	Total	194,62	8871	

Quadro 2- Freguesias do Concelho de Vila Viçosa e seus Aglomerados

Fonte: INE Estimativas Anuais da População Residente, 2009

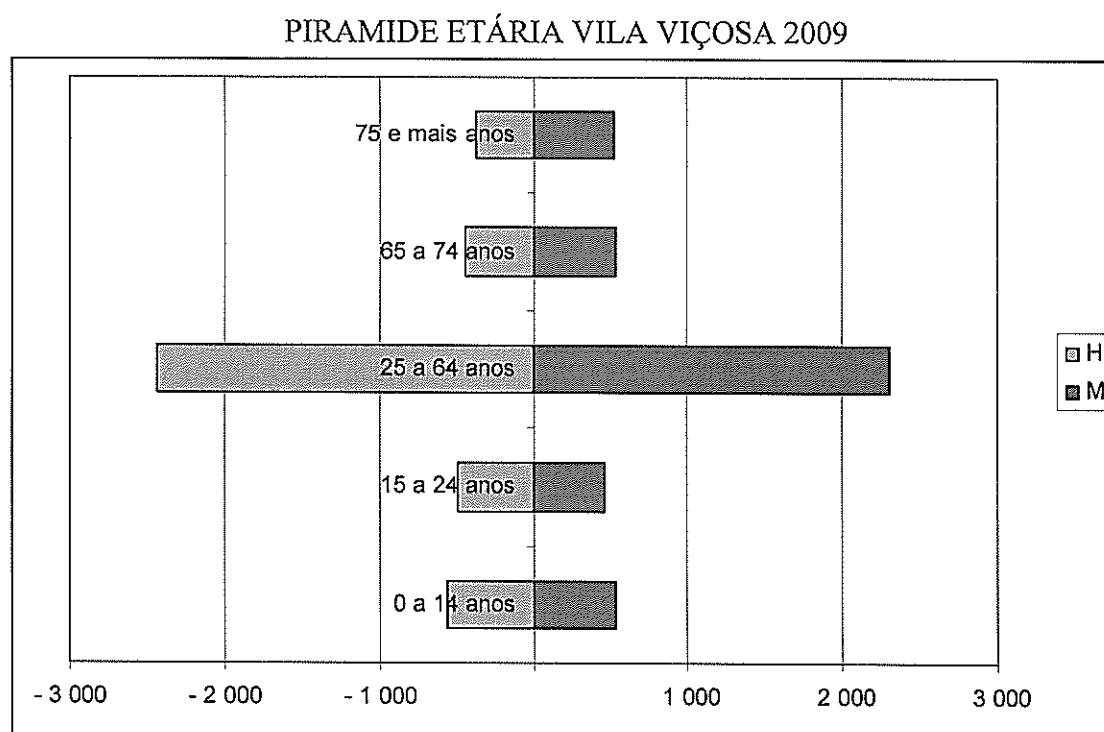


Figura 2- Pirâmide etária Vila Viçosa 2009

Baseado em dados de Anuário Estatístico da Região do Alentejo – 2008 Ano de Edição: 2009

2.1.2.Caracterização das famílias

	Nº de famílias Clássicas	Nº de famílias Institucionais	Fonte: INE, Censos 2001
Bencatel	614		
Ciladas	462		
Vila Viçosa (Conceição)	1527	4	
Pardais	200		
Vila Viçosa (São Bartolomeu)	439	1	
Vila Viçosa (Total)	3242	5	

Quadro 3- N.º de famílias Clássicas e Institucionais no concelho

Fonte: INE Estimativas Anuais da População Residente, 2009

2.1.3. Levantamento do número de beneficiários do rendimento social de inserção

O que concerne ao Rendimento Social de Inserção, e reportando ao ano de 2010 foram celebrados 74 acordos de Inserção na área da saúde e no total de beneficiários com Acordo de Inserção, possuímos 217 processos.

2.1.4. Caracterização das Instituições Sociais do Concelho

LOCAL	DESIGNAÇÃO	VALÊNCIAS
Vila Viçosa	Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
		Lar de Idosos
	Caritas de Vila Viçosa	Apoio Domiciliário
Bencatel	Santa Casa da Misericórdia De Vila Viçosa	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
	Caritas de Vila Viçosa	Apoio Domiciliário
São Romão	Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa	Centro de Dia
	Caritas de Vila Viçosa	Lar de Idosos
		Apoio Domiciliário
Pardais	Caritas de Vila Viçosa	Centro de Convívio
		Apoio Domiciliário
	Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa	Apoio Domiciliário

Quadro 4- Distribuição das instituições sociais e respetivas valências por local de implantação.

Fonte: Rede Social, Diagnóstico 2004

Com a nossa população cada vez mais envelhecida, surge um aumento na necessidade de apoio aos idosos. Assim para colmatar esta necessidade surgem instituições sociais que dão apoio aos idosos de acordo com o seu grau de dependência.

Desta forma no concelho de Vila Viçosa, possuímos duas instituições que dão apoio, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa e Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição.

Na sede do concelho pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa existem 21 idosos com apoio do centro de dia, 55 em apoio domiciliário e 63 em Lar. Respeitante à Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição tem, apoio domiciliário para 54 idosos.

Na freguesia de Bencatel, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, possui um Centro de Dia com vaga para 32 idosos e Apoio Domiciliário para 31 idosos. A Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição dispõe de apoio domiciliário para 20 idosos.

Na freguesia de Ciladas (São Romão) a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa possui Centro de Dia para 40 utentes, mas apenas 12 idosos beneficiam deste serviço.

Na freguesia de Pardais para suprimir as necessidades dos idosos, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa dispõe de apoio domiciliário, beneficiando deste apoio neste momento 3 idosos, a Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição dispõe de um Centro de Dia frequentado por 25 idosos, bem como apoio domiciliário, do qual beneficiam 4 idosos.

2.1.5. Índices funcionais da população residente no concelho de Vila Viçosa

Índice de dependência de idosos População com 65 e mais anos/População com 15-64 anos *100 $1863/5694*100= 32.7\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Índice de dependência de jovens População com 0-14 anos/ População com 15-64 anos *100 $1099/5694*100=19.3\%$	Fonte: INE, Censos 2001
Índice de dependência total População com 0-14 anos + população com 65 e mais anos/ População com 15-64 anos *100 $1.099+1863/5694*100 =52\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Percentagem de população ativa População dos 15 aos 64 anos/ População total *100 $5694/8656*100 = 65.7\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Percentagem de população jovem População 0-14 anos/ População total *100 $1099/8656*100 = 12.7\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Percentagem de população idosa População com 65 e mais anos/ População total *100 $1863/8656*100=21.5\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Índice de vitalidade/ Envelhecimento População com 65 e mais anos/ População dos 0-14 anos *100 $1863/1099*100=170\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Taxa de mortalidade geral Nº total de óbitos em dado local e período/ População do mesmo local e período*1000 11. 9%	Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região Alentejo 2008
Índice vital de Pearl Nº de nascidos vivos numa localidade durante o ano/nº óbitos ocorridos na localidade no ano $60/103 = 0,58$	Fonte: INE, Censos 2001
Índice de Longevidade População com 75 e + anos/População com 65 e + anos*100 $1424/4218*100 = 33.76\%$	Fonte: INE, Censos 2001
Índice de dependência de jovens População com 0-14 anos/ População com 15-64 anos *100 $1099/5694*100=19.3\%$	Fonte: INE, Censos 2001

Quadro 5- Índices funcionais da População residente no concelho

2.1.6. Comunidade Escolar

Tipo de Ensino	Nº de Alunos
Ensino privado	131
Agrupamento de Escolas	592
Escola Secundária	737
<i>Total</i>	1460

Quadro 6- Número de alunos por grau de ensino.

2.2.CENTRO DE SAÚDE DE VILA VIÇOSA

2.2.1.População inscrita no centro de saúde

Freguesias	Nº Utentes Inscritos
Sede	6.025
Bencatel	1.560
São Romão	1.134
Pardais	306
<i>Total</i>	9.025

Quadro 7- Utentes inscritos por freguesias.

Fonte: Centro de Saúde Vila Viçosa Base dados SINUS – Fevereiro 2011

O Centro de Saúde de Vila Viçosa tem 9.025 utentes inscritos, o que não perfaz o número total de habitantes do concelho. Esta população distribui-se da seguinte forma por grupo etário e sexo:

Grupos etários	Masculino	Feminino	Total	%
0-4 anos	173	136	309	3,43
5-9 anos	183	191	394	4,14
10-14 anos	220	212	432	4,79
15-19 anos	215	230	445	4,93
20-24 anos	278	222	500	5,54
25-29 anos	301	289	590	6,54
30-34 anos	307	318	625	6,93
35-39 anos	335	301	636	7,05
40-44	351	339	690	7,65

anos				
45-49 anos	363	368	731	8,10
50-54 anos	319	222	641	7,10
55-59 anos	287	265	552	6,12
60-64 anos	201	238	439	4,86
65-69 anos	204	245	449	4,98
70-74 anos	248	275	523	5,80
75 e + anos	439	650	1089	12,07
Totais	4424	4601	9025	

Quadro 8- Utentes inscritos no Centro de Saúde de Vila Viçosa, por grupo etário e sexo, Fevereiro 2010

Fonte: Centro de Saúde Vila Viçosa Base dados SINUS – Fevereiro 2011

Pirâmide etária da população inscrita no centro de saúde de Vila Viçosa – Fevereiro 2011

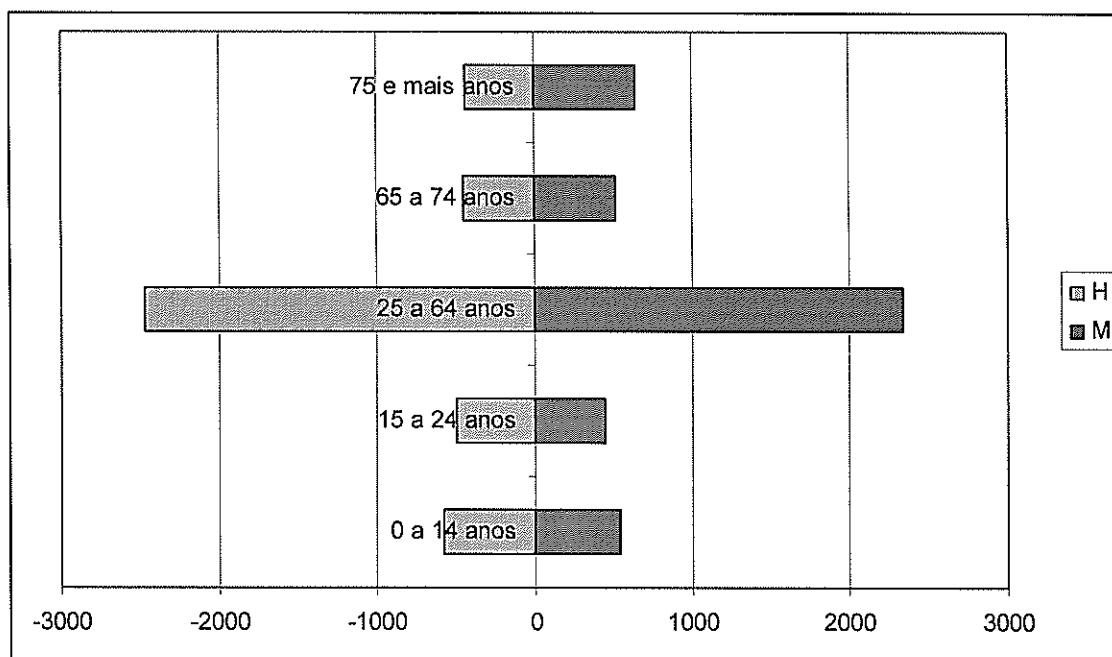


Figura 3- Pirâmide etária da população inscrita no centro de saúde de Vila Viçosa – Fevereiro 2011

Fonte: Centro de Saúde Vila Viçosa Base dados SINUS – Fevereiro 2011

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Um objetivo é algo que diz respeito a um fim que se quer atingir. Corresponde ao resultado que se pretende, permitindo aos indivíduos orientarem as ações para a concretização dos mesmos. Cada objetivo deve destacar a ação e as atividades para a concretização do resultado final. De salientar a importância da formulação de objetivos como fonte de motivação profissional. A teoria da definição de objetivos, baseia-se no efeito motivador da existência de objetivos ou metas que as pessoas tentam alcançar. O desafio está em definir objetivos que combinem as características contidas no acrónimo SMART: *specific, measurable, agreed, realistic, timed*. Resulta na importância da apresentação de objetivos moderadamente difíceis mas alcançáveis, específicos, desejavelmente quantitativos e temporizados (Locke e Latham, 1976).

A OE, através dos Enunciados Descritivos refere que, nas categorias promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado e readaptação funcional, é importante, "a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade"; "(...) implementar e avaliar intervenções"; "a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem"; "o planeamento da alta, (...) o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade" (OE, 2001:12-14).

"A educação para a saúde, componente também importante no processo de relação de ajuda, é considerada pelos profissionais de saúde como um desafio, uma vez que, esta se dirige para a promoção, manutenção, prevenção, reabilitação e assistência a pessoas" (Figueiredo, 2007: 152). A enfermagem de saúde pública passa pela capacitação de "enfermeiros que prestam serviços de promoção da saúde, auxiliam as pessoas a alcançar conhecimentos, assumir atitudes e comportamentos associados à saúde" (Stanhope & Lancaster, 1999:430). Um dos recursos existentes na comunidade, que permite acompanhamento e que pode reduzir as dificuldades do cliente/família, são os cuidados de saúde, prestados no domicílio, pelos enfermeiros do centro de saúde" (Rodrigues, 2009).

A Enfermagem em Saúde Comunitária inclui os cuidados de saúde domiciliários que não se restringem aos cuidados no domicílio, mas a um vasto número de atividades que vão de encontro às necessidades dos indivíduos/ família, relacionadas com a prevenção da doença e acidentes, promoção da saúde, cuidados de readaptação e suporte, nos seus locais habitacionais (Imaginario, 2004). Esta exige uma prática continuada e global dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, com atividades centradas nos indivíduos e famílias.

Assim, " A visitação domiciliária é um lugar privilegiado onde o Enfermeiro assume papéis como prestador de cuidados de alto nível técnico, educador, advogado do doente, colaborador, líder e gestor de casos". (Sorensen & Luckmann, 1998:501). Realça-se o trabalho que se desenvolve a nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde todo o trabalho da equipa de cuidados continuados integrados é feito no domicílio do utente, numa abordagem multidisciplinar e integrada.

Passa-se à identificação dos objetivos a atingir ao nível da intervenção profissional e com a população alvo.

3.1. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL:

- *Elaborar o Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa*

3.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO:

-IDENTIFICAR PESSOAS, FAMÍLIAS E GRUPOS VULNERÁVEIS;

- Identificar indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados continuados integrados;
- Caracterizar as Instituições Sociais/ Educação do Concelho
- Reunir contributos dos parceiros sociais a incluir no plano de Ação;
- Definir projetos /programas e elaborar os respetivos indicadores de avaliação.

Os grupos populacionais vulneráveis são aqueles que têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde relativamente ao resto da população, apresentando frequentemente maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde.

Nos últimos anos, as mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas têm -se traduzido em novas necessidades de saúde, pelo que tem sido reconhecido o papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários, com

ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pela comunidade, no sentido de a tornar forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista que presta cuidados na comunidade, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Possui uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades das pessoas, grupos e comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Quando são reconhecidos os aspetos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, grupo ou comunidade criam-se oportunidades de intervenções de enfermagem comunitária facilitadoras de mudança e uma cobertura mais justa, equitativa e solidária, constituindo estes alguns dos princípios éticos e deontológicos que regem a atividade profissional de enfermagem, as quais se procura dar resposta nos Projetos /Programas do Plano de Ação da UCC.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

4.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Os centros de saúde deverão ser a porta de entrada ao Serviço Nacional de Saúde, mas além disso deverão os profissionais de saúde assumir funções de promoção de saúde, prevenção da doença e a continuidade dos cuidados.

Os centros de saúde reorganizados no novo modelo de ACES caracterizam-se por:

-Estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais com trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede; Autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade; Órgãos e instrumentos próprios de gestão organizacional; Sistemas de liderança e de governação clínica e técnica, bem definidos e mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos.

A missão dos ACES é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de molde a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar. Assim, o objetivo dos ACES é aumentar a autonomia organizativa e colocar a gestão mais próximo do terreno. São serviços descentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, estando sujeitos ao seu poder de direção

O Decreto-Lei nº28/2008 D.R.I Série-nº38-22 de Fevereiro de 2008, faz a caracterização geral e a criação dos ACES do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Assim, em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade ou serviços desta.

A Unidade de Cuidados na Comunidade, é definida pelo artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008:

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção;

A equipa de UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidade de recursos;

O ACES participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local;

À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho.”

Assim a UCC, é uma das unidades funcionais dos ACES, que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais.

Os cuidados de saúde a prestar, pela UCC, devem ser definidos tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrar a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento. Os programas e projetos integram-se no plano de ação do ACES, em estreita articulação com as USF, UCSP, Unidade de Saúde Pública (USP) e com a Equipa Coordenadora Local (ECL), no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de acordo com as orientações técnicas. Tal como nas outras unidades funcionais os profissionais da UCC trabalham com autonomia organizativa e técnica, dependendo do coordenador da unidade. Neste contexto, a área geográfica de intervenção de cada UCC deverá corresponder à área geográfica do CS respetivo, podendo, no entanto, subdividir-se em áreas geográficas mais pequenas, de acordo com as problemáticas territoriais, a dimensão da população, bem como, as suas necessidades de saúde e sociais

(densidade populacional, acessibilidades, problemas sociais e de saúde identificados, índice de envelhecimento, entre outros) e a dispersão geográfica da área de intervenção.

A UCC, quando presta cuidados no âmbito previsto pela RNCCI, corresponde à Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), estrutura da rede, que integra o ACES através da UCC. A ECCI deverá ser encarada como um “prestador de serviços” com duas componentes complementares, respetivamente a prestação de cuidados diretos e a prestação de assessoria em áreas específicas. A atividade desta equipa, dirige-se aos utentes da área geográfica dos concelhos por ela abrangidos, considerando-se domicílio, a residência temporária ou permanente.

A admissão dos utentes nos Cuidados Continuados Integrados Domiciliários, faz-se sempre através de uma ECL, mediante proposta no “aplicativo” da RNCC. Compete aos profissionais que integram a ECCI, garantir a continuidade da prestação dos cuidados, em articulação com a ECL.

As ECL atuam na área de influência do respetivo ACES e têm como principais atribuições: assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local; apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos; assumir os fluxos de referência dos utentes na Rede; atualizar o sistema de informação da Rede; assegurar a preparação de altas; apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da Rede e promover parcerias para a prestação de Cuidados Continuados Integrados. A coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional (ECR – Equipas de Coordenação Regional) e local (ECL – Equipas de Coordenação Local).

À data de início do estágio, ainda não estavam constituídas as unidades funcionais, embora toda a dinâmica do serviço já estivesse direcionada nesta abordagem. Já existiam dois enfermeiros que estavam integrados nos projetos comunitários, que posteriormente vieram a integrar a UCC.

Os profissionais que integram a UCC deverão reunir competências e estarem motivados para desenvolver atividades de intervenção comunitária em parceria com os vários sectores da comunidade. A UCC deverá ser constituída por equipa multidisciplinar, com profissionais a tempo inteiro, designadamente nas áreas de enfermagem, serviço social, fisioterapia e, se possível de apoio administrativo. A perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar potencia as competências de cada grupo profissional e contribui, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação e resposta adequada às necessidades em cuidados de saúde da comunidade.

Das teorias associadas à motivação, referimos *Maslow*, o qual hierarquizou as necessidades do ser humano em cinco níveis, desde o mais básico, como as necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais ou de amor, necessidades de estima, até ao mais elevado, as necessidades de autorrealização. Segundo *Maslow*, as necessidades não satisfeitas são os motivadores principais do comportamento humano, havendo precedência dessas necessidades, segundo a hierarquia apresentada. Apesar de ser bastante complexo, identificar o nível de satisfação de um elemento da equipa, pode permitir responder à questão de como motivá-lo (Cunha & al., 2007).

Ainda no âmbito da motivação para o trabalho, demonstrou que existem fatores essenciais para a existência de atitudes positivas face ao trabalho. Chamou-lhes fatores motivadores, como o sentimento de realização, reconhecimento, trabalho variado e desafiante, e desenvolvimento pessoal (Herzberg: 1959). Estes fatores, estando presentes, tendem a gerar um sentimento de crescimento e desenvolvimento pessoal. Por outro lado, identificou fatores que, estando presentes, conduzem a atitudes negativas. Chamou-lhes fatores higiénicos, necessários mas não suficientes para uma relação positiva com o trabalho. Considera-se neste grupo a relação com o chefe, a relação com os colegas, a supervisão técnica e, em último lugar, o salário e as condições de trabalho (Cunha, 2007).

Importa distinguir motivação de satisfação. No que concerne à satisfação face ao trabalho, a mesma resulta da avaliação que a pessoa faz do seu trabalho, ou das experiências proporcionadas pelo trabalho” (Locke, 1976). É ainda uma atitude de avaliação afetiva sobre o trabalho. Ao passo que “a motivação se refere ao desenvolvimento de comportamentos esforçados e persistentes no sentido do alcance de objetos/condições/resultados” (Cunha & al, 2007:179).

Os Cuidados de Saúde Primários, com esta nova forma de organização e gestão de trabalho levam a uma descentralização das tradicionais estruturas rígidas, piramidais e autoritárias, substituindo-as por outras matriciais, flexíveis e participativas onde cada um de acordo com a sua autonomia e competência fica mais próximo do utente, família e comunidade. Esta metodologia exige determinada dinâmica que de forma natural, permite comunicar, desenvolver a motivação, a coesão, a competência, a aceitação a ética, a participação e a obter resultados, o que permite a melhoria do desempenho de todos os seus membros.

De acordo com os atributos específicos da sua profissão, o enfermeiro pode projetar uma imagem positiva e distinta na equipa que integra e na própria comunidade, e ainda consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os outros profissionais, num clima de confiança, respeito mutuo, cooperação e apoio.

O trabalho em equipa exige a valorização do contributo específico de cada disciplina a nível da paridade ou seja do reconhecimento da diferença entre cada uma e apoia-se na equidade, isto é no reconhecimento da igualdade de cada disciplina. Saliencia-se que requer uma aprendizagem que deve ser feita tão precocemente quanto possível, isto é logo durante a formação dos profissionais que vão integrar essas mesmas equipas.

A configuração organizacional dos centros de saúde, deve basear-se num modelo cuja base seja o princípio do trabalho em equipa, sustentado na valorização da cooperação e do consenso, da autonomia e de um maior sentido de responsabilidade na realização das tarefas de intervenção comunitária. Propõe-se aos centros de saúde uma autonomia consubstanciada por princípios éticos, de maior responsabilização dos profissionais, na produção e oferta dos cuidados de saúde, onde o poder de decisão não seja uma mera reprodução das lógicas do poder político, mas sim baseado em critérios de qualidade dos atos ao serviço do utente.

Com base neste enquadramento e de acordo com a reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, o Diretor executivo do ACES 1 fez-lhe a proposta da constituição da UCC de Vila Viçosa, bem como a coordenação "O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista, com experiência efetiva na respetiva área profissional, de acordo com os procedimentos e critérios que constam do artigo 15.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, nomeadamente os do n.º 1, alínea b), e do n.º 2."

Para tal houve a necessidade de se basear em documentos legais, que permitissem a elaboração do Plano de ação, nomeadamente o documento de suporte à implementação da UCC e o despacho 10143/2009 que veio regulamentar a Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade.

Este processo teve início com a participação no processo de implementação à candidatura da UCC (Apêndice I – Formulário de Candidatura da UCC):

A candidatura obedeceu a 5 secções que passo a enunciar:

- Secção 1- Identificação da UCC;
- Secção 2- Identificação de todos os elementos da equipa e área geográfica correspondente;
- Secção 3- Carteira de Serviços da UCC;
- Secção 4 – Instalações;
- Secção 5 – Equipamentos e Sistemas de Informação.

Os programas e projetos da carteira básica que integram o plano de ação da UCC de Vila Viçosa, estarão em estreita articulação com a UCSP (Unidade de Cuidados Saúde

Personalizados (em fase de construção no decorrer do estágio embora a base de trabalho já fosse desenvolvida nesta base) e em consonância com as orientações técnicas definidas pelo Conselho Clínico do ACES do Alentejo Central 1.

Os programas de carteiras de serviço da UCC, a contratualizar com o ACES tem como objetivo contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade, intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, tais como acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade, promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado; participar nas atividades inerentes à rede social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos socioeconómicos;

Intervém em projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, cuidados de reabilitação física, apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; participa nos projetos de educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais, na coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais e na produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

Participa nos projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou implementa e desenvolve, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

Desta forma pretende dar continuidade e integrar os seguintes projetos de Intervenção Precoce, Equipa Coordenadora Local, Equipa Cuidados Continuados Integrado, Rendimento Social de Inserção, Rede Social e Saúde Escolar

Como se pode verificar, os enfermeiros que integram as UCC's intervêm em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais.

Tendo em conta os objetivos inicialmente propostos enumeram-se as intervenções realizadas:

Objetivo - Identificar pessoas, famílias e grupos vulneráveis.

Intervenções – Análise do Diagnóstico Social do concelho:

- Caracterização global da população;
- Levantamento população idoso através do SINUS;
- Caracterização das famílias do concelho;
- Identificação dos beneficiários do Rendimento Social de Inserção;
- Identificação das crianças e famílias apoiadas pela Equipa de intervenção Precoce.

Objetivo -Identificar indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados continuados integrados.

Intervenções - Avaliação dos índices funcionais da população residente no concelho de Vila Viçosa:

- Índice de dependência de Idosos;
- Índice de dependência de Jovens;
- Índice de dependência Total;
- Índice de vitalidade/ envelhecimento;

Elaboração de uma ficha de referenciação a todos os enfermeiros e médicos de família da área de abrangência da ECL da UCC- nomeadamente- Centro de Saúde de Vila Viçosa, Alandroal e Redondo- (Apêndice II)

Objetivo - Caracterizar as Instituições Sociais/ Educação do Concelho.

Intervenções - Recolha de informação em 100% das instituições sociais e respetivas valências por local de implementação.

Aplicação Instrumento para caracterização Instituições sociais (Apêndice III)

No concelho de Vila Viçosa há duas instituições sociais com várias valências sociais e possui também o Agrupamento de Escolas e Escola Secundária Hortênsia Púbia de Castro.

Objetivo - Reunir contributos dos parceiros da comunidade a incluir no plano de Ação

Intervenções - reunião com os parceiros, nomeadamente:

- Agrupamento de Escolas de Vila Viçosa;

- Bombeiros Voluntários de Vila Viçosa;
- Camara Municipal de Vila Viçosa;
- Secundaria Pública Hortênsia de Castro de Vila Viçosa;
- Guarda Nacional Republicana / Escola Segura;
- Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa.

Para se trabalhar numa comunidade tem que se fazer parte dela, conhece-la, caracterizá-la, conhecer os seus recursos e saber quais os contributos que os seus parceiros podem dispor.

Deste modo é fundamental que exista articulação entre os serviços de saúde, nomeadamente entre unidades funcionais e parceiros da comunidade para que a comunicação seja veiculada atempadamente com vista a uma intervenção precoce.

O Centro de Saúde de Vila Viçosa estabelece parcerias com outras instituições, importantes para a concretização dos projetos que dinamiza. Está acordado por todas as Instituições, sejam elas públicas, privadas ou de solidariedade social, uma parceria transversal, que funciona sempre que disso haja necessidade. Saliencia-se que esta articulação entre o Centro de Saúde e os parceiros sociais, funciona de forma informal não havendo protocolos estabelecidos, mas existindo capacidade de resposta efetiva sempre que existe a necessidade de intervenção de qualquer que seja o parceiro e a sua área de intervenção.

Objetivo - Definir projetos /programas de promoção de estilos de vida saudável e elaborar os respetivos indicadores de avaliação.

Intervenções – Reunião com Diretor Executivo para se definirem os projetos a integrar a UCC:

- Saúde Escolar;
 - Equipa de Coordenação Local (ECL);
 - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
 - Rendimento Social de Inserção;
 - Rede Social;
 - Intervenção Precoce.

Estes foram os programas a contratuar após reunião com o Diretor Executivo.

Foram definidos de acordo com as necessidades da população e dos recursos existentes.

Para melhor compreensão deste trabalho, apresenta-se cada programa/projeto, a população a quem se dirige e os seus principais objetivos

Saúde escolar

O “Plano Nacional de Saúde Escolar define orientações estratégicas para a obtenção de mais saúde para todos (...) assente numa abordagem programática, centrada em programas nacionais”, “ é o referencial de sistema de saúde para o processo de promoção e educação na escola.”. Pretende promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa na tentativa de melhorar o bem-estar físico, mental e social. A Escola deve constituir-se como um espaço seguro e facilitador de adoção de comportamentos saudáveis. Compete-lhe, além de transmitir saberes organizados em disciplinas, educar para valores, promover a saúde, a formação e participação cívica dos alunos, num processo contínuo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida.

No âmbito da saúde escolar existe a alguns dias comemorativos, onde a equipa da UCC participará mediante solicitação da comunidade escolar.

A intervenção da UCC dirige-se a toda a Comunidade educativa do ensino Público e Privado (alunos, educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, pais e encarregados de educação) ao nível do ensino pré-escolar, do 1º, 2º e 3º Ciclos do ensino básico, secundário e profissional do concelho de Vila Viçosa. Tem como objetivos:

- Assegurar os cuidados na área da saúde individual e coletiva de toda a comunidade escolar;
- Intervir ao nível da Inclusão escolar;
- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

Equipa de Coordenação Local

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi implementada com base legal no Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, tendo por objetivo a prestação de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo.

Na RNCCI existem vários níveis de coordenação, num desses níveis está a Equipa Coordenadora Local.

A população alvo é a população dos Concelhos de Vila Viçosa, Redondo e Alandroal.

Foi proposta da Equipa de Coordenação Regional, que a ECL de Vila Viçosa desse resposta a estes três concelhos por critérios de proximidade dos concelhos. Tem como objetivos:

- Desenvolver e assegurar todas as funções necessárias à execução da sua atividade, de acordo com as atribuições que legalmente lhe são cometidas e com as normativas, orientações ou outras diretivas aplicáveis no âmbito da RNCCI;

- Avaliar situações de saúde e sociais dos utentes;

- Verificar o cumprimento de fluxos de referência e os critérios de referenciação para admissão em unidades/equipas da RNCCI;

- Selecionar a unidade/equipa da RNCCI segundo critério de proximidade;

- Obter a indicação do montante diário a suportar pelo utente a título de apoio social, nos casos de unidades com componente social;

- Diligenciar a informação ao utente ou seu representante, de respetivo custo diário a suportar (previamente à transferência);

- Obter o prévio consentimento do utente, ou seu representante, expresso por escrito para a admissão;

- Apoiar as unidades sob influência da ECL, (que se encontram em fase de construção);

- Avaliação de propostas de tipologia em caso de prorrogação ou de transferência;

- Preencher as grelhas de acompanhamento trimestral das unidades sob influência da ECL.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma “equipa multidisciplinar de responsabilidade dos cuidados primários de saúde e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma.” (artigo 27º, Dec. Lei 101/2006 de 6 Junho). A ECCI pretende capacitar as pessoas idosas e/ou em situação de dependência e os seus cuidadores, trabalhando para que estes participem ativamente na promoção da sua própria saúde, autonomia e funcionalidade nos contextos de vida.

A ECCI de Vila Viçosa visa suprir estas lacunas, permitindo assim dar uma resposta aos utentes e famílias que possuam necessidades de saúde e social. No último trimestre foram referenciados para ECCI 19 utentes do concelho, tendo falecido 3 dos mesmos.

A população alvo são as pessoas com situação de risco ou perda de autonomia, portadoras de diversos tipos de dependência, que necessitem de intervenções de saúde e de apoio social, residentes no concelho de Vila Viçosa, que sejam referenciadas pela RNCCI. Familiares e cuidadores dos utentes.

A ECCI tem como objetivos:

-Realizar Visitação Domiciliária (VD) a utentes da ECCI de acordo com as necessidades identificadas;

-Elaborar o plano de cuidados integrados com periodicidade e adaptado às suas necessidades;

-Prestar cuidados domiciliários de natureza curativa, preventiva, reabilitadora e paliativa;

-Realizar cuidados de reabilitação física;

-Prestar apoio psicológico e social envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;

-Coordenar e articular casos com outros recursos de saúde e sociais;

-Realizar Sessões de Educação para a Saúde a utentes, família e cuidadores informais;

-Produzir e tratar informação nos suportes de registo preconizados no âmbito da RNCCI.

Rede Social

A Rede Social foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro. É um programa que promove o desenvolvimento social local e que pretende constituir redes de apoio social, envolvendo toda a comunidade de forma a resolver, eficaz e eficientemente, os problemas sociais de cada localidade. Pretende-se criar parcerias efetivas entre várias entidades, nomeadamente, autarquias, entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, de modo a criar novas formas de conjugação de esforços, garantindo uma maior eficácia das respostas sociais.

O Objetivo da Rede Social é promover um planeamento integrado e sistemático, mobilizando as competências e recursos das comunidades, garantindo uma maior eficácia no conjunto de respostas sociais no concelho.

Rede Social materializa-se com a criação do Conselho Local de Ação Social (CLAS) e do Núcleo Executivo. O CLAS é constituído por um grupo de representantes de entidades públicas e privadas, que têm como objetivo promover o desenvolvimento social local, analisando e discutindo todo o trabalho realizado nesta matéria.

O Centro de Saúde de Vila Viçosa tem estado representado no Conselho Local de Ação Social e também nestes últimos anos no Núcleo Executivo. A população alvo é a população do concelho de Vila Viçosa com problemas de ordem social.

Os objetivos da rede social são:

- Participar nas reuniões com o objetivo de identificar problemas sociais e de saúde da população do concelho de Vila Viçosa;
- Responder às necessidades de saúde identificadas;
- Elaborar diagnóstico e planeamento.

Rendimento Social de Inserção

O Rendimento Social de Inserção (RSI), define-se como uma medida política que visa garantir às famílias mais pobres um rendimento que lhes permita aceder, por um lado, a um nível mínimo de subsistência e de dignidade, e por outro, a condições e oportunidades básicas para o início de um percurso de inserção social, estando previstas ações no âmbito do emprego, da formação profissional, da educação, da saúde, da ação social e da habitação.

O RSI, atua no sentido de promover a inclusão dos mais carenciados, os mais vulneráveis, os mais fragilizados e aqueles em relação aos quais a pobreza afeta de forma mais severa.

As equipas de RSI resultam de uma parceria multisectorial entre segurança social, saúde, educação, justiça, entre outros. Visa criar em conjunto com cada agregado um plano de reinserção global da família, que inclui naturalmente diversos aspetos na área da saúde individual e da família. O contributo da saúde garantido pela participação de enfermeiros do Centro de Saúde revela-se um forte contributo na estabilização da saúde destes agregados. A população do concelho de Vila Viçosa com problemas de ordem social é a população alvo deste programa.

Os objetivos do rendimento Social de Inserção são:

- Promover a vigilância de Saúde dos beneficiários;
- Promover o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação dos beneficiários;
- Proceder à assinatura dos acordos de inserção que incluam a saúde, colaborando na sua implementação.

Reportando-nos ao ano de 2010 foram celebrados 74 acordos de Inserção e no total de beneficiários com Acordo de Inserção, possuímos 217 processos.

Intervenção Precoce

O Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro de 1999 e que desde Outubro de 2009 se rege pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, prevê que a Intervenção Precoce (IP), seja constituída por uma equipa multidisciplinar.

Com base no mesmo despacho os Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho, preveem o envolvimento da família em todo o processo de intervenção, o estabelecimento de relações de confiança entre os profissionais e as famílias, o trabalho em equipa e a rentabilização de recursos são vértices fundamentais de todo o processo.

Desta forma, consideramos que intervir precocemente nas crianças com necessidades educativas especiais (NEE), implica ir ao encontro das famílias, avaliar as suas limitações, carências, bem como das suas diferenças, mostrando que são compreendidas por nós e que juntos pretendemos encontrar meios e soluções, ou pelo menos minimizar os efeitos nefastos no desenvolvimento das crianças.

A Equipa de Intervenção Precoce em Vila Viçosa foi criada em Setembro de 2004.

A população alvo são Crianças entre os 0 – 6 anos de idade e respetivas famílias da área de abrangência da UCC. A equipa acompanhou em 2010, 75 crianças, e 60 famílias. Salientamos que o acordo é para 35 crianças. Os objetivos da Intervenção Precoce são:

- Identificar crianças / família com critérios de acompanhamento em IP;
- Capacitar as famílias de forma a torná-las mais competentes e independentes do apoio às necessidades especiais dos seus filhos;
- Desenvolver programas adequados às necessidades específicas de cada criança, com vista à promoção do seu desenvolvimento.

4.2. METODOLOGIAS

Inserido no Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, procedeu-se, inicialmente, à realização de um Projeto de Estágio, numa área necessitada de intervenção, para a qual foram planeadas e desenvolvidas atividades que são parte integrante da elaboração deste Relatório.

O Planeamento em Saúde tem como finalidade um estado de saúde através da promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações. Em Saúde, Planear é " (...) um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s)

entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro". (Tavares, 1990;223).

É também um processo dinâmico, uma vez que as suas várias etapas não podem ser tidas como definitivamente concluídas porque na etapa seguinte, poderá surgir a necessidade de voltar à etapa anterior, a realização de nova recolha de dados, implicando o refazer de todo o processo.

Para Planear em Saúde é fundamental conhecer a população e os recursos existentes (humanos, materiais e outros), de forma a permitir a identificação dos problemas e posterior seleção de prioridades que direcionem a ação.

Ao conhecer melhor a população em causa pretende-se agir para obter mudanças nessa mesma população.

O Processo de Planeamento da Saúde, segundo o modelo teórico de Tavares (1990), desenvolve-se em 6 etapas:

- Diagnóstico da Situação;
- Determinação de Prioridades;
- Fixação de Objetivos;
- Seleção de estratégias;
- Preparação operacional Programação;
- Avaliação.

Para a elaboração do trabalho é necessário refletir acerca da metodologia utilizada, com vista a integrar a problemática que se pretende estudar no plano de trabalho, de forma a estabelecer as atividades para a realização do mesmo.

O primeiro passo neste processo é o Diagnóstico de Saúde, essencial para o trabalho na comunidade, enquanto estratégia de ganhos em saúde, decisivo para começar a atuar. Esta etapa enquanto instrumento de identificação dos principais problemas/necessidades de saúde (Imperatorí & Giraldes,1993), da comunidade constituísse como fundamental no processo de Planeamento em Saúde.

A população inserida neste trabalho inclui todas a comunidade de Vila Viçosa e que está inscrita no Centro de Saúde.

Segundo (Quivy, 1998:159): "(...) as informações úteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto."

Não foi elaborado um instrumento de colheita de dados, mas foram feitos levantamentos de dados, com base em documentos existentes. Feita análise do documento

diagnóstico social do concelho de Vila Viçosa, avaliação dos índices funcionais da população residente, foram realizadas reuniões com os parceiros sociais de forma adquirir contributos para a realização do diagnóstico.

A Definição de Prioridades deve atender à hierarquização dos problemas de saúde com identificação dos fatores determinantes, os condicionantes (tais como o tempo e os recursos) e as consequências possíveis dos problemas de saúde na comunidade.

Deve-se recorrer ao uso de Critérios para a seleção dos problemas identificados. Salienta, no entanto que a subjetividade na planificação depende da pessoa que a determina (Tavares, 1990).

Baseado na análise e reflexão do diagnóstico social do concelho e também de acordo com o documento de suporte à implementação das UCC's, avaliação dos índices funcionais, caracterização da população alvo, levantamento dos beneficiários do rendimento social de inserção, levantamento das crianças / famílias a serem acompanhadas pela equipa de intervenção precoce, a prioridade recai sobre os idosos e pessoas com dependência como prioridade das intervenções. Esta prioridade também está definida no despacho 10143/2009.

A etapa de Fixação de Objetivos permite proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. Considera-se que a formulação de um objetivo deve ser: pertinente, preciso, realizável e mensurável (Tavares, 1990).

Segue-se a etapa de Seleção de Estratégias, fundamental na escolha de um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objetivo, estudar estratégias alternativas e estimar os seus custos face aos recursos existentes.

Trata-se na sua essência, de um processo de tomada de decisão. A seleção das estratégias depende dos objetivos definidos anteriormente e também dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho que pretende desenvolver uma atividade.

As estratégias foram definidas de acordo com as necessidades sentidas. As principais estratégias recaem sobre as reuniões com os parceiros da comunidade onde é possível recolher contributos, expectativas e necessidades relativamente à implementação da UCC. Houve também a necessidade de envolver a equipa multidisciplinar que iria integrar a UCC bem como motivá-la.

A Preparação Operacional – Programação é uma etapa extremamente importante para o sucesso de um projeto. Consiste essencialmente num estudo detalhado das atividades necessárias à execução parcial ou total de uma estratégia predefinida que visa atingir um ou mais objetivos. Nesta fase definem-se os calendários de execução e cronogramas do plano

de ação que contém a descrição das atividades, sua calendarização, recursos humanos e materiais, o local, os objetivos e a avaliação. (Apêndice IV)

Para além de dar resposta aos *timings* do estágio existia a pressão temporal para que a UCC entrasse em funcionamento, pelo que foi urgente a reunião com os parceiros, a definição de prioridades e elaborar o plano de ação para que esse fosse terminado no prazo previsto pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP.

A fase da Avaliação, considerada a última etapa do planeamento em saúde, pode relançar um novo ciclo, e se a avaliação for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico, no decorrer do planeamento. Tem como finalidade melhorar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar atividades já realizadas e identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir” (Imperator, 1993:127).

Nesta última e tão importante fase do planeamento em saúde, exista a lacuna da falta de documentos formais, que tenham oficializado as reuniões com os parceiros da comunidade.

4.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

A Estratégia é definida como os recursos que serão alocados para se atingir determinado objetivo.

A Seleção das Estratégias depende dos objetivos previamente definidos assim como dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho. Permite ainda estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários.

Na elaboração deste trabalho foram delineadas as seguintes estratégias: a motivação e envolvimento dos técnicos que participaram na elaboração do Plano de Ação; a cooperação entre os profissionais depende das suas características individuais, dos seus conhecimentos, dos seus antecedentes profissionais e da sua orientação para o trabalho.

Após o início deste processo verificou-se uma modificação gradual no comportamento dos profissionais. Deu-se um progressivo ajustamento mútuo ao trabalho em equipa. Considera-se que a equipa cresceu no sentido das pessoas se conhecerem melhor e estarem a aprender a confiar umas nas outras. Essa confiança mútua levou ao

desaparecimento gradual da relutância em envolver os outros na tomada de decisões. Introduz-se o conceito de equipa multidisciplinar, estimulando uma reflexão coletiva sobre o trabalho. Principalmente os profissionais com outras formações sentem maior sentido de responsabilidade, ao discutirem os problemas dos doentes abertamente, sabendo que a sua opinião pode ser uma escolha de intervenção. Uma maior cooperação entre profissionais permite uma melhor resolução dos problemas complexos dos utentes.

Contudo, os profissionais aperceberam-se que o trabalho em equipa pode retirar alguma autonomia clínica, pela otimização de todos os recursos humanos existentes.

Conclui-se como competências relevantes para a cooperação a forte componente de identificação social, o papel desempenhado pela pessoa na organização, o sentimento de pertença, associado às características individuais. Como características individuais salienta a necessidade de ajudar os outros. Respeitar o ritmo dos outros. Estar atenta ao que se passa à sua volta. Dar do seu tempo à organização, quando necessário.

Outra estratégia foi o envolvimento dos parceiros da comunidade de forma a darem o seu contributo. É de extrema importância motivar as entidades a participarem num projeto de intervenção comunitária, incentivando a estratégia de trabalho em parceria e articulando as necessidades/dificuldades dos parceiros, procurando respostas que beneficiem a otimização dos recursos.

Com o intuito da concretização deste Projeto estabeleceram-se contactos com agentes da comunidade com vista à sua implementação como uma realidade.

O envolvimento foi visível, não só pelo grau de participação dos parceiros, mas também pelo interesse manifestado em participarem na implementação deste projeto.

4.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A realização de qualquer Projeto implica a utilização de Recursos Humanos e Materiais. Os recursos Materiais envolvidos foram: computador e impressora com instalação dos sistemas SINUS e SAPE; viatura, Resma de papel, caneta, lápis, borracha.

Os recursos humanos envolvidos neste projeto foram três enfermeiras, uma médica, uma fisioterapeuta, uma terapeuta da fala, uma assistente social, um psicólogo, uma assistente técnica e uma assistente operacional.

4.5 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo onde são definidas e detalhadas minuciosamente as atividades a serem executadas durante um estimado período. Com vista a uma melhor compreensão e desenvolvimento das atividades planeadas, foi elaborado um Cronograma (Apêndice IV).

As intervenções inicialmente delineadas foram realizadas em cumprimento com o cronograma previamente estabelecido.

5. AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

"A avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, ao nível da adequação". (Tavares, 1990:205)

A avaliação constitui a fase final do processo de planeamento devendo ser precisa e pertinente. Consiste em comparar o que se realizou com um modelo pré-definido tendo como finalidade corrigir. É de referir que "os progressos alcançados com as atividades, serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos e metas marcadas" (Imperator, 1993:127)

Na avaliação os elementos mais utilizados são os indicadores que vão traduzir-se no resultado prático da implementação do projeto, permitindo avaliar as fases do mesmo, suscetíveis de sofrer estratégias diferentes, de acordo com o resultado pretendido.

Na Avaliação do objetivo "**Identificar pessoas, famílias e grupos vulneráveis**" e na avaliação do objetivo "**Identificar indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados continuados integrados**" não foi criado nenhum indicador de avaliação, mas foram feitos levantamentos de dados, com base em documentos existentes e entidades oficiais. Feita análise do documento diagnóstico social do concelho de Vila Viçosa, feito levantamento da população residente no concelho de Vila Viçosa, freguesias, área geográfica e densidade populacional, Numero de Famílias Clássicas e Institucionais no concelho, Fonte Instituto Nacional de Estatística (INE), Estimativas Anuais da População Residente, 2009.

Pirâmide etária de Vila Viçosa 2010 baseada em dados de Anuário estatístico da região do Alentejo- 2008, ano de edição 2009.

Utentes inscritos no centro de saúde de Vila Viçosa, por grupo etário e sexo e Pirâmide etária da população inscrita no centro de saúde de Vila Viçosa, Fevereiro de 2011- fonte Centro de saúde de Vila Viçosa Base dada SINUS- Fevereiro 2011.

Índices funcionais da População residente no concelho:

Índice de dependência de idosos, índice de dependência de jovens Índice de dependência total Índice de vitalidade / Envelhecimento - fonte instituto Nacional de Estatística, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008 e Índice de dependência de jovens, fonte (INE), Censos 2001.

Estes documentos, permitiram fazer um levantamento da população alvo, identificando pessoas, família e grupos vulneráveis.

Foi elaborada e distribuída uma ficha de sinalização a todos os enfermeiros, médicos de família da área de abrangência da área de abrangência da ECL da UCC, nomeadamente Centro de saúde de Vila Viçosa, Alandroal e Redondo

Caracterizar as Instituições Sociais/ Educação do Concelho

Foi criado um instrumento para caracterizar as instituições sociais/educação do concelho e entregue aos responsáveis das instituições. (

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Nº de instrumentos recolhidos devidamente preenchidos}}{\text{Nº total de instrumentos entregues às instituições}} \times 100$$

O objetivo foi atingido a 100%, quer a Santa Casa da Misericórdia, a Cáritas, o Agrupamento de Escolas e a escola Secundária, nos devolveram os instrumentos preenchidos, o que nos permitiu a caracterização destas instituições.

Reunir contributos dos parceiros sociais a incluir no plano de Ação

Foi programada uma reunião individual com cada parceiro recolhendo informação enquanto informador chave ou seja enquanto perito na sua área com contributos válidos para o Plano de ação da UCC. Era nossa meta reunir no mínimo com 80% dos parceiros sociais.

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de reuniões realizadas}}{\text{Número de reuniões programadas}} \times 100$$

-Este objetivo foi cumprido a 100%.

-Das 6 reuniões programadas 6 foram realizadas.

(Agrupamento de Escolas de Vila Viçosa, Bombeiros Voluntários de Vila Viçosa, Camara Municipal de Vila Viçosa, Escola Secundaria Pública Hortênsia de Castro de Vila

Viçosa, Guarda Nacional Republicana / Escola Segura, Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa).

Como referi anteriormente, reforço que esta articulação entre o Centro de Saúde e os parceiros sociais, funciona de forma informal não havendo atas das reuniões e não havendo protocolos estabelecidos, mas existindo capacidade de resposta efetiva sempre que existe a necessidade de intervenção de qual quer que seja o parceiro e a sua área de intervenção. Sendo esta uma das lacunas aqui apresentadas, num futuro próximo serão apresentadas as atas de todas as reuniões realizadas.

Definir projeto/programas e elaborar os respetivos indicadores de avaliação

Os projetos foram definidos anteriormente e os indicadores foram definidos por cada projeto para o espaço temporal de 3 anos:

Indicadores do Programa de Saúde Escolar

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º alunos com NSE encaminhados/ N.º de alunos com NSE detetados * 100	20%	40%	60%
N.º alunos com NSE em tratamento ou tratados / N.º de alunos com NSE encaminhados* 100	20%	40%	60%
Nº de reuniões realizadas/ Nº de reuniões agendadas*100	70%	80%	90%
Número de crianças e jovens, por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE / número total de crianças e jovens * 100	100%	100%	100%

Quadro 9- Indicadores do Programa de Saúde Escolar.

Indicadores da Equipa de Coordenação Local

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º de utentes avaliados nas 72 h após referência/n.º de utentes referenciados para a ECL*100	95%	100%	100%
N.º de avaliações das grelhas de acompanhamento à unidade de Convalescença da Cruz Vermelha e à Unidade de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa / n.º de grelhas de acompanhamento programadas por ano às 2 unidades *100	90%	95%	100%
N.º de avaliações de prorrogações ou transferências num prazo de 15 dias/n.º total de prorrogações ou transferências solicitadas* 100	20%	40%	60%
N.º de reuniões da ECL realizadas/ n.º de reuniões da ECL programadas *100	50%	75%	95%

Quadro 10- Indicadores da Equipa de Coordenação Local.

Indicadores da Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º de Utentes internados em ECCI com visita domiciliária realizada nas 24 h após a admissão/N.º de total de admitidos na ECCI * 100	70%	80%	90%
N.º de utentes em ECCI com visitas domiciliárias realizadas em equipa multidisciplinar nas 48h após admissão / n.º total de utentes em ECCI * 100 (se existência de equipa)	10%	30%	60%
N.º de utentes admitidos em ECCI com Plano Individual de Intervenção de Cuidados Integrados / n.º total de utentes em ECCI * 100	50%	80%	100%
N.º de utentes internados em ECCI/N.º de lugares em acordo *100	75%	90%	100%
N.º de utentes avaliados regularmente com escala da Dor/ n.º total de utentes em ECCI *100	75%	90%	100%
N.º de utentes internados em ECCI que contraíram úlcera de pressão durante o internamento/ n.º total de utentes admitidos na ECCI *100	25%	20%	10%
N.º de utentes com ganhos de autonomia das atividades de vida diária (índice de Katz)/ n.º total de utentes admitidos em ECCI *100	20%	25%	30%

Quadro 11- Indicadores da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Indicadores da Rede Social

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
Nº de reuniões participadas/ nº de reuniões convocadas *100	60%	80%	90%

Quadro 12- Indicadores da Rede Social.

Indicadores do Rendimento Social de Inserção

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
Nº de reuniões participadas/Nº de convocatórias para reunião * 100	50%	70%	90%
Nº de beneficiários que cumpriram o acordo /Nº total de beneficiários com acordo assinado na área da saúde*100	100%	100%	100%
Nº de beneficiários encaminhados para UCSP/ Nº de beneficiários com acordo assinado com a saúde*100	30%	40%	50%

Quadro 13- Indicadores do Rendimento Social de Inserção.

Indicadores da Projeto de Intervenção Precoce

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º de Visitas domiciliárias (VD) realizadas pelo enfermeiro/n.º de VD solicitadas pela IP * 100	20%	40%	60%
N.º de reuniões participadas por um elemento da UCC/ n.º de convocatórias para reunião * 100	40%	60%	80%

Quadro 14- Indicadores da Projeto de Intervenção Precoce.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

De acordo com o regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros "Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais."... "((...)a resolução dos vários problemas depende fundamentalmente do empenho e competência dos profissionais de saúde e da qualidade dos seus cuidados", o que exige do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária " (...) a otimização das suas competências" no planeamento em saúde quando realiza "(...) o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção" culminando na avaliação da "(...) qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes".

Para a concretização deste projeto foram mobilizadas e adquiridas várias competências: -Estabeleceu, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

No contexto comunitário, é fundamental conhecer a população e os recursos existentes (humanos, materiais e outros), de forma a permitir a identificação dos problemas, e posterior seleção de prioridades que direcionem a ação.

Após identificação das necessidades da população alvo, definiu objetivos mensuráveis, estabeleceu estratégias exequíveis, coerentes e articuladas, face às prioridades das necessidades estabelecidas. Concebeu e planeou intervenções otimizando os recursos existentes/necessários à sua realização.

Com vista a garantir uma maior eficácia das intervenções promoveu diversas parcerias com outras instituições,

O Planeamento de Saúde é essencial e procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação é visto enquanto estratégia de ganhos em saúde.

-Contribuiu para o processo de capacitação de grupos e comunidades

A atuação do enfermeiro envolve, entre outras, dimensões da educação, orientação e aconselhamento de grupos e comunidades com vista à sua maior autonomia, através da criação de oportunidades, reforçando convicções e competências, num processo de crescimento e desenvolvimento.

Como Enfermeira de Saúde Comunitária é responsável pela elaboração do Plano de Ação da UCC no papel de sua coordenadora planou, concebeu, e dinamizou programas de educação para a saúde, promovendo o processo de capacitação ativa a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis

-Competência do domínio da melhoria da qualidade gestão da mudança

A elaboração do plano de ação teve como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados a oferecer à comunidade de Vila Viçosa. No seu planeamento identificou a oportunidade de melhoria, estabeleceu prioridades e selecionou estratégias com vista à boa prática de cuidados de enfermagem.

Sendo a criação de uma UCC um processo inovador, que exige mudança, é com naturalidade que surgem as resistências à mudança. Estas podem ser racionais porque o indivíduo tem uma ideia diferente; podem ser não racionais, ou seja, não são necessariamente conscientes; políticas, pondo em ação determinado favoritismo ou mesmo em proveito próprio; e de gestão, como é o caso da influência de uma má gestão. Pode-se analisar as resistências de duas formas distintas, as da própria organização e as das pessoas que integram o grupo organizacional. A resistência à mudança ocorre sempre que há alterações do funcionamento rotineiro de cada uma das funções que compõe uma organização, como foi o caso da reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários.

Um dos fatores que mais influi na resistência é a segurança que se tem no agente da mudança, este tem que demonstrar solidez e forte capacidade de organização e comunicação. Um líder bem posicionado nestes aspetos permite o ultrapassar de muitas das resistências, pode-se identificar outras resistências na organização, como é o caso da pressão para atingir melhores resultados, o tempo, as competências inadequadas ao resultado da mudança, falta de visão e de consciência para a mudança, uma mudança demasiada ambiciosa, para não falar dos obstáculos não identificados que podem surgir ao

longo do processo. Desta forma o papel do Coordenador da UCC reveste-se de muita importância na gestão da mudança.

O grau de maturidade que compõe os grupos na organização e nível de inovação da mudança são também eles influenciadores das resistências.

Outros fatores que podem potenciar ou minimizar as resistências, estão relacionados com uma gestão participativa, pela motivação e pelo domínio dos assuntos. Uma análise ao clima da organização e à cultura organizacional permitem identificar a forma em como os profissionais que integram a equipa enfrentam a mudança, o grau de resistência, bem como a capacidade de as superar e de resolver os problemas face à mudança. O trabalho em equipa constitui-se facilitador para minimizar as resistências.

É verificável a resistência nas pessoas, pelo medo do desconhecido, o que provoca uma certa relutância em avançar. A comunicação, sempre que possível deve ser individual, de forma a adequar a informação às características individuais de cada um. As pessoas naturalmente têm medo de falhar, julgam não ter competências suficientes para os novos desafios da mudança, envolver as pessoas certas na devida altura é uma forma de ultrapassar estas resistências.

Para prepara as pessoas para a mudança é necessário melhorar as competências dos profissionais, apostando-se na formação. A formação por si só não muda as pessoas. (Caetano & Vala, 2007) defendem o enriquecimento da formação com processos fundamentais de socialização organizacional. A riqueza formativa vem associada a processos de *coaching* quotidiano, à comunicação veiculada pelas hierarquias, seja pelos registos formais seja pelos códigos comportamentais que vão debitando mensagens constantes que produzem impacto positivo, (Caetano & Vala, 2007).

Em todo o processo de mudança aparece o líder como construtor de ambientes organizacionais. É um desafio para o enfermeiro com funções de coordenação de uma equipa multiprofissional o desempenho do papel de líder.

Cunha & al apresentam os atributos organizacionais associados aos papéis de gestão versus liderança. Normalmente, cabe ao mesmo indivíduo desempenhar os dois papéis. A liderança é necessária para instilar visão, emocional idade, proatividade, inspiração, criatividade e originalidade. Por sua vez a gestão é necessária para incutir racionalidade, cálculo, contenção, eficiência, procedimentos, imitação, conservação e rotina. "Em vez de um gestor da realidade, o líder será, portanto, um arquiteto dessa realidade socialmente construída" (Cunha, 2007:844).

É fundamental um processo de comunicação bem estruturado, centralizado e se possível específico para cada caso ou indivíduo. O líder tem um papel fundamental não só

na comunicação, mas também na segurança e na motivação que transmite aos seus colaboradores. A existência de resistências faz parte do processo. Exige-se enfrentá-las e ter capacidade para as resolver.

Ao coordenador da UCC, cabe o papel de líder para incentivar a cooperação e o trabalho em equipa. A cooperação é descrita como um compromisso de colaboração na integração dos outros elementos, o que gera uma dependência cruzada, não implicando competição. Retrata o estabelecimento de uma ponte social, que neste caso é o sucesso da integração dos outros, e da mudança na organização.

A cooperação aparece em termos individuais, quando a pessoa sente que tem uma diferenciação e especificidade individual que lhe atribuem o poder de agir e tomar decisões. Aparece em grupo quando há um alinhar da sua ação com a dos restantes.

Salienta a necessidade da aprendizagem no desenvolvimento de competências. Entre outras competências, a cooperação aprende-se, treina-se e desenvolve-se.

Como condição fundamental para o desenvolvimento da competência da cooperação, urge o reforço do papel do líder, como garantia de oportunidades.

Ao líder cabe promover oportunidades de participação efetiva de cada um na definição das estratégias conjuntas, que constituem a validação. Refere-se a importância do acompanhamento e avaliação na valorização e reconhecimento do trabalho de cada um. Salienta-se a importância da delegação de competência no desenvolvimento do compromisso, da responsabilidade e do sentimento de pertença.

Como desenvolver estas competências na liderança?

A resposta a estas e outras questões ajudará os líderes a serem melhores líderes e a trabalharem com equipas mais cooperantes.

- Competência do domínio da gestão dos cuidados.

Com vista à satisfação das necessidades de cuidados à população alvo otimizou o trabalho com a equipa de enfermagem, adequando os recursos humanos necessários à implementação da Unidade de Cuidados na Comunidade. Desenvolveu capacidade de liderança ao gerir os recursos humanos e materiais adequados. Para tal houve necessidade de motivar a equipa multiprofissional bem como todos os parceiros intervenientes neste processo com vista à promoção da qualidade de cuidados.

A avaliação da gestão dos cuidados, vai decorrer no futuro, fruto da implementação do Plano de Ação. Os resultados a alcançar indicarão em que medida as ações planeadas dão resposta as necessidades identificadas na população alvo.

7.CONCLUSÃO

A coordenação para a criação de uma UCC, envolve a gestão de recursos humanos e materiais e a gestão de projetos / programas em função nas necessidades identificadas na população alvo face a uma carteira de serviços.

Compete ao enfermeiro especialista a coordenação das UCC's, o que exige a mobilização de competências comuns ao enfermeiro especialista e específicas ao enfermeiro especialista em saúde comunitária.

Neste enquadramento a gestão dos recursos humanos surge de forma a potenciar o desenvolvimento dos profissionais da equipa multiprofissional.

Numa UCC a gestão de Recursos Humanos evolui para um modelo que envolva seus profissionais nos objetivos da Unidade. Para se alcançarem estes objetivos torna-se necessário uma aposta na autonomia, responsabilidade e capacidade das equipas de saúde para gerirem os estados de saúde das comunidades e na participação ativa do cidadão, das famílias e dos grupos da comunidade na gestão do seu próprio estado de saúde.

Aqui entra o conceito de governação clínica, modelo de gestão adaptado aos cuidados de saúde primários conforme as orientações da reforma em curso.

Os fatores que parecem conduzir a maior satisfação dos profissionais estão ligados à responsabilidade que cada um tem na equipa profissional e das expectativas relativamente ao desempenho. Por sua vez, a insatisfação vem ligada ao reconhecimento (ou falta do mesmo), e organização do trabalho, com particular ênfase nos processos-chave.

Num processo de melhoria, urge pensar ao nível da atuação da liderança, trabalho em equipa, organização do trabalho e sistemas de reconhecimento.

Coopera mais a pessoa que se encontra esclarecida e informada, motivada e integrada. Ressalta a importância do papel do líder para incrementar competências de cooperação nas equipas.

Ressalta a importância do papel do líder para incrementar competências de cooperação nas equipas. O enfermeiro que coordena uma UCC, tem a responsabilidade de coordenação,

gerir a unidade e também de contribuir para o planeamento em saúde e para a formulação de políticas de saúde, assumindo assim responsabilidades individuais e colectivas na prestação de um serviço de qualidade. Esta realidade implica uma contínua reflexão crítica e o aperfeiçoamento das práticas de enfermagem por parte dos profissionais, bem como a operacionalização de competências no âmbito do planeamento em saúde.

Neste contexto todo o trabalho deve ser desenvolvido de forma de promover e assegurar a qualidade e a diversidade de cuidados de enfermagem a que os cidadãos legitimamente aspiram.

Este trabalho deverá ser desenvolvido com as competências conceptuais e técnicas que lhe permitem efetuar planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde. Deste trabalho prático e reflexivo penso que se conseguiu atingir o objetivo que era a elaboração do "Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa" (AnexoV)

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado da Saúde - Gabinete Técnico do PNS 2011-2016. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Estratégias para a Saúde: III.3) Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde. s.l.: Alto Comissariado da Saúde.
- Alves, F. (2006) Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. Brasil. Disponível em Cuidados Domiciliários, Uma modalidade de intervenção. Artigo cedido pela Revista Nursing, nº 216.
- Bennett, P. & Murphy, S. (2007) Psicologia e Promoção da Saúde. Climepsi
- Caetano, A & Vala, J. Gestão de Recursos Humanos, Contextos Processos e Técnicas. (3ª edição).Lisboa: Editora RH
- Câmara Municipal de Vila Viçosa. (2003). Diagnóstico Social.
- Colliére, M. (1999). Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Coimbra: Lidel ed. Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cunha, M, Rego A., Cunha, R, Cardoso, C. (2007). Manual de comportamento organizacional e gestão. Lisboa: Editora RH.
- Decretos - Lei 247/2009- D.R. I Série nº 184 (09-09-22)
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 21 de Outubro de 2009
- Decreto – Lei nº28/2008 D.R.I Série-nº38-22 de Fevereiro de 2008.
- Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro de 1999
- Despacho n.º 10143/2009 - Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, de 16 de Abril de 2009

- Dias, M, et al., (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, (XXII): 463-473
- Direção Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional de Saúde Escolar. Plano Nacional de Saúde 2004-2010.
- Direção Geral de Saúde.(02/07/2004). Circular Normativa Nº 13/DGCG: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS.
- Fernandes, M, et a, (2004). Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de doentes com AVC. *Revista Sinais Vitais*, nº 43. Julho. p. 31-35;
- Fortin, M (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X. 388.
- Herzberg, F. (1959). *Novamente: Como se faz motivar funcionários*. *Psicodinâmica da Vida Organizacional: Motivação e Liderança*, 2ed. São Paulo: Atlas.
- Imperatori, E & Giraldes, M (1993). *Metodologias do Planeamento da Saúde*. 3ª ed. Obras avulsas. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2001). *Censos 2001. Recenseamento Geral da População. Resultados Definitivos*. Lisboa: INE, 2001;
- Instituto Nacional de Estatística (2008) – *População residente em Portugal (nº) por sexo e grupo etário*.
- Instituto Nacional de Estatística, Censos, 1982; 1993; 2002; INE, *Fichas Concelhias da Região do Alentejo*, 1999, *Anuário estatístico*, 2003, 2004.
- Instituto Nacional de Estatística, Censos, 1982; 1993; 2002; INE, *Fichas Concelhias da Região do Alentejo*, 1999, *Anuário estatístico*, 2003, 2004.
- Janeiro de 2006 (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro – DR nº 196, I Série), 48 p
- Jesus,S.; Andrade,C.;Mendes, F – *Alta Clínica e continuidade de cuidados no domicílio*.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In: M. D. Dunnette (ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally. 1297-1349.

- Martins & Amaro.; et al.(2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem?. PENSAR ENFERMAGEM. Vol. 12, nº 12, 2º semestre.
- Ministério da Saúde - Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. (Março de 2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2004), Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Lisboa.
- Ministério da Saúde (2008). Decreto de Lei nº28/2008, Diário da República, 1.ª série , N.º 38, 22 de Fevereiro de 2008
- Ministério da Saúde, do trabalho e da solidariedade Social. (1998). Despacho Conjunto nº407/98, Diário da Republica II série, 15 de Maio de 1998.
- Ministério da Saúde, do trabalho e da solidariedade Social. (1998). Diário da Republica nº 254, I série, de 3 de Novembro de 1998, (p.5694-5696) Lisboa.
- Ministério da Saúde, MCSP. (Março 2009). Documento de suporte à implementação da UCC. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Ministério da Saúde, MCSP. (Março 2010). Indicadores de Desempenho da Unidade Cuidados na Comunidade. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários: Linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa.
- Moniz, J. M. N.(2003). A Enfermagem e a Pessoa Idosa. Loures, Lusociência.
- Monteiro, Maria João Pinto (2009). Enfermagem de Família: A construção de competências. In: Da investigação à prática de Enfermagem de Família. Edição: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Maio de 2009. ISBN: 978-989- 96103-2-3. p. 13 – 19.
- Nicolau, I. (2001). O Conceito de Estratégia. ISCTE, Setembro de 2001 (citado em 5/02/2011)
- OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6 – 12 de Setembro de 1978.

Ordem dos Enfermeiros. ESTATUTO. Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Lisboa. 2009. 83 p.

Ordem dos Enfermeiros. O Planeamento em Saúde no âmago do desenvolvimento Comunitário. [citado em 01-02-2011]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Lisboa: Setembro de 2002. Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda. 16 p.

Ordem dos Enfermeiros 1998. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/legislaçãoEnfermagem/REPE>. Consultado em 2 Abril de 2011.

Ordem dos Enfermeiros .Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Ordem dos Enfermeiros .Regulamento n.º 128/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. s/l: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). Tomadas de Posição da Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 26 de Julho de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

- Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: Uma exigência da humanidade. In – “Hesbeen, Walter – Cuidar neste mundo”. Loures: Lusociência.
- Portugal. (2002) Ministério da Saúde - Portal da Saúde. “História do Serviço Nacional de Saúde” Lei de Bases da Saúde - Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.
- Portugal. Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns-2011-2016/>
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 437/91 - Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Diário da Republica I Serie, 257 (91/11/08) 5723-5741.
- Quivy, R, & Campenhoudt, Luc Van. (1998).Manual de Investigação em Ciências Sociais. Radiva : Publicações Lda. Lisboa, 1998. 188 p. ISBN 972-662-275-1;
- Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro.
- Revista Sinais Vitais, nº 59. Março 2005. p. 25-28;
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos: com Dependência Física e Mental. Lidel, Edições Técnicas Lda, Lisboa-Porto, Outubro 2010. 360 p. ISBN 978-972-757-717-0;
- Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Estatuto Profissional: Uma Realidade. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (REPE). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Setembro 1996. 16 p.
- Sorensen & Luckmann (1998). Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta. 1998. ISBN 972-96610-6-5;
- SOUSA, L. ; et al. (2004) – Envelhecer em família. Porto. Âmbar.
- Stanhope & Lencaster. (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. 4ª ed. Lisboa. 1999. ISBN 972-8383-05-3.
- Tavares, A (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde. Caderno de Formação 2,. 223 p.;
- Valadas, B. (2005). Reflexão sobre a prática do Cuidar em Enfermagem. Sinais Vitais, nº 59 / Março.

Veiga, J. (2006). *Ética em Enfermagem – Análise, Problemática e (Re) construção*.
Lisboa, CLIMAPSI Editores.

Net grafia:

Vaz, R. TEORIA DE MASLOW: HIERARQUIA DAS NECESSIDADES. Disponível em
“<http://www.rota83.com/teoria-de-maslow-hierarquia-dasnecessidades.html>.”

APÊNDICES

APÊNDICE I -FORMULÁRIO DE CANDIDATURA DA UCC

Apêndice I: Formulário de Candidatura á UCC

SECÇÃO 1

Identificação da UCC

Designação da UCC: A Designar

ARS: Alentejo, I.P.

ACES: Alentejo Central 1

Centro de Saúde: Vila Viçosa

Administração Regional de Saúde
Do Alentejo
ACES
Central 1
Centro de Saúde
Vila Viçosa
Designação da UCC
A designar
Endereço
Rua Gomes Jardim n.º13 7160-274 Vila Viçosa
Telefone
268887200
Coordenador Proposto para a UCC
V F
Telemóvel
123456789
E-mail
<u>vanda.falcato@hotmail.com</u> Vanda.Falcato@alentejocentral1.min-saude.pt

SECÇÃO 2

Identificação de todos os elementos da equipa e área geográfica correspondente

Constituição da equipa:

Nome	Área profissional	Categoria	Vinculo	Local de Origem
VC	Enfermagem	Enfermeira Chefe	Nomeação Definitiva	C.S Vila Viçosa
M R	Enfermagem	Enfermeira	CTTRC	C.S Vila Viçosa
T C	Enfermagem	Enfermeira	CTTRC	C.S Vila Viçosa
CF	Clínica Geral e Familiar	Médica	CTTRC	C.S Vila Viçosa
CN	Assistente Operacional	Assistente Operacional	Nomeação Definitiva	C.S Vila Viçosa
AS	Assistente Técnica	Assistente Técnica	Nomeação Definitivo	C.S Vila Viçosa
CJ	Higienista Oral	Higienista Oral		
CC	Fisioterapia	Fisioterapeuta		
MS	Terapeuta da fala	Terapeuta da fala		
A designar	Técnica de Serviço Social			
A designar	Psicólogo			

Coordenadora da Equipa VF

Área Geográfica de Intervenção: 195km²

N.º Freguesias e área (Km²): 5 freguesias, num total de 19462.22 Km²

População residente: 88717

População inscrita no CS: 9025

SECÇÃO 3

Carteira de serviços da UCC

Carteira de Serviços:

Os programas e projetos de carteira básica que integram o plano de ação da UCC de Vila Viçosa, estão em articulação com a UCSP (Unidade de Cuidados Saúde Personalizados), com a USP (Unidade de Saúde Pública) e a URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados)

Programas de carteiras de serviço da UCC, a contratualizar com o ACES:

1 – Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade;

2 – Intervenções em programas de proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, tal como, o Plano Nacional de Saúde Escolar;

3 – Projetos de Intervenção com pessoas, familiares e grupos mais vulneráveis sujeitos a fatores de exclusão social, pobreza económica, de valores ou competências, violência ou negligência, como:

- Acompanhamento de famílias e utentes com maior risco e vulnerabilidade;

- Promover, organizar e participar na formação técnica externa na área de apoio domiciliário e familiar;

- Participar em atividades de rede social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos socioeconómicos;

4 – Projetos de intervenção domiciliária no âmbito da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados):

- Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;

- Cuidados de reabilitação física;

- Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo as famílias e prestadores de cuidados;

- Educação para a saúde aos utentes, famílias e cuidadores informais;

- Coordenação e gestão de casos com outros recursos sociais e de saúde;

- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e RNCCI;

5 – Dar continuidade às atividades já existentes no âmbito do:

- Projeto da Intervenção Precoce
- Saúde Escolar
- Rede Social
- Rendimento Social Inserção
- Acessória em Cuidados Paliativos
- ECL (Equipa Coordenação Local)
- ECCI (Equipa Cuidados Continuados Integrados)

CARTEIRA BASICA DE SERVIÇOS – RESUMO DAS ACTIVIDADES

Intervenção em grupos:

A população abrangida nestas intervenções será toda a população abarcada pela UCC, sendo cada intervenção adequada a uma determinada faixa etária.

- Parcerias para implementar Projetos nos dias Comemorativos
- Sessões de esclarecimento e educação para a saúde

Projetos de parcerias:

Rede social

A Rede Social visa a concertação de esforços para a erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão social e para a promoção do desenvolvimento social, através do fomento de redes de Apoio Integrado. É também propósito da Rede Social propiciar o estímulo, a difusão e a consolidação de boas práticas ao nível da intervenção e da solidariedade social.

A Rede Social materializa-se com a criação do Conselho Local de Ação Social (CLAS) e do Núcleo Executivo. O CLAS é constituído por um grupo de representantes de entidades públicas e privadas, que têm como objetivo promover o desenvolvimento social local, analisando e discutindo todo o trabalho realizado nesta matéria. O Centro de Saúde de Vila

Viçosa tem estado representado no Conselho Local de Ação Social e também nestes últimos anos no Núcleo Executivo.

População Alvo: População do concelho de Vila Viçosa com problemas de ordem social.

Atividades:

- Reuniões do concelho local de ação social;
- Reuniões para elaboração do plano de desenvolvimento social;
- Elaboração, implementação e monitorização de planos de ação;
- Ações de formação;

Rendimento Social de Inserção

O Rendimento Social de Inserção (RSI), define-se como uma medida política que visa garantir às famílias mais pobres um rendimento que lhes permita aceder, por um lado, a um nível mínimo de subsistência e de dignidade, e por outro, a condições e oportunidades básicas para o início de um percurso de inserção social, estando previstas ações no âmbito do emprego, da formação profissional, da educação, da saúde, da ação social e da habitação.

O RSI, atua no sentido de promover a inclusão dos mais carenciados, os mais vulneráveis, os mais fragilizados e aqueles em relação aos quais a pobreza afeta de forma mais severa.

As equipas de RSI resultam de uma parceria multisectorial entre segurança social, saúde, educação, justiça, entre outros e visa criar em conjunto com cada agregado um plano de reinserção global da família, que inclui naturalmente diversos aspetos na área da saúde individual e da família. O contributo da saúde garantido pela participação de enfermeiros do Centro de Saúde revela-se um forte contributo na estabilização da saúde destes agregados.

População Alvo: Todos os beneficiários de RSI da área de abrangência da UCC

Atividades

- Participação nas reuniões de equipa do RSI,
- Elaboração, desenvolvimento e acompanhamento de planos de intervenção na área da saúde;
- Avaliação e registo informático dos processos;

Intervenção Precoce (IP)

Consideramos que intervir precocemente nas crianças com necessidades educativas especiais (NEE), implica ir ao encontro das famílias, das suas limitações, carências, bem como das suas diferenças, mostrando que são compreendidas por nós e que juntos pretendemos encontrar meios e soluções, ou pelo menos minimizar os efeitos nefastos no desenvolvimento das crianças.

População Alvo: Crianças entre os 0 – 6 anos de idade e respetivas famílias a área de abrangência da UCC.

Atividades:

- Participação nas reuniões das equipas de IP;
- Elaboração, desenvolvimento e acompanhamento de planos de intervenção na área da saúde;
- Avaliação e registo informático dos processos;
- Visita domiciliária para avaliação da criança/família;
- Encaminhamento de utentes para o médico de família;
- Garantir estado vacinal da criança / família

Saúde Escolar

“ Plano Nacional de Saúde Escolar define orientações estratégicas para a obtenção de mais saúde para todos (...) assente numa abordagem programática, centrada em programas nacionais”, “ é o referencial de sistema de saúde para o processo de promoção e educação na escola.”

Pretende promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa na tentativa de melhorar o bem-estar físico, mental e social.

O Programa Nacional de Saúde Escolar, segundo Circular Normativa nº7/DSE, de 29/06/2006, tem como finalidades:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;
- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais (NSE e NEE);
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde;

A Escola deve constituir-se como um espaço seguro e facilitador de adoção de comportamentos saudáveis. Compete-lhe, além de transmitir saberes organizados em disciplinas, educar para valores, promover a saúde, a formação e participação cívica dos alunos, num processo contínuo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida.

População Alvo: Comunidade educativa do ensino Público e Privado (alunos, educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, pais e encarregados de educação) ao nível do ensino pré-escolar, do 1º, 2º e 3º Ciclos do ensino básico, secundário e profissional do concelho de Vila Viçosa.

Atividades

-Assegurar os cuidados na área da saúde individual e coletiva de toda a comunidade escolar;

-Intervir ao nível da Inclusão Escolar;

-Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

- Monitorizar a realização do EGS aos 5-6 anos e aos 13 anos;

- Gerir a Ficha de Ligação Médico Assistente – Saúde Escolar;

- Articulação com Unidade de cuidados de saúde personalizados de forma a garantir o cumprimento do PNV de toda a comunidade escolar da área de abrangência da UCC;

- Educar a comunidade escolar para a identificação dos riscos em ambiente escolar;

- Promover e desenvolver projetos prioritários na promoção de Estilos de Vida Saudáveis:

- Alimentação Saudável / Obesidade;

- Higiene corporal / higiene oral/ Higiene ambiental

- Atividade Física;

- Integração das crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE);

- Saúde Sexual e Reprodutiva;

- Prevenção dos comportamentos de Risco:

- Prevenção das IST;
- Prevenção de Acidentes Rodoviários;
- *Bulling* e Relações Interpessoais;

Equipa Coordenação Local

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi implementada com base legal no Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho, tendo por objectivo a prestação de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo.

Na RNCCI existem vários níveis de coordenação, num desses níveis está a Equipa Coordenadora Local (ECL).

População Alvo: População dos concelhos de Vila Viçosa, Redondo e Alandroal.

Atividades

- Desenvolver e assegurar todas as funções necessárias à execução da sua atividade, de acordo com as atribuições que legalmente lhe são cometidas e com as normativas, orientações ou outras diretivas aplicáveis no âmbito da RNCCI;
- Avaliar situações de saúde e sociais dos utentes;
- Verificar o cumprimento de fluxos de referência e os critérios de referenciação para admissão em unidades/equipas da RNCCI;
- Selecionar a unidade/equipa da RNCCI segundo critério de proximidade;
- Obter a indicação do montante diário a suportar pelo utente a título de apoio social, nos casos de unidades com componente social;
- Diligenciar a informação ao utente ou seu representante, de respetivo custo diário a suportar (previamente à transferência);

- Obter o prévio consentimento do utente, ou seu representante, expresso por escrito para a admissão;
- Apoiar as unidades sob influência da ECL;
- Avaliação de propostas de tipologia em caso de prorrogação ou de transferência;
- Preencher as grelhas de acompanhamento trimestral nas Unidades sob influência da ECL;

Rede Cuidados Continuados (ECCI)

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma “equipa multidisciplinar de responsabilidade dos cuidados primários de saúde e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma.” (artigo 27º, Dec. Lei 101/2006 de 6 Junho). A ECCI pretende capacitar as pessoas idosas e/ou em situação de dependência e os seus cuidadores, trabalhando para que estes participem ativamente na promoção da sua própria saúde, autonomia e funcionalidade nos contextos de vida.

População Alvo: Pessoas com situação de risco ou perda de autonomia, portadoras de diversos tipos de dependência, que necessitem de intervenções de saúde e de apoio social, residentes no concelho de Vila Viçosa, que sejam referenciadas pela RNCCI.

Famíliares e cuidadores dos utentes em rede.

Atividades:

- Avaliação das necessidades dos utentes/cuidadores e elaboração do Plano Intervenção Individual;
- Realização de Visita Domiciliária (VD) de âmbito preventivo, curativo, reabilitador e ações paliativas aos utentes/cuidadores programadas e não programadas;
- Reunião intra-equipa para discussão de casos;

- Realização de VD médicas de âmbito preventivo, curativo, reabilitador e ações paliativas aos utentes/família programadas e não programadas;
- Implementação do programa de formação dirigida aos cuidadores formais das instituições parceiras;
- Implementação de programa de formação em grupos dirigida a cuidadores informais com necessidades identificadas nesta área;
- Atendimento via telefone;
- Articulação com parceiros da comunidade para rentabilizar recursos;
- Articulação com a ECL;
- Formação a profissionais da UCC em noções básicas em Cuidados Paliativos;

SECÇÃO 4

Instalações

Os gabinetes deverão ter em conta o número de profissionais da UCC e os programas específicos que o integram, consideramos que necessitamos de cerca de 1 gabinete e uma sala para reuniões/formação e uma sala tipo *open space* para diversos profissionais, todos com ponto de rede à internet e telefone e vestiários. Necessitamos também de uma sala de armazenamento para material de consumo clínico e esterilizado e um espaço de armazenamento de material contaminado.

SECÇÃO 5

Equipamentos e Sistemas de Informação

Os recursos materiais necessários deverão estar de acordo com as características da unidade de forma a dar resposta com qualidade a todos os serviços, nomeadamente material para equipamento dos consultórios, gabinetes, ginásio, equipamentos para visita domiciliária, equipamento dos vestiários

APÊNDICE II- FOLHA DE SINALIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS

Folha de Sinalização

De: _____

Para : ingresso de utentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados

Nome do utente: _____

Nome do Médico de Família: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Telefone: _____

Nome do Cuidador: _____

Contacto telefónico do cuidador: _____

Apoio que recebe: ____ ADI ____ AD ____ Apoio Enfermagem ____ Sem Apoio

Informação Clínica/ enfermagem:

Data : Vila Viçosa , ____ de ____ de ____

Assinatura: _____

APÊNDICE III - Ficha de caracterização das Instituições Sociais do concelho de Vila Viçosa

Centro de Saúde de Vila Viçosa

Ficha de caracterização das Instituições Sociais do concelho de Vila Viçosa

Identificação da Instituição _____

Valencia _____

Local _____

Lotação _____

Técnicos de saúde da Instituição _____

Diretor Técnico _____

Observações _____

APÊNDICE IV – CRONOGRAMA

Objetivos	Mês	Fevereiro				Março				Abril				Maio				Junho			
		1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
		S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Identificar pessoas, famílias e grupos vulneráveis	Atividades																				
	Análise do Diagnóstico Social do concelho																				
	Caracterização global da população																				
	Levantamento população idoso através do SINUS																				
	Caracterização das famílias do concelho																				
	Identificação dos beneficiários do Rendimento Social a Inserção																				
	Identificação das crianças e famílias apoiadas pela Equipa de Intervenção Precoce																				

Objetivos	Atividades	Mês												Junho			
		Fevereiro				Março				Abril				Maio			
		1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S
Identificar as Instituições Sociais/Educação do Concelho	Análise do Diagnóstico Social do Concelho																
	Reunião com os representantes das instituições, para caracterização das mesmas																
Reunir contributos dos parceiros da comunidade a incluir no plano de Ação	Reunião com os parceiros, nomeadamente (Agrupamento de Escolas de Vila Viçosa; Associação Juvenil Dr. Jardim; Bombeiros Voluntários de Vila Viçosa; Escola Pública Hortênsia de Castro de Vila Viçosa; Guarda Nacional Republicana/Escola Segura; Juntas de Freguesia; Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa																

Objetivos	Mês	Fevereiro				Março				Abril				Maio				Junho			
		1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Definir projeto/programas e elaborar os respetivos indicadores de avaliação	Atividades	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Reunião com os coordenadores e enfermeira chefe do Centro de saúde para articular e dar continuidade aos projetos existente de forma a enquadrá-los nas devidas unidades funcionais.																				
	Os projetos a integrar na UCC seriam: (Equipa de Coordenação Local)ECL; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCL); Intervenção Precoce; Rede Social; Rendimento Social de Inserção; Saúde Escolar; Saúde Oral-Elaborar indicadores de avaliação																				

APÊNDICE V-PLANO DE AÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VILA VIÇOSA

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

VILA VIÇOSA

Plano de Ação 2011-2013



ÍNDICE

	Página
0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	1
1 - <u>CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA UNIDADE DE CUIDADOS DA COMUNIDADE DE VILA VIÇOSA</u>	4
1.1- <u>DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO CONCELHO</u>	4
1.1.1 – <u>Caracterização do concelho</u>	4
2 – <u>CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO</u>	6
2.1 – <u>POPULAÇÃO RESIDENTE NO CONCELHO DE VILA VIÇOSA</u> ...	6
2.1.1 – <u>Caracterização das Famílias</u>	8
2.1.2 – <u>Beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI)</u>	8
2.1.3 – <u>Instituição Sociais do Concelho</u>	8
3 – <u>CENTRO DE SAÚDE DE VILA VIÇOSA</u>	10
3.1 – <u>POPULAÇÃO INSCRITA NO CENTRO DE SAÚDE</u>	10
3.1.1 – <u>Saúde</u>	11
4 – <u>PROGRAMAS DE CARTEIRA BÁSICA</u>	13
4.1 – <u>PROGRAMAS DE SAÚDE ESCOLAR</u>	15
4.2 – <u>EQUIPA DE COORDENAÇÃO LOCAL (ECL)</u>	25
4.3 – <u>EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI)</u>	30
4.4 – <u>REDE SOCIAL</u>	34
4.5 – <u>RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO</u>	37
4.6 – <u>PROJETO DE INTERVENÇÃO PRECOCE (IP)</u>	40
5. <u>INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS</u>	45

0. INTRODUÇÃO

A rede de Cuidados Primários de Saúde tem como finalidade alcançar um “potencial de saúde para todos, através da promoção e proteção da saúde dos indivíduos ao longo da vida e da redução da incidência e dos danos relativos às principais doenças e lesões, assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos cuidados primários de saúde orientados para a comunidade e família” (OMS, 1998).

Sendo os Centros de Saúde considerados a base institucional dos Cuidados Primários de Saúde e o pilar central de todo o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que uma maior utilização das medidas preventivas existentes permitiria uma redução de 70% do peso global das doenças.

As principais causas de morbilidade e mortalidade da população podem ser minimizadas, pelo que atuando na prevenção, se evitem gastos exponenciais em doença. No seio de uma equipa multidisciplinar o objetivo será a partilha e aplicação dos diferentes saberes e áreas de intervenção de modo a transmitir conhecimentos, de forma a facilitar a aprendizagem das pessoas. A transmissão de informação pretende levar à mudança individual de atitudes e comportamentos, permitindo escolhas autónomas.

Com a nova política de saúde e com a reforma dos CSP, pretende-se prestar cuidados de saúde personalizados e de maior qualidade visando ganhos em saúde das populações. Partindo desta necessidade de reorganização dos cuidados de saúde, apresentamos as propostas que enquadram a génese da candidatura, com a qual projetamos o futuro, numa perspetiva de melhoria contínua dos indicadores de saúde.

O Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família.

Os CSP (Cuidados de Saúde Primários) deverão ser considerados como o primeiro ponto de contacto individual e comunitário com o sistema de saúde de forma a permitir um

nível de assistência eficaz. Este deve permitir um acesso ilimitado do utente aos cuidados, proporcionados pelo sistema, mas também proporcionar o contacto com a comunidade de forma a potenciar o autocuidado.

O enfermeiro em CSP relaciona-se com os indivíduos, família e comunidade para que estes participem ativamente a nível do planeamento, execução e avaliação dos cuidados, o que leva a uma maior responsabilização e determinação pela sua saúde.

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Artigo 11º, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Assim sendo, a UCC tem como missão a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico, social de âmbito domiciliário e comunitário, sendo a sua população alvo os utentes, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco e/ou dependência física e funcional e/ou doença que requeira acompanhamento próximo.

A UCC vai contar com a participação de uma equipa multiprofissional para atingir os seus objetivos, nomeadamente, enfermeiros, médico, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo...

Este documento tem como principal objetivo apresentar o Plano de Ação da UCC, o qual traduzirá o seu programa de atividades na prestação de cuidados de saúde e sociais, de forma personalizada e comunitária. Englobando atividades clínicas, de melhoria contínua, formativa e não assistenciais.

As atividades da carteira de serviços da UCC, a contratualizar com o ACES, foram definidas considerando o diagnóstico social do concelho, a caracterização global da área de influência da UCC, as orientações do plano de atividades do ACES do Alentejo Central 1, as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde e respetivos Programas Nacionais e as linhas orientadoras sobre as áreas a incidir definidas no Regulamento da Organização e do Funcionamento da UCC, Diário da República de 16/04/2009, despacho nº 10143/2009.

Terá como áreas privilegiadas de atuação a Saúde Escolar, Saúde Oral, Equipa de Coordenação Local (ECL), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Intervenção Precoce, Rede Social, Rendimento Social de Inserção e Saúde Ocupacional.

O Plano de Ação para a UCC foi estruturado para um horizonte temporal de três anos, bem como os programas nele integrados. Este projeto, para nós ambicioso, pressupõe a melhoria de projetos já em funcionamento, bem como a criação de novos, todos eles dependentes da premissa de novos recursos humanos, materiais e instalações.

1 - CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA UNIDADE DE CUIDADOS DA COMUNIDADE DE VILA VIÇOSA

1.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO CONCELHO

1.1.1 – Caracterização do Concelho

Território e população

O concelho de Vila Viçosa possui cerca de 5% do total da população do Alentejo Central, tem uma densidade populacional de 45,5% e ocupa uma área aproximadamente de 195km², que corresponde a 2,6% do distrito de Évora.

Pertence ao Distrito de Évora e localiza-se na Região Alentejo, no Sul de Portugal. É confinado a Norte pelos Concelhos de Elvas e pelo distrito de Portalegre, a Sul pelo concelho de Alandroal a Oeste pelos concelhos de Borba e Redondo (Fig.2).

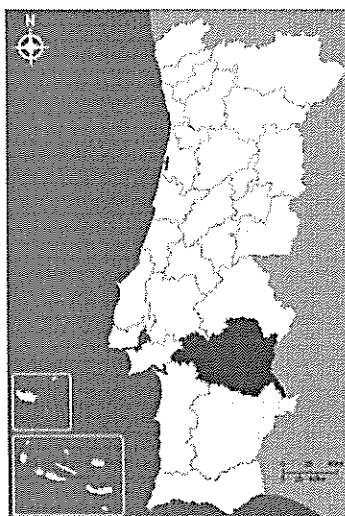


Fig. 1- Alentejo Central

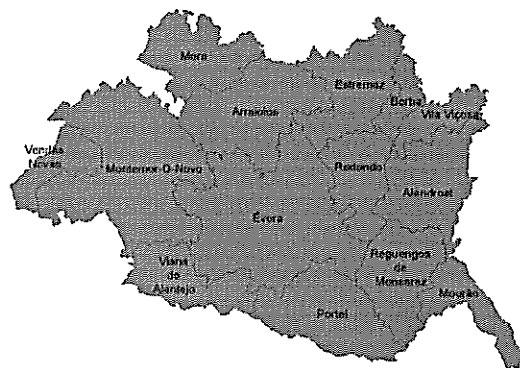


Fig. 2- Distrito de Évora e respectivos concelhos

O Concelho abrange uma área de cerca de 194.62,22 Km² e é composto por 5 freguesias e correspondentes aglomerados, a freguesia mais urbana é a de Vila Viçosa (Conceição) abrangendo uma área de 32.79 km², sendo que a freguesia rural que ocupa maior território é a freguesia de Ciladas (São Romão) com uma área de 107,54 km² (Fig.3). Tem ainda a freguesia de São Bartolomeu em Vila Viçosa com características urbanas e as freguesias rurais de Pardais e Bencatel.

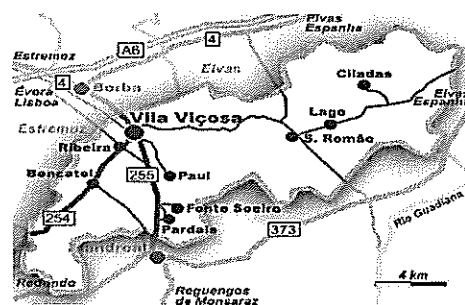


Fig.3 – Concelho de Vila Viçosa

As distâncias entre a sede do concelho e as freguesias rurais são as seguintes:

- Ciladas (São Romão) – 12 km
- Pardais – 8 km
- Bencatel – 5 km

2- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

2.1 – POPULAÇÃO RESIDENTE NO CONCELHO DE VILA VIÇOSA

Concelho	Freguesias	Área Km2	População Residente 2001	Densidade Populacional Hab. /Km2 2001
Vila Viçosa	Bencatel	36,26	1720	46
	Ciladas	107,54	1150	
	Vila Viçosa (Conceição)	32,79	4364	
	Pardais	17,83	559	
	Vila Viçosa (S. Bartolomeu)	0,21	1078	
	Total	194,62	8871	

Quadro 1 – Freguesias do Concelho de Vila Viçosa e seus Aglomerados

O concelho de Vila Viçosa registou um ligeiro decréscimo populacional entre 1991 e 2001 que ronda os cerca de 200 habitantes (-2,2%), ao contrário do que aconteceu na Região e no País que apresentaram variações positivas, ainda que ligeiras.

Na década decorrida entre 1991 e 2001, verificou-se um envelhecimento da população, originado pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade.

Relativamente à distribuição da população de Vila Viçosa (quadro 1) podemos afirmar que tal como todo o Alentejo em geral, o povoamento deste concelho concentra grande parte da sua população nas freguesias urbanas. A restante população distribui-se pelas freguesias rurais.

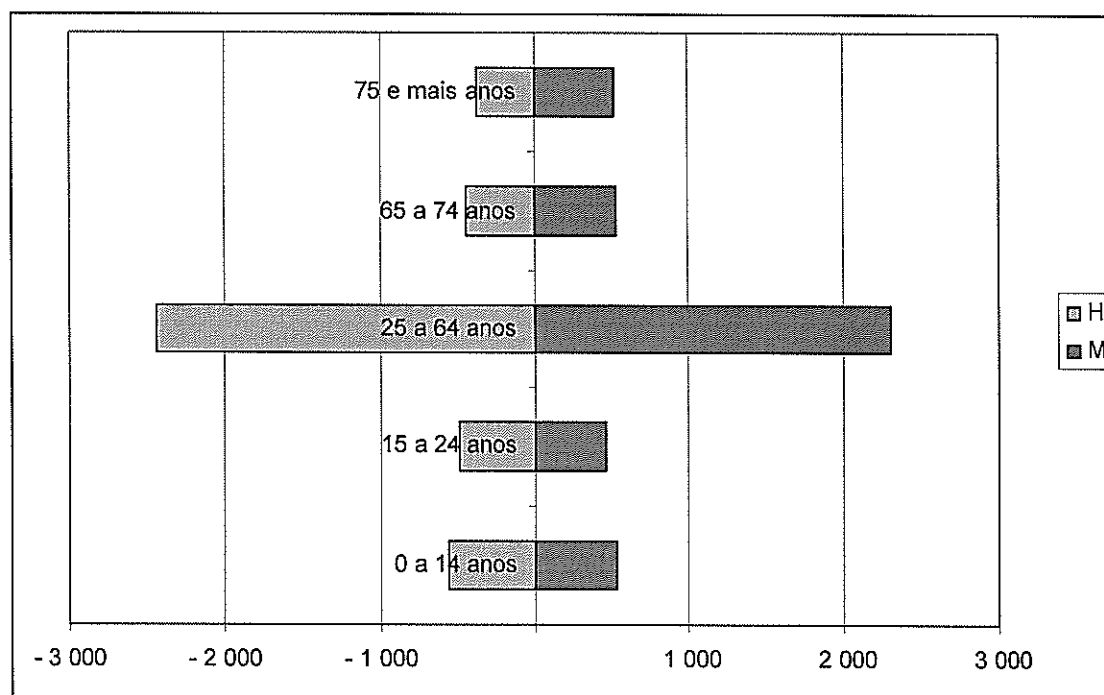
A evolução da população segundo os grupos etários apresenta-se semelhante à estrutura da população do país que verifica um envelhecimento tanto da base como do topo, indicando baixa taxa de natalidade, grande número de adultos, e uma razoável expectativa de vida, a chamada “transição demográfica”, indicando envelhecimento da população.

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Masculino/Feminino
0-14 anos	553	524	1 077
15 - 24 anos	479	442	921
25 - 64 anos	2 445	2 327	4 772
65 e mais anos	809	1 048	1 857
Total	4 286	4 341	8 627

Quadro 2 – Distribuição da população residente no concelho por grupo etário e sexo

Fonte: INE Estimativas Anuais da População Residente, 2009

PIRAMIDE ETÁRIA VILA VIÇOSA 2009



Baseado em dados de Anuário Estatístico da Região do Alentejo – 2008 Ano de Edição: 2009

2.1.1 - Caracterização das famílias

	Nº de famílias Clássicas	Nº de famílias Institucionais	
Bencatel	614		Fonte: INE, Censos 2001
Ciladas	462		
Vila Viçosa (Conceição)	1527	4	
Pardais	200		
Vila Viçosa (São Bartolomeu)	439	1	
Vila Viçosa (Total)	3242	5	

Quadro 3 – N.º de famílias Clássicas e Institucionais no Concelho

2.1.2 – Beneficiários de Rendimento Social de Inserção (RSI)

O que concerne ao Rendimento Social de Inserção, e reportando ao ano de 2010 foram celebrados 74 acordos de Inserção e no total de beneficiários com Acordo de Inserção, possuímos 217 processos.

2.1.3 - Instituições Sociais do Concelho

Com a nossa população cada vez mais envelhecida, surge um aumento na necessidade de apoio aos idosos. Assim para colmatar esta necessidade surgem instituições sociais que dão apoio aos idosos de acordo com o seu grau de dependência.

Desta forma no concelho de Vila Viçosa, possuímos duas instituições que dão apoio, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa e Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição.

Na sede do concelho pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa existem 21 idosos com apoio do centro de dia, 55 em apoio domiciliário e 63 em Lar. Respeitante à Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição tem, apoio domiciliário para 54 idosos.

Na freguesia de Bencatel, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa, possui um Centro de Dia com vaga para 32 idosos e Apoio Domiciliário para 31 idosos. A Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição dispõe de apoio domiciliário para 20 idosos.

Na freguesia de Ciladas (São Romão) a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa possui Centro de Dia para 40 utentes, mas apenas 12 idosos beneficiam deste serviço.

Na freguesia de Pardais para suprimir as necessidades dos idosos, a Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa dispõe de apoio domiciliário, beneficiando deste apoio neste momento 3 idosos, a Caritas Paroquial Nossa Senhora da Conceição dispõe de um Centro de Dia frequentado por 25 idosos, bem como apoio domiciliário, do qual beneficiam 4 idosos.

LOCAL	DESIGNAÇÃO	VALÊNCIAS
Vila Viçosa	Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
		Lar de Idosos
	Caritas de Vila Viçosa	Apoio Domiciliário
Bencatel	Santa Casa da Misericórdia De Vila Viçosa	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
	Caritas de Vila Viçosa	Apoio Domiciliário
São Romão	Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa	Centro de Dia
	Caritas de Vila Viçosa	Lar de Idosos
		Apoio Domiciliário
Pardais	Caritas de Vila Viçosa	Centro de Convívio
		Apoio Domiciliário
	Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa	Apoio Domiciliário

Quadro 4 – Distribuição das instituições sociais e respectivas valências por local de implantação

Fonte: Rede Social, Diagnóstico 2004

3- CENTRO DE SAÚDE DE VILA VIÇOSA

3.1 – POPULAÇÃO INSCRITA NO CENTRO DE SAÚDE

Freguesias	Nº Utentes Inscritos
Sede	6.025
Bencatel	1.560
São Romão	1.134
Pardais	306
Total	9.025

Quadro 5 – Utentes inscritos por freguesias

Fonte: Centro de Saúde Vila Viçosa Base dados SINUS – Fevereiro 2011

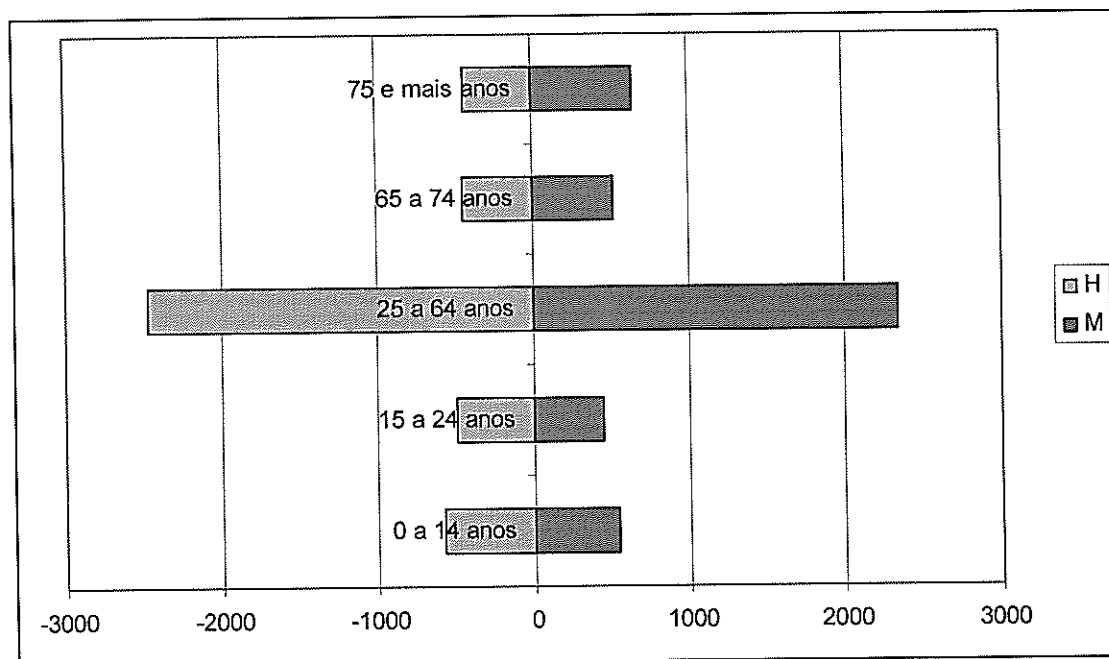
O Centro de Saúde de Vila Viçosa tem 9.025 utentes inscritos, o que não perfaz o número total de habitantes do concelho. Esta população distribui-se da seguinte forma por grupo etário e sexo:

Grupos etários	Masculino	Feminino	Total	%
0-4 anos	173	136	309	3,43
5-9 anos	183	191	394	4,14
10-14 anos	220	212	432	4,79
15-19 anos	215	230	445	4,93
20-24 anos	278	222	500	5,54
25-29 anos	301	289	590	6,54
30-34 anos	307	318	625	6,93
35-39 anos	335	301	636	7,05
40-44 anos	351	339	690	7,65
45-49 anos	363	368	731	8,10
50-54 anos	319	222	641	7,10
55-59 anos	287	265	552	6,12
60-64 anos	201	238	439	4,86
65-69 anos	204	245	449	4,98
70-74 anos	248	275	523	5,80
75 e + anos	439	650	1089	12,07
Totais	4424	4601	9025	

Quadro nº 6 – Utentes inscritos no Centro de Saúde de Vila Viçosa, por grupo etário e sexo, Fevereiro 2011

Fonte: Centro de Saúde Vila Viçosa Base dados SINUS – Fevereiro 2011

Pirâmide etária da população inscrita no centro de saúde de Vila Viçosa – Agosto de 2010.



Fonte: Centro de Saúde Vila Viçosa Base dados SINUS – Fevereiro 2011

3.1.1 - Saúde

O Centro de Saúde tem sede em Vila Viçosa e extensões de saúde em 3 freguesias: Bencatel, Pardais e São Romão.

Bencatel funciona com um enfermeiro 7 horas diárias, Pardais 2 horas diárias e São Romão com 5 horas diárias.

Quando há necessidade destes profissionais serem substituídos, são os enfermeiros da sede que dão resposta às freguesias rurais.

ÍNDICES FUNCIONAIS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO CONCELHO DE VILA VIÇOSA

Índice de dependência de idosos População com 65 e mais anos/População com 15-64 anos *100 $1863/5694*100=32.7\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Índice de dependência de jovens População com 0-14 anos/ População com 15-64 anos *100 $1099/5694*100=19.3\%$	Fonte: INE, Censos 2001
Índice de dependência total População com 0-14 anos + população com 65 e mais anos/ População com 15-64 anos *100 $1.099+1863/5694*100=52\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Percentagem de população ativa População dos 15 aos 64 anos/ População total *100 $5694/8656*100=65.7\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Percentagem de população jovem População 0-14 anos/ População total *100 $1099/8656*100=12.7\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Percentagem de população idosa População com 65 e mais anos/ População total *100 $1863/8656*100=21.5\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Índice de vitalidade/ Envelhecimento População com 65 e mais anos/ População dos 0-14 anos *100 $1863/1099*100=170\%$	Fonte: INE, Anuário estatístico da Região Alentejo 2008
Taxa de mortalidade geral Nº total de óbitos em dado local e período/ População do mesmo local e período*1000 11.9%	Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região Alentejo 2008
Índice vital de Pearl Nº de nascidos vivos numa localidade durante o ano/nº óbitos ocorridos na localidade no ano $60/103=0,58$	Fonte: INE, Censos 2001
Índice de Longevidade População com 75 e + anos/População com 65 e + anos*100 $1424/4218*100=33.76\%$	Fonte: INE, Censos 2001
Índice de dependência de jovens População com 0-14 anos/ População com 15-64 anos *100 $1099/5694*100=19.3\%$	Fonte: INE, Censos 2001

Quadro nº 7 – Índices funcionais da População residente no concelho

4. PROGRAMAS DA CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS

Os programas e projetos da carteira básica que integram o plano de ação da UCC de Vila Viçosa, estão em estreita articulação com a UCSP (Unidade de Cuidados Saúde Personalizados e em consonância com as orientações técnicas definidas pelo Conselho Clínico do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) do Alentejo Central 1.

Os programas de carteiras de serviço da UCC, a contratualizar com o ACES, são:

1- Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade.

2- Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar.

3- Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, tais como:

- Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade;
- Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado;
- Participar nas atividades inerentes à rede social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos socioeconómicos;

4- Projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam:

- Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Cuidados de reabilitação física;
- Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;

- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

A equipa que se propôs constituir uma UCC pretende dar continuidade às atividades já existente integrando ainda novas áreas, essencialmente nos seguintes projetos:

- Projeto de Intervenção Precoce
- Saúde Escolar
- Plataforma Contra a Obesidade
- Equipa Coordenadora Local
- Equipa Cuidados Continuados Integrados
- Rendimento Social de Inserção
- Rede Social
- Saúde Ocupacional

4.1 Saúde Escolar

Introdução	“ Plano Nacional de Saúde Escolar define orientações estratégicas para a obtenção de mais saúde para todos (...) assente numa abordagem programática, centrada em programas nacionais”, “ é o referencial de sistema de saúde para o processo de promoção e educação na escola.” . Pretende promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa na tentativa de melhorar o bem-estar físico, mental e social. A Escola deve constituir-se como um espaço seguro e facilitador de adopção de comportamentos saudáveis. Compete-lhe, além de transmitir saberes organizados em disciplinas, educar para valores, promover a saúde, a formação e participação cívica dos alunos, num processo contínuo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida. No âmbito da saúde escolar existe a alguns dias comemorativos, onde a equipa da UCC participará mediante solicitação da comunidade escolar.
População Alvo	Comunidade educativa do ensino Público e Privado (alunos, educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, pais e encarregados de educação) ao nível do ensino pré-escolar, do 1º, 2º e 3º Ciclos do ensino básico, secundário e profissional do concelho de Vila Viçosa.
Objetivos	✓ Assegurar os cuidados na área da saúde individual e coletiva de toda a comunidade escolar; ✓ Intervir ao nível da Inclusão escolar; ✓ Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

Indicadores

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º alunos com NSE encaminhados/ N.º de alunos com NSE detetados * 100	20%	40%	60%
N.º alunos com NSE em tratamento ou tratados / N.º de alunos com NSE encaminhados* 100	20%	40%	60%
Nº de reuniões realizadas/ Nº de reuniões agendadas* 100	70%	80%	90%
Número de crianças e jovens, por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE / número total de crianças e jovens * 100	100%	100%	100%

Atividades

Validação da realização de ESG aos alunos de 6 anos	
Quem	Enfermeiros e Assistente Técnico
Como	Consulta do SINUS e fichas de ligação. Articulação com enfermeiros e médicos da UCSP Articulação com os pais/encarregados de educação, escola e UCSP
Onde	UCC, UCSP e Escolas
Quando	Todo o ano letivo
Validação da realização de ESG aos alunos de 13 anos	

16

Quem	Enfermeiros e Assistente Técnico
Como	Consulta do SINUS e fichas de ligação. Articulação com enfermeiros e médicos da UCSP Articulação com os pais/encarregados de educação, escola e UCSP
Onde	UCC, UCSP e Escolas
Quando	Todo o ano letivo
Validação do PNV aos alunos de 6 anos	
Quem	Enfermeiros e Técnica de Serviço Social
Como	Consulta do SINUS Articulação com os pais/encarregados de educação, escola e UCSP
Onde	UCC, UCSP e Escolas
Quando	Todo o ano letivo
Validação do PNV aos alunos de 13 anos	
Quem	Enfermeiros e Técnica de Serviço Social
Como	Consulta do SINUS Articulação com os pais/encarregados de educação, escola e UCSP
Onde	UCC, UCSP e Escolas
Quando	Todo o ano letivo
Avaliação e encaminhamento de alunos com NSE	

Quem	Equipa de Saúde Escolar (Enfermeiros da UCC)
Como	Reuniões da equipa com os pais/encarregados de educação (estimativa de 1 reunião/período escolar/estabelecimento de ensino)
Onde	Escola
Quando	Todo o ano letivo
Distribuição de flúor e sensibilização para as boas práticas em saúde oral no 1.º ciclo	
Quem	Enfermeiros, Higienista Oral
Como	Gestão do stock de flúor e articulação com as escolas do Ensino Básico
Onde	Escolas 1º ciclo
Quando	A designar
Escovagem dentária e sensibilização para boas práticas em saúde oral aos alunos do jardim de infância	
Quem	Higienista Oral
Como	Através de metodologias educativas adequadas
Onde	Jardins-de-infância
Quando	Todo o ano letivo
Rastreios de cárie dentária aos alunos de 6, 12 e 15 Anos	
Quem	Higienista Oral
Como	Agendamento com o Agrupamento de Escolas

Onde	Escolas do concelho
Quando	Todo o Ano Letivo
Triagem de cárie dentária aos alunos de 7, 10 e 13 Anos	
Quem	Higienista Oral
Como	Agendamento com o Agrupamento de Escolas
Onde	Escolas do concelho
Quando	Todo o Ano Letivo
Realização de rastreio da obesidade aos alunos nascidos em 2007 (atividades incluídas na Plataforma Contra a Obesidade)	
Quem	Enfermeiros, Assistente Operacional
Como	De acordo com o estabelecido no projeto e em articulação com as escolas definidas
Onde	Escolas do Jardim-de-infância
Quando	Todo o Ano Letivo
Realização de rastreio da obesidade aos alunos de 11, 15 e 18 anos (atividades incluídas na Plataforma Contra a Obesidade)	
Quem	Enfermeiros
Como	Agendamento com o Agrupamento de Escolas e Escola Secundária Pública
Onde	Escolas do concelho
Quando	Todo o Ano Letivo - 2011-2012/ - 2012/2013

Sensibilização para a vivência de uma sexualidade segura	
Quem	Enfermeiros
Como	Através de metodologias educativas adequadas
Onde	Escolas do 2º ciclo
Quando	Todo o ano letivo
Educar e sensibilizar para a prevenção das IST's	
Quem	Enfermeiros
Como	Através de metodologias educativas adequadas e estabelecimentos de parcerias.
Onde	Escolas do 3º ciclo
Quando	Todo o ano letivo
Sensibilização para o consumo de drogas ilícitas	
Quem	Enfermeiros, Psicólogo
Como	Através de metodologias educativas adequadas e estabelecimentos de parcerias.
Onde	Escolas do 3.º ciclo
Quando	Todo o ano letivo
Sensibilização para o consumo de drogas lícitas	
Quem	Enfermeiros, Psicólogo

Como	Através de metodologias educativas adequadas e estabelecimentos de parcerias
Onde	Escolas do 3.º ciclo
Quando	Todo o ano letivo
Sensibilizar para a prevenção da sinistralidade rodoviária	
Quem	Enfermeiros, Escola Segura, Psicólogo
Como	Através de metodologias educativas adequadas Educação por pares
Onde	Escola Secundária
Quando	Todo o ano letivo
Promover as relações Interpessoais (prevenção <i>Bullying</i>)	
Quem	Enfermeiros, Psicólogo
Como	Através de metodologias educativas adequadas Monitorizar e encaminhar casos identificados
Onde	Escolas do 2º ciclo
Quando	Todo o ano letivo

Carga Horária Anual

Atividades	Enfermeiro		Médico		Psicólogo		Técnica de Serviço Social		Higienista Oral		Terapeuta da Fala		Fisioterapeuta		Administrativo		Assistente Operacional		Motorista	
	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual
Validação da realização do ESG aos alunos com 6 Anos																				
Validação da realização do ESG aos alunos com 13 Anos																				
Validação do cumprimento (PNV) aos alunos com 6 Anos																				
Validação do cumprimento (PNV) aos alunos com 13 Anos																				
Avaliação e encaminhamento dos alunos com NSE																				
Distribuição de flúor e sensibilização para as boas práticas em saúde oral no 1.º ciclo										7h										

4.2 Equipa de Coordenação Local

Introdução	A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi implementada com base legal no Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, tendo por objetivo a prestação de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo. Na RNCCI existem vários níveis de coordenação, num desses níveis está a Equipa Coordenadora Local (ECL).
População Alvo	População dos Concelhos de Vila Viçosa, Redondo e Alandroal.
Objetivos	✓ Desenvolver e assegurar todas as funções necessárias à execução da sua atividade, de acordo com as atribuições que legalmente lhe são cometidas e com as normativas, orientações ou outras diretivas aplicáveis no âmbito da RNCCI ✓ Avaliar situações de saúde e sociais dos utentes ✓ Verificar o cumprimento de fluxos de referência e os critérios de referência para admissão em unidades/equipas da RNCCI ✓ Selecionar a unidade/equipa da RNCCI segundo critério de proximidade ✓ Obter a indicação do montante diário a suportar pelo utente a título de apoio social, nos casos de unidades com componente social ✓ Diligenciar a informação ao utente ou seu representante, de respetivo custo diário a suportar (previamente à transferência) ✓ Obter o prévio consentimento do utente, ou seu representante, expresso por escrito para a admissão ✓ Apoiar as unidades sob influência da ECL, (que se encontram em fase de construção)

	✓ Avaliação de propostas de tipologia em caso de prorrogação ou de transferência ✓ Preencher as grelhas de acompanhamento trimestral das unidades sob influência da ECL
--	--

Indicadores:

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º de utentes avaliados nas 72 h após referência/n.º de utentes referenciados para a ECL * 100	95%	100%	100%
N.º de avaliações das grelhas de acompanhamento à unidade de Convalescença da Cruz Vermelha e à Unidade de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa da Misericórdia de Vila Viçosa / n.º de grelhas de acompanhamento programadas por ano às 2 unidades * 100	90%	95%	100%
N.º de avaliações de prorrogações ou transferências num prazo de 15 dias/n.º total de prorrogações ou transferências solicitadas* 100	20%	40%	60%
N.º de reuniões da ECL realizadas/ n.º de reuniões da ECL programadas * 100	50%	75%	95%

Atividades:

Avaliação de utentes referenciados no aplicativo da RNCCI.	
Quem	Elementos da ECL
Como	Avaliação pela informação do aplicativo, com responsável/ representante do utente ou no local em que o utente se encontra
Onde	No gabinete da ECL (UCC), se necessário local onde o utente se encontra
Quando	2ª, a 6ª – quatro horas por dia (exceto feriados e tolerâncias de ponto)
Obter o Consentimento Informado (CI)	
Quem	Elementos da ECL
Como	Contactar o utente ou responsável para assinarem o CI, contactar EGA ou Interlocutor depois da ECL para obter CI (os utentes/responsável foram previamente informados pela ECL)
Onde	Gabinete da ECL (UCC) ou no local onde o utente se encontra
Quando	Quatro horas por dia de 2ª a 6ª (exceto feriados e tolerâncias de ponto)
Avaliação das Unidades sob influência da ECL através das grelhas de acompanhamento preconizadas na RNCCI.	
Quem	Todos os elementos da ECL
Como	Aplicação da Grelha de Acompanhamento
Onde	Nas Unidades sob influência da ECL
Quando	Trimestralmente, duração de 14h por trimestre
Avaliação das prorrogações de alta, alteração de tipologia ou transferências	

27

Quem	Elementos da ECL
Como	Avaliação da posposta através dos registos, contacto com o utente ou seu representante. Se o utente não for desta ECL, informar e pedir informação à ECL de origem.
Onde	No gabinete da ECL (UCC), no local onde o utente se encontra
Quando	Num período máximo após 15 dias de pedido 2ª a 6ª quatro horas por dia (exceto feriados e tolerâncias de ponto)
Reuniões da ECL para discussão de casos	
Quem	Elementos da ECL
Como	Marcação semanal ou extraordinária, se necessário.
Onde	UCC
Quando	Semanalmente às quintas-feiras das 9h às 13h

Carga Horária:

Atividades	Enfermeiro		Médico		Psicólogo	Técnica de Serviço Social*	Assistente Operacional	Administrativa	Fisioterapeuta	Motorista
	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual
Avaliação de utentes referenciados no aplicativo da RNCCI	10h	520h								
Obter o Consentimento Informado (CI)	4h	104h								
Avaliação das Unidades sob influência da ECL através das grelhas de acompanhamento e monitorização da qualidade (quando contratualizado) na RNCCI.	14h	42h	14h	42h		14h	42h			
Avaliação das prerrogações de alta, alteração de tipologia ou transferências	4h	208h	1h	52h		1h	52h			
Reuniões da ECL para discussão de casos	4h	208h	4h	208h		4h	208h			
TOTAL	36h	1056h	9h	276h		95h	276h			De acordo com a necessidade

* Elementos da Equipa de Coordenação Local que não integram a equipa UCC

4.3 Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Introdução	A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é uma “equipa multidisciplinar de responsabilidade dos cuidados primários de saúde e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma.” (artigo 27º, Dec. Lei 101/2006 de 6 Junho). A ECCI pretende capacitar as pessoas idosas e/ou em situação de dependência e os seus cuidadores, trabalhando para que estes participem ativamente na promoção da sua própria saúde, autonomia e funcionalidade nos contextos de vida. A ECCI de Vila Viçosa visa suprir estas lacunas, permitindo assim dar uma resposta aos utentes e famílias que possuem necessidades de saúde e social. No último trimestre foram referenciados para ECCI 19 utentes do concelho, tendo falecido 3 dos mesmos. Os episódios foram cancelados pela ECL.
População Alvo	Pessoas com situação de risco ou perda de autonomia, portadoras de diversos tipos de dependência, que necessitem de intervenções de saúde e de apoio social, residentes no concelho de Vila Viçosa, que sejam referenciadas pela RNCCL. Famíliares e cuidadores dos utentes. <u>Proposta de contratualização de 8 camas de internamento</u>
Objetivos	✓ Realizar Visitação Domiciliária (VD) a utentes da ECCI de acordo com as necessidades identificadas ✓ Elaborar o plano de cuidados integrados com periodicidade e adaptado às suas necessidades ✓ Prestar cuidados domiciliários de natureza curativa, preventiva, reabilitadora e paliativa ✓ Realizar cuidados de reabilitação física ✓ Prestar apoio psicológico e social envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados

	✓ Coordenar e articular casos com outros recursos de saúde e sociais ✓ Realizar Sessões de Educação para a Saúde a utentes, família e cuidadores informais ✓ Produzir e tratar informação nos suportes de registo preconizados no âmbito da RNCCI
--	---

Indicadores:

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º de Utentes internados em ECCI com visita domiciliária realizada nas 24 h após a admissão/N.º de total de admitidos na ECCI * 100	70%	80%	90%
N.º de utentes em ECCI com visitas domiciliárias realizadas em equipa multidisciplinar nas 48h após admissão / n.º total de utentes em ECCI * 100 (se existência de equipa)	10%	30%	60%
N.º de utentes admitidos em ECCI com Plano Individual de Intervenção de Cuidados Integrados / n.º total de utentes em ECCI * 100	50%	80%	100%
N.º de utentes internados em ECCI/N.º de lugares em acordo *100	75%	90%	100%
N.º de utentes avaliados regularmente com escala da Dor/ n.º total de utentes em ECCI *100	75%	90%	100%
N.º de utentes internados em ECCI que contraíram úlcera de pressão durante o internamento/ n.º total de utentes admitidos na ECCI *100	25%	20%	10%
N.º de utentes com ganhos de autonomia das atividades de vida diária (índice de Katz)/ n.º total de utentes admitidos em ECCI *100	20%	25%	30%

Atividades:

Visita Domiciliaria	
Quem	Enfermeiro, fisioterapeuta, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta fala, assistente operacional
Como	Após admissão do utente na ECCI, por solicitação de algum elemento da equipa ou do utente, cuidador ou familiar
Onde	Domicílio do utente
Quando	Durante todo o ano, após programação de hora e dia. 2ª Feira a Sábado (8h às 17h), Domingos e Feriados se programada (9h às 13h).
Articulação com instituições sociais da comunidade que prestam cuidados domiciliários	
Quem	Equipa prestadora da ECCI
Como	Por iniciativa da equipa ou a pedido da instituição, contacto direto, telefónico ou carta de referênciação
Onde	UCC, nas instituições de apoio social, no domicílio do utente.
Quando	Durante todo o ano
Atendimentos telefónicos	
Quem	Equipa da ECCI
Como	Por solicitação do utente/família/cuidador
Onde	UCC ou para o telemóvel de serviço
Quando	Todo o ano das 8h às 17h, de segunda-feira a sexta-feira. Sábado, Domingo e feriados das 9h às 13h.
Reuniões da equipa da ECCI para discussão de casos e realização do PII (Plano Individual de Intervenção)	

32

Quem	Equipa prestadora da ECCI
Como	Programada ou por solicitação
Onde	UCC
Quando	Semanalmente, com duração de 2h (2ªs feiras das 14h às 16h).

Carga Horária:

Atividades	Enfermeiro		Médico		Psicólogo		Técnica de Serviço Social		Higienista Oral		Terapeuta da Fala		Fisioterapeuta		Administrativo		Assistente Operacional		Motorista	
	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual
Visita Domiciliaria	7hx8 utentes		2h	104h									4h	208h			3h	156h		
Articulação com instituições sociais da comunidade que prestam cuidados domiciliários	a)														1h	52h				
Atendimentos telefónicos	a)														2h	52h				
Reuniões da equipa da ECCI para discussão de casos e realização do PII (Plano Individual de Intervenção)	2h/sem		4h	208h									1h	52h	2h	52h				
TOTAL	56h		6h	312h							4h	192h	5h	260h	5h	240h	3h	156h	De acordo com a necessidade	

a) Horas contabilizadas na Visita Domiciliária

4.4 Rede Social

A Rede Social foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro. É um programa que promove o desenvolvimento social local e que pretende constituir redes de apoio social, envolvendo toda a comunidade de forma a resolver, eficaz e eficientemente, os problemas sociais de cada localidade. Pretende-se criar parcerias efectivas entre várias entidades, nomeadamente, autarquias, entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, de modo a criar novas formas de conjugação de esforços, garantindo uma maior eficácia das respostas sociais.

O Objectivo da Rede Social é promover um planeamento integrado e sistemático, mobilizando as competências e recursos das comunidades, garantindo uma maior eficácia no conjunto de respostas sociais no concelho.

Rede Social materializa-se com a criação do Conselho Local de Ação Social (CLAS) e do Núcleo Executivo. O CLAS é constituído por um grupo de representantes de entidades públicas e privadas, que têm como objetivo promover o desenvolvimento social local, analisando e discutindo todo o trabalho realizado nesta matéria.

O Centro de Saúde de Vila Viçosa tem estado representado no Conselho Local de Ação Social e também nestes últimos anos no Núcleo Executivo.

Introdução

População Alvo

População do concelho de Vila Viçosa com problemas de ordem social.

Objetivos

- ✓ Participar nas reuniões com o objetivo de identificar problemas sociais e de saúde da população do concelho de Vila Viçosa
- ✓ Responder às necessidades de saúde identificadas
- ✓ Elaborar diagnóstico e planeamento

Indicadores:

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
	60%	80%	90%

Nº de reuniões participadas/ nº de reuniões convocadas *100

Atividades:

Reuniões do Conselho Local de Ação Social	
Quem	Enfermeiros e Técnica de Serviço Social
Como	Participação nas reuniões por convocatória ou marcação prévia
Onde	Câmara Municipal ou outro local a designar.
Quando	Durante todo o ano em média 4 por ano

Carga Horária:

Atividades	Enfermeiro		Médico		Psicólogo		Técnica de Serviço Social		Assistente Operacional		Administrativa		Fisioterapeuta	
	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual
Reuniões do Conselho Local de Ação Social		21h						21h						
TOTAL		21h						21h						

4.5 Rendimento Social de Inserção

<u>Introdução</u>	O Rendimento Social de Inserção (RSI), define-se como uma medida política que visa garantir às famílias mais pobres um rendimento que lhes permita aceder, por um lado, a um nível mínimo de subsistência e de dignidade, e por outro, a condições e oportunidades básicas para o início de um percurso de inserção social, estando previstas ações no âmbito do emprego, da formação profissional, da educação, da saúde, da ação social e da habitação. O RSI, atua no sentido de promover a inclusão dos mais carenciados, os mais vulneráveis, os mais fragilizados e aqueles em relação aos quais a pobreza afeta de forma mais severa. As equipas de RSI resultam de uma parceria multisectorial entre segurança social, saúde, educação, justiça, entre outros. Visa criar em conjunto com cada agregado um plano de reinserção global da família, que inclui naturalmente diversos aspectos na área da saúde individual e da família. O contributo da saúde garantido pela participação de enfermeiros do Centro de Saúde revela-se um forte contributo na estabilização da saúde destes agregados.
<u>População Alvo</u>	População do concelho do de Vila Viçosa com problemas de ordem social
<u>Objetivos</u>	✓ Promover a vigilância de Saúde dos beneficiários ✓ Promover o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação dos beneficiários ✓ Proceder à assinatura dos acordos de inserção que incluam a saúde, colaborando na sua implementação.

Indicadores:

Fórmula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
Nº de reuniões participadas/Nº de convocatórias para reunião * 100	50%	70%	90%
Nº de beneficiários que cumpriram o acordo /Nº total de beneficiários com acordo assinado na área da saúde*100	100%	100%	100%
Nº de beneficiários encaminhados para UCSP/Nº de beneficiários com acordo assinado com a saúde*100	30%	40%	50%

Atividades:

Participação nas reuniões de equipa do RSI	
Quem	Enfermeiro
Como	Participação ativa
Onde	Instalações da Segurança Social
Quando	A definir

Carga Horária:

Atividades	Enfermeiro		Médico		Psicólogo		Técnica de Serviço Social		Assistente Operacional		Administrativa		Fisioterapeuta	
	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual	Semanal	Anual
Participação nas reuniões de equipa do RSI	4h	208h												
TOTAL	4h	208h												

4.6 Intervenção Precoce

Introdução	O Despacho Conjunto n.º 891/99 de 19 de Outubro de 1999 e que desde Outubro de 2009 se rege pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, prevê que a Intervenção Precoce (IP), seja constituída por uma equipa multidisciplinar. Com base no mesmo despacho os Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho, prevêem o envolvimento da família em todo o processo de intervenção, o estabelecimento de relações de confiança entre os profissionais e as famílias, o trabalho em equipa e a rentabilização de recursos são vértices fundamentais de todo o processo. Desta forma, consideramos que intervir precocemente nas crianças com necessidades educativas especiais (NEE), implica ir ao encontro das famílias, avaliar as suas limitações, carências, bem como das suas diferenças, mostrando que são compreendidas por nós e que juntos pretendemos encontrar meios e soluções, ou pelo menos minimizar os efeitos nefastos no desenvolvimento das crianças. A Equipa de Intervenção Precoce em Vila Viçosa foi criada em Setembro de 2004.
População Alvo	Crianças entre os 0 – 6 anos de idade e respetivas famílias da área de abrangência da UCC. A equipa acompanhou em 2010, 75 crianças, e 60 famílias. Salientamos que o acordo é para 35 crianças
Objetivos	✓ Identificar crianças / família com critérios de acompanhamento em IP ✓ Capacitar as famílias de forma a torná-las mais competentes e independentes do apoio às necessidades especiais dos seus filhos ✓ Desenvolver programas adequados às necessidades específicas de cada criança, com vista à promoção do seu desenvolvimento

Indicadores:

Formula de Cálculo	Meta		
	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
N.º de Visitas domiciliárias (VD) realizadas pelo enfermeiro/n.º de VD solicitadas pela IP * 100	20%	40%	60%
N.º de reuniões participadas por um elemento da UCC/ n.º de convocatórias para reunião * 100	40%	60%	80%

Atividades:

Visitação domiciliária para avaliação da criança e família	
Quem	Enfermeiro
Como	Reunião de equipa multidisciplinar da IP para preparação da VD
Onde	Domicílio, local onde se encontra a criança, UCC
Quando	De 2ª a 6ª feira exceto feriados e tolerâncias de ponto
Reuniões de Equipa de Intervenção Precoce	
Quem	Enfermeiro
Como	Participação ativa, nas discussões de casos
Onde	Sede da IP
Quando	Semanalmente, segunda –feira

Carga Horária:

Atividades	Enfermeiro			Médico			Psicólogo			Técnica de Serviço Social			Fisioterapeuta			Assistente Operacional			Administrativa			Motorista		
	Semana 1	Anua 1		Semana 1	Anua 1		Semana 1	Anua 1		Semana 1	Anua 1		Semana 1	Anua 1		Semana 1	Anua 1		Semana 1	Anua 1		Semana 1	Anua 1	
Visitação domiciliária para avaliação da criança e família		3h																						
Elaboração, desenvolvimento e acompanhamento de Planos de Intervenção na área da saúde		3h																						
Reuniões de Equipa de Intervenção Precoce		3h																						
Avaliação e registo informático dos processos		1h																						
TOTAL		10h	520h																			De acordo com a necessidade		

5. INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

O Centro de Saúde de Vila Viçosa situa-se num edifício antigo da Santa Casa da Misericórdia, estando o novo Centro de Saúde em fase de construção.

Os gabinetes deverão ter em conta o número de profissionais da UCC e os programas específicos que o integram, consideramos que necessitamos de 1 gabinete, uma sala para reuniões/formação e uma sala tipo *open space* para diversos profissionais, todos com ponto de rede à Internet, telefone e vestiários.

Necessitamos também de uma sala de armazenamento para material de consumo clínico e esterilizado e um espaço de armazenamento de material contaminado.

Os recursos materiais necessários deverão estar de acordo com as características da unidade de forma a dar resposta com qualidade a todos os serviços, nomeadamente material para equipamento dos consultórios, gabinetes, ginásio, equipamentos para visita domiciliária, equipamento dos vestiários e outros a definir à posteriori. Necessitamos ainda de fardas e protetores chuva/ frio para a visita domiciliária.

MATERIAL	QUANTIDADES
Impressoras	2
Computadores	4
Computador portátil	1
Projektor de vídeo	1
Impressoras multifunções	1 (substituindo uma das impressoras)
Fotocopiadora	1
Acesso internet/telefone	Todos os computadores
Pen Drive 8 GB	2
Telefones	4
Telemóveis	2
Secretárias computador	4
Bloco rodado com gavetas	4
Cadeiras giratórias com braços	4
Cadeiras sem braços	6
Ficheiros/armário para processos	2 (consoante a capacidade)
Placards	De acordo com o nº de salas
Cestos de secretária (arruma papéis)	4
Papeleiras	4
Agrafador, desagrafador e furador	4
Material consumo escritório	
Contentor de triagem de resíduos	2

Mesa de reuniões	1
Estante de livros	1
Cadeiras	6
Estante fechada para armazenar material de consumo clínico e esterilizado.	1
Estante aberta com prateleiras para arrumação de equipamento diverso a utilizar na prestação de cuidados.	1 (depende da capacidade)
Termómetros auriculares	2
Otoscópio	1
Máquinas de determinação de glicémia	2
Balança portátil	1
Fita métrica	2
Estetoscópios	3
Esfigmomanómetros	3
Contentores resíduos hospitalares para viaturas	1
Material de consumo clínico	
Caixas para transporte de dispositivos (material penso)	2
Máquina Fotográfica Digital	1
Frigorífico para armazenamento de medicamentos	1
Cofre para medicação específica	1
Aspirador portátil de secreções	1

Quadro nº 8 – Listagem de recursos materiais necessários.