

PLANO DE AÇÃO



Unidade Local de Saúde
de Castelo Branco, E.P.E.
UNIDADE DE GESTÃO INTEGRADA DE SAÚDE
FAMILIAR E COMUNITÁRIA DA BEIRA INTERIOR SUL
Centro de Saúde de Castelo Branco

PLANO DE AÇÃO

Coordenadora : Maria Odete
Ribeiro Coelho Vicente

ÍNDICE

1- Introdução -----	6
1.1- Caracterização do Concelho de Castelo Branco -----	9
1.2- Subscrição da candidatura -----	24
1.3- Compromisso assistencial -----	27
1.4- Programas da carteira de serviços -----	28
2- Ação de saúde para crianças e jovens em risco -----	29
2.1- Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco -----	30
2.2- Comissão de proteção de crianças e jovens em risco -----	38
3- Cuidados continuados integrados e Cuidados paliativos -----	45
4- Intervenção comunitária em estomatoterapia -----	65
5- Intervenção comunitária em saúde mental -----	75
5.1- Intervenção psicossocial no acompanhamento pós-alta em doentes alcoólicos -----	76
5.2- Cuidar positivo -----	85
5.3- Por uma vida sem (de)pressão -----	92
5.4- Intervenção psicoeducativa em comportamentos associados ao excessivo consumo de bebidas alcoólicas em idades jovens -----	98
6- Melhoria contínua/Qualidade/Formação -----	105
7- Programa nacional de saúde escolar -----	116
8- Rede social -----	138
9- Rendimento social de inserção -----	144
10- Sistema nacional de intervenção precoce na infância -----	151

SIGLAS

ACES BIS - Agrupamento de Centros de Saúde
AERC- Actividades e Respectivo Cronograma
AES- Acção de Educação para a Saúde
ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro
ASSISTENTE OPERAC. - Assistente Operacional
AT- Ajudas Técnicas
ATL - Actividades de Tempos Livres
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAD – Centro Atendimento e Despiste da Sida
CB - Castelo Branco
CCI - Cuidados Continuados Integrados
CD- Consulta no Domicilio
CDP- Centro Diagnóstico Pneumológico
CRAP- Centro de Recursos Assistenciais Partilhados
CIJE- Casa de Infância e Juventude
CITTI- Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado
CLASCB - Conselho Local de Acção Social de Castelo Branco
CMCB - Câmara Municipal de Castelo Branco
CPCJ - Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
CPO – Cariados, Perdidos e Obturados
CS - Centro de Saúde
CSCB - Centro de Saúde de Castelo Branco
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CSP- Centro de Saúde de Penamacor
CSVVR- Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão
DE – Diagnóstico Enfermagem
DE RUP - Diagnóstico Enfermagem de Risco de Úlcera de Pressão
DGS – Direcção - Geral da Saúde
DQS- Departamento Qualidade Saúde
DS- Diagnóstico de Saúde
EB - Ensino Básico
ECCI - Equipa Cuidados Continuados Integrados

ECL- Equipa Coordenadora Local

EE- Estabelecimento Ensino

EGA- Equipa Gestão de Altas

EGS- Exame Global de Saúde

ELI - Equipa Local Intervenção

GPCG_ Gabinete Planeamento e Controle da Gestão

GQ- Grupo Qualidade

HAB - Habitantes

HAL – Hospital Amato Lusitano

HO-Higienista Oral

ICD- AD - Instrumento de Colheita de Dados - Administração Directa

ICE- Intervenção Comunitária em Estomaterapia

IMC - Índice de Massa Corporal

IPCB- Intervenção Precoce de Castelo Branco

IPDT- Instituto Português da Droga e Toxicoddependência

IPI - Intervenção Precoce na Infância

IPSS - Instituições Particulares Solidariedade Social

IST- Infecções Sexualmente transmitidas

LSP- Linha de Saúde Pública

MCSP- Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS- Ministério da Saúde

NACJR- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NEE - Necessidades Educativas Especiais

NLI - Núcleo Local de Inserção

NSE - Necessidades de Saúde Especiais

OMS - Organização Mundial da Saúde

PIAF- Plano Individualizado de Apoio à Família

PII- Plano Individual de Intervenção

PIIP- Plano Individual de Intervenção Precoce

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PSI - Plano de Saúde Individual

RCTFPTI- Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RS- Rede Social

RSI - Rendimento Social de Inserção

RUP- Risco de Úlcera de Pressão

SAM- Sistema de Apoio Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SE – Saúde Escolar

SGQ- Sistema de Gestão da Qualidade

SINUS - Sistema de Informação Nacional das Unidades de Saúde

SNIPi- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TSCN- Técnico Superior de Ciências Nutrição

TSP- Técnico Superior Psicologia

TSPE- Técnico Superior de Planeamento e Estatística

TSSS - Técnico Superior de Serviço Social

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCCB - Unidade de Cuidados na Comunidade de Castelo Branco

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF- Unidades Funcionais

UND- Unidade de Nutrição e Dietética

USO- Unidade de Saúde Oral

US- Unidade Social

UGIBIS- Unidade de Gestão Integrada de Saúde Familiar e Comunitária da Beira Interior Sul

UGICIR- Unidade de Gestão Integrada de Cirurgia

UGIMED- Unidade de Gestão Integrada de Medicina

ULSCB,EPE – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

UP – Úlcera de Pressão

USP - Unidade de Saúde Pública

VD - Visita Domiciliária

VVR- Vila Velha de Ródão

Observações:

- 1- Ocasionalmente, nas tabelas, são apresentados termos linguísticos, com tamanho de letra inferior à padronizada. Tal deve-se unicamente à incompatibilidade do espaço da célula em relação ao termo linguístico.
- 2- Em AERC o perfil profissional é apresentado por ordem alfabética de “perfil”.
1. 3 - Os programas da carteira de serviços são apresentados por ordem alfabética.

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o Decreto-Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. O despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, aprovou o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. À posteriori o Decreto –Lei nº318/2009 de 2 de Novembro, criou a Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, por integração do Hospital Amato Lusitano , com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde : Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão, e Vila de Rei.

Pretende-se que esta organização da prestação de cuidados, permita uma gestão rigorosa, equilibrada, baseada nas necessidades de saúde da população e acima de tudo a melhoria no acesso aos cuidados de saúde e à possibilidade de se alcançar maiores ganhos em saúde.

A nova estrutura organizacional dos Centros de Saúde assenta em pequenas unidades funcionais. A Unidade de Cuidados na Comunidade é uma unidade funcional e a sua actividade desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica em intercooperação com as demais unidades funcionais.

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. São constituídas por equipas multi-profissionais, e têm como objectivo prestar cuidados de saúde, bem como apoio social e psicológico de âmbito domiciliário e comunitário. Além disso, desempenham um papel importante na educação para a saúde.

Como já foi referido o Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. A missão centra-se na “ .. prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção ” .

O compromisso assistencial da UCC de Castelo Branco é constituído pela prestação de cuidados que consta da carteira de serviços, ora apresentada, e que incluem os seguintes programas:

- Ação de saúde para crianças e jovens em risco:
 - Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco;
 - Comissão de protecção de crianças e jovens; núcleo de apoio a crianças e jovens em risco.
- Cuidados continuados integrados e Cuidados paliativos
- Intervenção comunitária em estomaterapia
- Intervenção comunitária em saúde mental:
 - Intervenção psicossocial no acompanhamento pós-alta em doentes alcoólicos;
 - - Cuidar positivo;
 - - Por uma vida sem (de)pressão;
 - Intervenção psicoeducativa em comportamentos associados ao excessivo consumo de bebidas alcoólicas em idades jovens
- Melhoria contínua/Qualidade/Formação
- Programa nacional de saúde escolar
- Rede social
- Rendimento social de inserção
- Sistema nacional de intervenção precoce na infância

Pretendemos promover a saúde nas diferentes fases do ciclo de vida do indivíduo, no seu contexto familiar e social. Actuar na prevenção primária, secundária e terciária, em articulação com todos os profissionais dos cuidados de saúde primários, secundários ou outros, através do desenvolvimento de projectos de intervenção comunitária e domiciliária com os indivíduos dependentes e os prestadores informais.

Propomo-nos aceitar o desafio de acolher e orientar os utentes na sua busca de saúde. Para alcançar esse objectivo iremos promover todo o tempo e por todos os meios possíveis, o conceito da responsabilização do utente, como agente indispensável no processo contínuo de melhoramento dos serviços de saúde, estimulando o exercício adequado da sua cidadania. Apostamos também na continuidade de projectos de intervenção comunitária que já existem.

A equipa é composta por enfermeiros, médico, assistente social, assistente técnico, assistente operacional, técnico superior, higienista oral, nutricionista, e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

Concretamente no que concerne à sua população alvo, a UCCCB pretende intervir na área geodemográfica do concelho de Castelo Branco e no concelho de Vila Velha de Ródão com alguns serviços.

Com a criação da ULS de Castelo Branco¹, como um modelo organizacional assente em novas estratégias e competências, que visam proporcionar a centralidade do cidadão no novo sistema, potenciando a implementação das novas unidades orgânicas, estamos cientes que a população obterá ganhos em saúde, em que certamente a UCCCB dará o seu contributo.

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE CASTELO BRANCO

O conhecimento da comunidade em que a equipa multidisciplinar da UCCCB realiza a sua actividade é de importância fundamental para o desenvolvimento do seu trabalho.

Para a elaboração do Plano de Acção foram sugeridos² alguns indicadores de informação demográfica, social e económica, que serão aqui referenciados, para além de outros que consideramos importantes na caracterização da nossa comunidade.

Os diversos elementos de uma comunidade partilham características e, frequentemente, têm problemas comuns, tornando-se imperioso o seu conhecimento, no sentido de estabelecer prioridades em termos de saúde e implementar programas de prevenção da doença e promoção da saúde realistas, face às necessidades identificadas.

As características sócio-demográficas do concelho de Castelo Branco (o tipo de povoamento e a estrutura da população, os elevados índices de envelhecimento e de dependência), justificam o desenvolvimento de unidades de prestação de cuidados de âmbito domiciliário e comunitário. A cidade e o concelho de Castelo Branco assumiram também, durante a última década um papel de polarização no contexto da região onde se inserem. Para tal, tem contribuído a melhoria das condições materiais básicas de conectividade territorial com outras cidades e regiões adjacentes.

¹ Decreto –Lei nº318/2009 de 2 de Novembro, que criou a Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, por integração do Hospital Amato Lusitano, com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde : Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão, e Vila de Rei.

² Documento de suporte à implementação da UCC- Missão dos Cuidados de Saúde Primários, Março 2009

1.1.2- LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O concelho de Castelo Branco, com uma área de 1440 Km², insere-se na NUT II Centro e NUT III Beira Interior Sul. Dista 250Km de Lisboa e 260Km do Porto.



Faz fronteira a norte com o concelho do Fundão; a sul com o de Vila Velha de Ródão e com o rio Tejo que o separa da vizinha província espanhola de Cáceres. A oeste o concelho de Castelo Branco é limitado pelos concelhos de Oleiros e Proença-a-Nova e a este pelo concelho de Idanha-a-Nova.

O concelho de Castelo Branco é servido de boas acessibilidades que, de forma fácil e rápida, permite estabelecer ligação com os principais centros urbanos. Na rede viária salientam-se a auto-estrada A23 que faz a ligação a norte à A25 (IP5), que por seu turno permite a ligação ao Porto e à fronteira de Vilar Formoso, enquanto a sul faz a ligação à A1, que permite a ligação a Lisboa, Coimbra, Figueira da Foz, Porto.

A ligação aos concelhos vizinhos é efectuada pelo IC8 e IC6 e também por estradas regionais e nacional 233.

Com a abertura ao tráfego do último lanço do IC 8, Proença-a-Nova / Perdigão, que integra a Subconcessão do Pinhal Interior, ficou concluída uma importante ligação, transversal ao País, entre a Figueira da Foz e a A23 junto a Vila Velha de Rodão.

A entrada em serviço deste lanço com uma extensão de cerca de 16 km permitiu a conclusão do Itinerário Complementar 8 (IC8) garantindo, assim, uma ligação entre as principais autoestradas

de acesso ao norte e sul do país, como A 17, A 1, A 13 e A 23. A conclusão do IC8, que atravessa os distritos de Coimbra, Leiria e Castelo Branco, irá melhorar a acessibilidade dos diversos concelhos que se situam nas proximidades do mesmo, permitindo ganhos significativos em termos de tempos de viagem.

Está ainda ligado a Espanha pela ER240 e IC31. O concelho está também ligado por ferrovia a Lisboa e à linha do Norte, permitindo a ligação à linha internacional da Beira Alta, que faz a ligação ferroviária com a Europa.

1.1.3- ENQUADRAMENTO GEOGRÁFICO

O concelho de Castelo Branco abrange 25 freguesias, com um total de 56.109 habitantes, segundo os censos de 2011. A única freguesia urbana é a de Castelo Branco. Alcains e Cebolais de Cima são medianamente urbanas. As restantes são todas rurais: Almaceda; Benquerenças, Cafêde, Escalos de Baixo, Escalos de Cima, Freixial do Campo, Juncal do Campo, Lardosa, Louriçal do Campo, Lousa, Malpica do Tejo, Mata, Monforte da Beira, Ninho do Açor, Póvoa de Rio de Moínhos, Retaxo, Salgueiro do Campo, Santo André das Tojeiras, São Vicente da Beira, Sarzedas, Sobral do Campo e Tinalhas.

A dinâmica global de crescimento da população residente no concelho de Castelo Branco ao longo das últimas décadas é fundamentalmente caracterizada pela relativa estabilidade patenteada pelo efectivo populacional.

Segundo os censos de 2001 a população residente no concelho de Castelo Branco era de 55.708 e segundo os censos de 2011 a população residente era de 56.109. Houve aqui um crescimento de 401 habitantes. Verifica-se uma taxa de variação positiva de 0,7%.

O concelho tem uma densidade populacional de 39hab/ km², superior à dos restantes concelhos da Beira Interior mas inferior às médias do País (113hab/km²) e do Centro (83hab7km²).

A análise populacional por freguesia permite constatar algumas diferenças significativas verificando-se uma acentuada dicotomia urbano/rural. Com efeito, apenas existe crescimento populacional nas freguesias de Castelo Branco (12,8%), e Alcains (1,9%). Nas restantes freguesias registam-se decréscimos demográficos particularmente acentuados nas freguesias de Almaceda, Monforte da Beira, Santo André das Tojeiras, Malpica, Sobral do Campo e Juncal do Campo.

Na tabela 1, apresentada, salienta-se a evolução da população residente no concelho de Castelo Branco, por freguesia, de acordo com os Censos de 2001 e 2011.

Tabela 1: Evolução da população residente

Freguesias	População Residente-2001	População Residente-2011	Variação (%)	Hab/Km2
Castelo Branco	31240	35242	12,8	184,4
Alcains	4929	5022	1,9	129,0
Almaceda	943	677	-28,2	13,5
Benquerenças	725	720	-0,7	13,0
Caféde	289	263	-9,0	18,5
Cebolais de Cima	1290	1026	-20,5	111,0
Escalos de Baixo	946	746	-21,1	19,0
Escalos de Cima	1110	938	-15,5	90,0
Freixial do Campo	537	468	-12,8	29,0
Juncal do Campo	500	355	-29,0	24,5
Lardosa	1044	961	-8,0	24,0
Louriçal do Campo	805	636	-21,0	37,0
Lousa	752	621	-17,4	22,0
Malpica do Tejo	758	517	-31,8	2,1
Mata	590	470	-20,3	25,0
Monforte da Beira	506	378	-25,3	3,1
Ninho do Açor	473	380	-19,7	43,0
Póvoa Rio Moínhos	685	663	-3,2	28,0
Retaxo	1047	843	-19,5	90,0
Salgueiro Campo	965	891	-7,7	34,0
Stº André Tojeiras	1033	747	-27,7	15,0
São Vicente Beira	1597	1259	-21,2	17,0
Sarzedas	1738	1335	-23,2	12,0
Sobral do Campo	516	366	-29,1	20,0
Tinalhas	690	585	-15,2	39,0
Total do concelho	55708	56109	2,57	39,0

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

Em 2011 cerca de 62% da população do concelho residia na freguesia de Castelo Branco. As freguesias rurais têm sofrido um despovoamento acentuado principalmente nas faixas etárias mais jovens e em idade activa. Consequentemente os índices de envelhecimento apresentam valores extremamente elevados.

Na grande maioria das freguesias regista-se um envelhecimento na base (resultante da elevada proporção de idosos) e no topo (resultante da diminuição em termos percentuais e absolutos dos estratos populacionais mais jovens) das pirâmides etárias, o que condiciona fortemente o rejuvenescimento populacional e as actividades económicas uma vez que a maioria da população já ultrapassou a idade activa.

A população residente por lugar reparte-se na sua maioria por lugares de 20.000 a 49999 habitantes (cerca de 62%) que é o caso da freguesia de Castelo Branco; seguindo-se os lugares até 1999 habitantes com 34% da população, e os de 2.000 a 4.999 habitantes com 8%. A população isolada corresponde a 3% da população total.

1.1.4- ESTRUTURA DA POPULAÇÃO

Considerando os dois últimos censos e fazendo uma análise comparativa de alguns indicadores demográficos, verificamos que o ganho populacional de 0,7% reflecte-se de maneira distinta nas várias classes etárias, tal como se pode constatar na tabela 2: onde se observa um claro decréscimo nos escalões mais jovens, sobretudo na faixa 0-14 anos (-4,1%), dos 15-24 anos (-23,7%) um acréscimo acentuado na população idosa (8,5%) e um acréscimo mais ligeiro (4,6%) na faixa etária 24-64 anos o que constitui um factor positivo uma vez que aumenta a população activa.

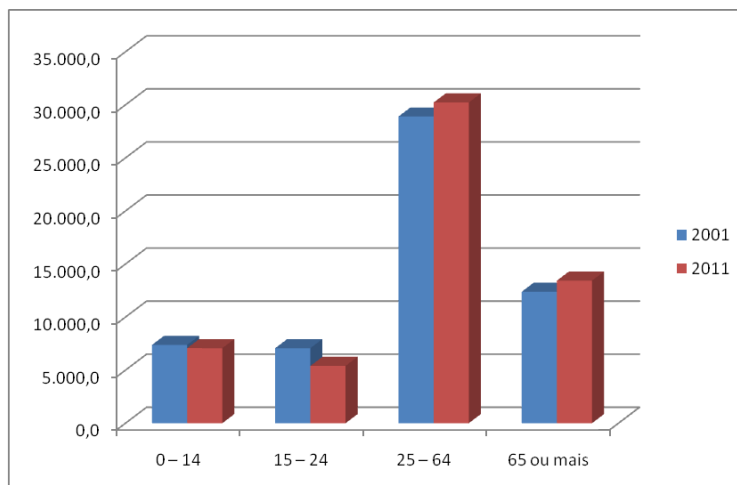
Tabela 2: População residente no concelho de Castelo Branco segundo grandes grupos etários (Censos de 2001 e 2011)

	0 – 14	15 – 24	25 – 64	65 ou mais
2001	7.369,0	7.066,0	28.893,0	12.380,0
2011	7.067,0	5.394,0	30.215,0	13.433,0
Variação	-4,1	-23,7	4,6	8,5

Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

De facto, o aumento de 0,7%, da população verifica-se nos grupos etários dos 25-64 anos e nos maiores de 65 anos, como podemos observar pelo gráfico seguinte:

Gráfico 1: Evolução da população residente segundo os grandes grupos etários



Fonte: INE, Censos 2001 e 2011

Conforme se pode constatar o processo de envelhecimento pode ser descrito numa dupla dimensão, que se traduz num forte agravamento da relação idosos / jovens, a qual passou de 168 idosos para 189 idosos por cada 100 jovens, sendo que em 2011 o grupo etário dos maiores de 65 anos representava 23,9 %. O elevado número de habitantes com 65 e mais anos reflecte-se no número de pensionistas por 100 habitantes (28,5%) que é superior à média do país (24.2 %).

A baixa taxa de natalidade aliada ao aumento da esperança de vida contribuem para um aumento do envelhecimento da população e consequentemente dos problemas de saúde que lhe estão associados.

Neste contexto, pode-se concluir que a evolução da estrutura etária da população residente no concelho, inicia uma trajectória preocupante em matéria de equilíbrio inter-gerações, sendo por isso possuidora de impactos económicos e sociais complexos.

O índice de envelhecimento e o índice de dependência são exemplo dessa preocupação, como se observa pela tabela nº 3.

A percentagem de população jovem representa 12,6% da população. O índice de vitalidade (população com 65 e mais anos/população (0-14) x100), da população residente nas freguesias abrangentes pela UCCCB é de 189%, enquanto que o índice de longevidade (população com 75 e mais anos/população 65 e mais anos) x100) é 54,1 %. O elevado Índice de Longevidade registado nesta população a par do acentuado e preocupante rácio de dependência dos idosos, atestam

de forma bastante explícita o desequilíbrio estrutural da população. Este preocupante cenário acarreta graves consequências a nível social e a nível dos serviços de saúde, pelo que urge delinear uma estratégia devidamente enquadrada e integrada que vise o rejuvenescimento e fixação da população activa, bem como uma estrutura de cuidados de saúde que permita uma prestação de cuidados aos indivíduos que a curto prazo irão ficar potencialmente dependentes.

Tabela 3: Índices demográficos

	2011
População residente	56.109
% população masculina	47,7
% população feminina	52,3
Grupos etários	
0-14 anos	7.067
15-24 anos	5.394
25-64 anos	30215
>=65 anos	13.433
Densidade populacional	39 Hab/Km2
Taxa bruta de Natalidade	8,1‰
Taxa bruta de Mortalidade	13,2‰
Taxa bruta de Nupcialidade	3,4‰
Taxa de Fecundidade	36,9‰
Taxa de Crescimento Natural	-0,51%
Taxa de Crescimento Efectivo	-0,69%
Índice de Envelhecimento	192%
Índice de Dependência Total	58%
Índice de Dependência Idosos	38%
Índice de Dependência Jovens	20%
Índice de Longevidade	52,8 anos
Taxa de Analfabetismo	6,95%
Taxa de Desemprego	10,57%
Famílias Clássicas (Nº)	23244
Índice de Vitalidade (%)	192%
Índice de Pearl (%) (2001)	62,7
Índice de Longevidade (%)	54,1

Fonte: INE, Censos 2011

1.1.5- NATALIDADE E MORTALIDADE

A taxa de natalidade no concelho de Castelo Branco é de 8,1/1000, inferior à média do País (9,2/‰), mas ligeiramente superior à da NUT III Beira Interior. Quanto à taxa de mortalidade, é superior à do País (9,7/‰), embora na NUT III seja bastante superior (15,6/‰).

O Índice Vital de Pearl é utilizado para se saber se uma determinada população está a crescer ou a diminuir. No caso do concelho de Castelo Branco regista-se um saldo negativo que se traduz num número de nascimentos inferior ao número de óbitos o que nos leva a concluir que a população deste Concelho está a envelhecer.

Tabela 4: Taxas de Natalidade e Mortalidade

	Taxa de natalidade (‰)	Taxa de mortalidade (‰)
Castelo Branco	8,1	13,2
Beira Interior Sul	7,3	15,6
Centro	7,9	11,3
Portugal	9,2	9,7

Fonte: INE Anuário Estatístico da Região Centro 2011

As principais causas de morte no concelho são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos à semelhança do distrito e do continente.

1.1.6 – NÍVEIS DE ESCOLARIDADE

A repartição da população por níveis de escolaridade mostra que a percentagem da população sem qualificação académica tem vindo a diminuir. Ao invés a população com níveis de escolaridade média ou superior tem vindo a aumentar, como é desejável.

Apesar do peso da população idosa (não activa) nas baixas qualificações, estes dados não deixam de ser preocupantes, pois indiciam uma baixa qualificação da mão-de-obra podendo traduzir-se num factor limitativo para a instalação de empresas, quer para o progresso do concelho.

A Taxa de Analfabetismo sofreu um decréscimo de 43,8% entre 2001 e 2011 no concelho de Castelo Branco acompanhando a tendência nacional. Castelo Branco é o concelho da Beira Interior Sul, que regista a menor taxa de analfabetismo.

Tabela 5 - População residente por níveis de escolaridade

Nível da qualificação	2001	2011	$\Delta\%$
Sem nível de escolaridade	10730	6.030	-43,8
Ensino básico :			
1º ciclo	14475	13.389	-7,5
2º ciclo	5536	4.514	-18,5
3º ciclo	7407	9.045	22,1
Ensino secundário	6094	8.265	35,6
Ensino profissional	366	449	22,7
Ensino superior	3731	7.310	95,9

Fonte: <http://www.pordata.pt>

O número de estabelecimentos de ensino segundo o grau de ensino, é superior no ensino público, quer para a região da Beira Interior Sul quer para o concelho de Castelo Branco. A rede de cobertura do ensino público é bastante alargada o que poderá traduzir a pouca expressão do número de estabelecimentos do ensino privado, com a excepção da rede do ensino pré-escolar onde a cobertura do ensino ao nível do público é semelhante à do privado. Relativamente ao número de alunos matriculados segundo o ensino ministrado, também aqui a prevalência vai para o ensino público, também com excepção para o ensino pré-escolar, tal como acontece em relação ao número de estabelecimentos de ensino. O concelho de Castelo Branco tem estabelecimentos de todos os graus de ensino.

1.1.7- Distribuição da população residente por famílias

Entre 1991 e 2011, verificou-se um aumento do número de famílias clássicas no concelho de Castelo Branco á semelhança da região centro e do continente.

Tabela 6: Famílias clássicas residentes no concelho entre 1991 e 2011

Anos	1991	2001	2011
Famílias Clássicas	19.883	21.533	23.244

Fonte: INE, censos 1991, 2001 e 2011

Quanto à dimensão das famílias em 2011 sobressaem as famílias constituídas por dois e três membros. Ainda em 2011 verifica-se um aumento das famílias com dois e três membros e salienta-se o aumento das famílias com um membro.

Como conclusão salienta-se que houve um aumento das famílias de menor dimensão (mais de 4,4% famílias com apenas 1 pessoa, 3,8% com 2 membros e 3,7% com 3 membros). Nota-se um decréscimo dos agregados familiares mais numerosos, sobretudo nos que têm quatro, cinco, seis e mais membros.

1.1.8- INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

A taxa de actividade refere-se à razão entre a população activa e a população residente e, entre outros aspectos, permite inferir sobre o grau de dependência da população. De acordo com os dados do último Recenseamento Geral da População (2011), a taxa de actividade total (homens e mulheres) da Beira Interior Sul era de 41%, menos 7 pontos percentuais que a média do País. O concelho de Castelo Branco aproxima-se da média do País, com uma taxa de actividade de 45,2%.

Em relação à taxa de emprego, ou seja, à proporção da população empregada no total da população em idade activa o panorama difere ligeiramente da análise à taxa de actividade. Enquanto que no País o valor observado ultrapassava os 66% de activos empregados, na Beira Interior Sul a média era de 64%. Estes valores revelam uma baixa produtividade/profissionalização dos recursos humanos. Por sua vez o concelho de Castelo Branco apresentava uma taxa de emprego em consonância com os valores do País, cerca de 66%.

Nas empresas com sede na região, quer ao nível do concelho de Castelo Branco, quer ao nível da Beira Interior Sul, destacam-se as de agricultura no sector primário, as de construção no sector secundário e as de comércio por grosso e retalho. De realçar que ao nível do sector primário, o

destaque vai para o maior número de homens empregados no ramo da agricultura; no sector secundário ainda que o maior número de população empregada sejam homens, em que o destaque vai para o ramo da construção, há no entanto uma mão-de-obra feminina considerável quer no ramo da confecção quer na fabricação de equipamento eléctrico; já ao nível do sector terciário o maior número de população empregada são mulheres, com maior expressão no comércio por grosso e retalho, administração pública, ensino e actividades de saúde humana.

A repartição da população empregada pelos sectores de actividade aponta para um maior número de população no sector terciário. Em segundo lugar surge o sector secundário e por último o sector primário. A agricultura, que foi até há bem pouco tempo a actividade dominante ocupando a maioria dos seus habitantes, encontra-se agora em fase de declínio. Esta análise é igual quer para o concelho quer para a região da Beira Interior.

A tipologia demográfica, a natureza das actividades económicas maioritariamente terciárias e secundárias, os equipamentos desportivos e culturais, os serviços privados e públicos, nomeadamente no campo da saúde, do ensino e da administração, fazem acentuar a natureza “urbana” do concelho.

Em relação à taxa de desemprego esta sofreu um aumento, á semelhança do País. No último trimestre de 2012, e segundo dados do INE a taxa de desemprego em Portugal situava-se nos 15,8%. O concelho de Castelo Branco apresentava um valor de 12,1%.

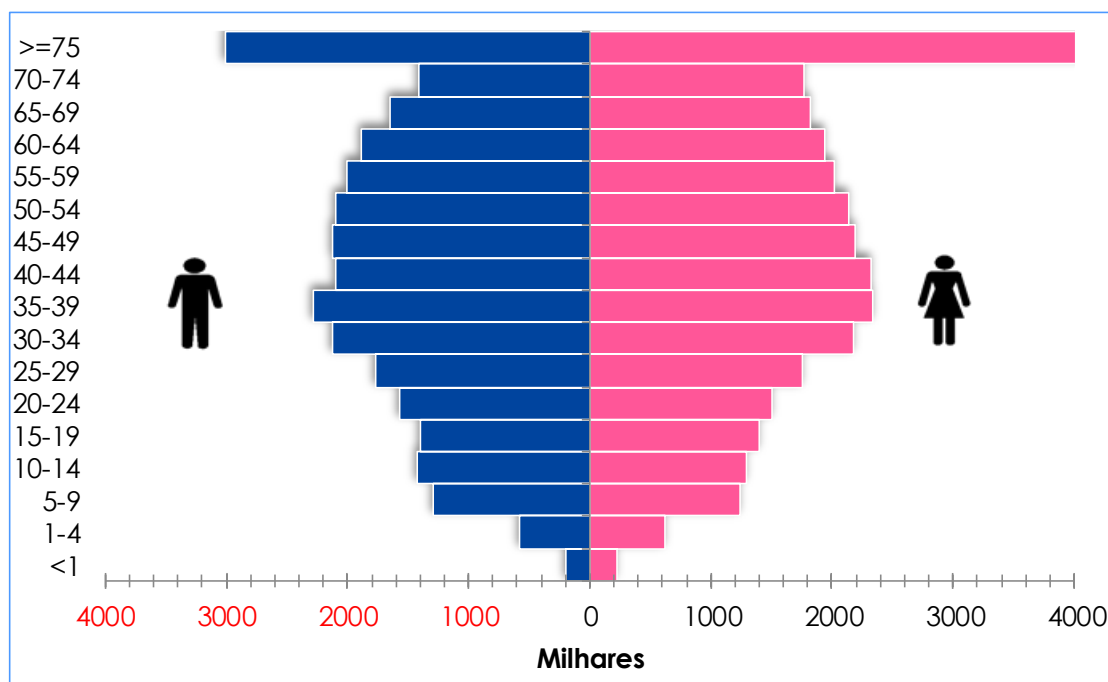
1.1.9- UTENTES RESIDENTES NO CONCELHO DE CASTELO BRANCO E UTENTES INSCRITOS NAS UF DOS CENTROS SAÚDE DE CASTELO BRANCO

A tabela 7 salienta a distribuição da população residente no concelho de Castelo Branco segundo os grupos etários.(os dados apresentados reportam-se ao Censo de 2001, dado a indisponibilidade dos mesmos nos CENSUS 2011)

Tabela 7: Distribuição da população residente segundo os grupos etários

Grupos Etários	Nº de residentes	%
0 - 4 anos	2.262	4,06
5 - 9 anos	2.401	4,30
10 - 14 anos	2.706	4,85
15 - 19 anos	3.249	5,83
20 - 24 anos	3.817	6,85
25 - 29 anos	3.763	6,75
30 - 34 anos	3.702	6,64
35 - 39 anos	3.898	6,99
40 - 44 anos	3.900	7,0
45 - 49 anos	3.753	6,73
50 - 54 anos	3.473	6,23
55 - 59 anos	3.152	5,65
60 - 64 anos	3.252	5,83
65 - 69 anos	3.578	6,42
70 - 74 anos	3.262	5,85
75 - 79 anos	2.640	4,73
80 - 84 anos	1.553	2,78
85 - 89 anos	961	1,72
90 ou +	386	0,69
Total	55.708	100

Fonte: INE, Censos 2001



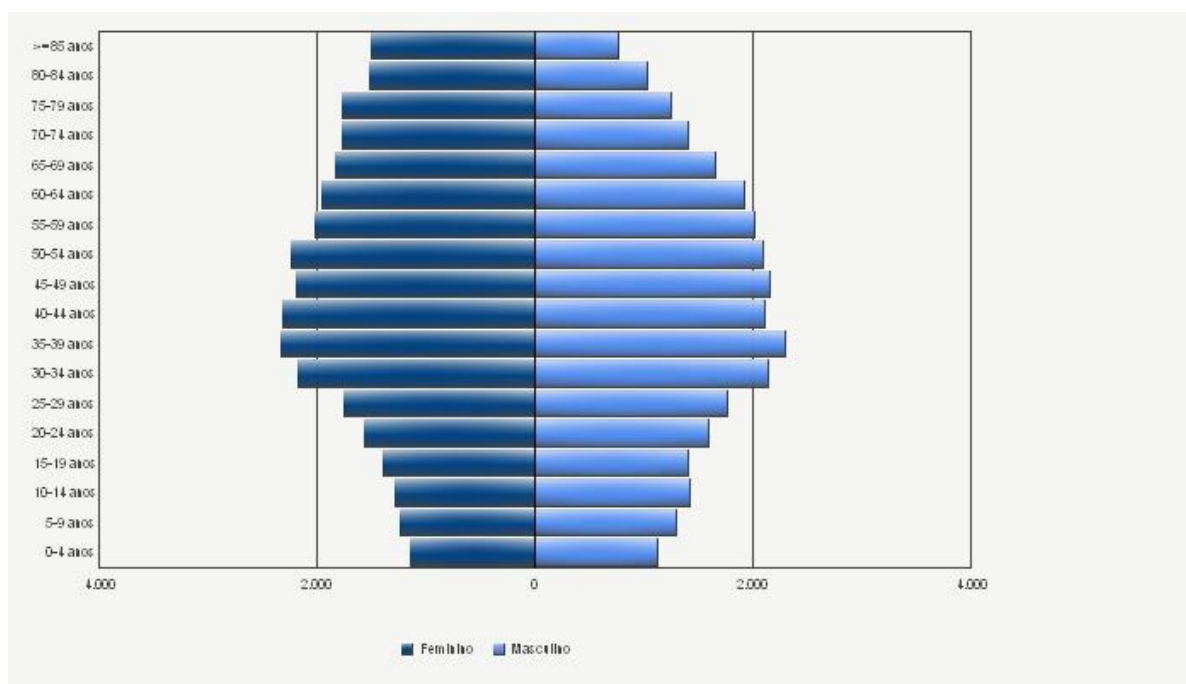
Pirâmide etária dos residentes

A tabela seguinte salienta a distribuição da população inscrita nas UF dos Centros de Saúde de Castelo Branco

Tabela 8: Distribuição da população inscrita nos Centros de Saúde de Castelo Branco (Num total de 61.404 utentes)

Grupo Etário	Sexo	
	Feminino	Masculino
>=85 anos	1.504	767
80-84 anos	1.525	1.019
75-79 anos	1.769	1.242
70-74 anos	1.767	1.405
65-69 anos	1.828	1.651
60-64 anos	1.963	1.913
55-59 anos	2.022	2.005

50-54 anos	2.236	2.094
45-49 anos	2.186	2.159
40-44 anos	2.325	2.100
35-39 anos	2.334	2.288
30-34 anos	2.183	2.129
25-29 anos	1.761	1.765
20-24 anos	1.571	1.581
15-19 anos	1.402	1.396
10-14 anos	1.294	1.419
5-9 anos	1.243	1.286
0-4 anos	1.147	1.125



Pirâmide etária dos inscritos

Na tabela seguinte podemos verificar o cálculo ponderado da população inscrita nas UF da área de influência da UCCCB, de acordo com a sugestão da Missão dos Cuidados de Saúde Primários.

Tabela 7: Cálculo ponderado da população inscrita nas UF dos Centros de Saúde do concelho de Castelo Branco

Grupo etário	Nº utentes inscritos nas UF do C.S.C.B.	Cálculo ponderado
0 - 6 anos	3252	$3252 \times 0 = 0$
7 -18 anos	6422	$6422 \times 1.5 = 9633$
19 - 64 anos	37253	$37253 \times 1 = 37253$
65 - 74 anos	6651	$6651 \times 2 = 13302$
75 e mais anos	7826	$7826 \times 2.5 = 19565$
TOTAL	61404	79753

Fonte: SIARS

Os dados relativos aos índices de dependência da população inscrita nas UF (dos dois Centros de Saúde) da área de abrangência da UCCCB são muito semelhantes aos da população residente no concelho de Castelo Branco.

Os 61.404 utentes inscritos nos Centros de Saúde, repartem-se fundamentalmente (67,9%) pelas equipas que exercem a sua actividade na cidade de Castelo Branco, no Centro de Saúde de S. Tiago e no Centro de Saúde de S. Miguel, enquanto que cerca de 32% dos utentes inscritos usufruem da prestação de cuidados de saúde nas 18 extensões de saúde dispersas pelo concelho. Destas, 14 estão anexadas ao Centro de Saúde de S. Tiago³ e 4 ao Centro de Saúde de S. Miguel⁴.

Com a criação da ULS de Castelo Branco, como um modelo organizacional assente em novas estratégias e competências, que visam proporcionar a centralidade do cidadão no novo sistema, potenciando a implementação das novas unidades orgânicas, em que se prevê uma maior e mais fácil interligação entre o HAL e os CS, veio abrir/alargar canais de comunicação entre os Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Diferenciados, reflectindo-se na obtenção de ganhos em saúde.

³ Para mais informação consultar o site do “Portal da Saúde”.

⁴ Para mais informação pode ser consultada o site do “Portal da Saúde”.

1.2- SUBSCRIÇÃO DA CANDIDATURA

Os profissionais identificados, na tabela seguinte, integram a equipa multiprofissional da UCC de Castelo Branco e subscrevem nominalmente o Plano de Acção e o Compromisso Assistencial de acordo com a Despacho Normativo n.º10143/2009, de 16 de Abril.

A equipa multiprofissional da UCCCB compromete-se a elaborar o regulamento interno e a carta da qualidade da UCCCB no prazo máximo de sessenta dias, após o início de actividades.

No formulário de candidatura, o endereço da UCCCB é a correspondente ao Centro de Saúde de S. Tiago⁵, pelo que no manual da qualidade da UCCCB os capítulos referentes ao “Plano de Emergência”, “Plano de Higienização”, “Plano de Manutenção”, “Gestão de Resíduos” será construído / elaborado em conjunto com os colaboradores/profissionais das outras unidades funcionais, pertencentes ao espaço físico “Centro de Saúde de S. Tiago”.

1.2.1- IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS/COLABORADORES DA UCCCB⁶

NOME	PERFIL PROFISSIONAL	Nº HORAS / Semana UCCCB
Maria Odete Ribeiro Coelho Vicente	Enfermeiro Chefe ; Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade; Formação de S.G.Q. ; Agente Linha Saúde Pública.(S24) (Coordenador da UCCCB)	40
Nelson Gravelho Cardoso	Enfermeiro ; Pós-Graduação em Técnico Superior de Higiene e Segurança no Trabalho; Licenciado em Engenharia Civil; CAP Formador.	40
Luísa Margarida Ventura Cardoso Gomes Pereira	Enfermeiro; Especialidade de Enfermagem de Reabilitação; Curso Básico de Formação em Cuidados Paliativos; Curso Formação Profissional em Cuidados Paliativos.	40
Paulo Jorge Robalo Mariano Filipe	Enfermeiro; Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria; Formação em terapia de grupos.	40

⁵ A localização da UCCCB deve-se a vários factores: Mais disponibilidade de espaço físico; local onde está localizada a garagem para veículos do estado; maior proximidade do domicílio da maioria dos colaboradores da UCCCB; maior proximidade do HAL; afectividade.

⁶ Todos os colaboradores pertencem à Unidade Local de Saúde de Castelo Branco,EPE

Cláudia Isabel Prata Monteiro Vicente	Enfermeiro; Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria; Formação em terapia de grupos.	35
Magda Alves Santos Marrucho.	Enfermeiro; Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.	14
Isabel Maria Dias Antunes Carvalho	Medicina Geral e Familiar (ECCI).	3
Sílvia Beatriz Picco	Médico; Medicina Geral e Familiar.	34
João Lopes Cardoso	Assistente operacional	35
Magda Alexandra C. Santos Alves	Assistente Técnico	35
Maria da Graça Gonçalves David Coelho e de Azevedo Moura	Licenciatura em Higiene oral	14
Paula Maria Fernandes Mendonça Cardoso	Técnico superior – Serviço Social; Perita na área da Intervenção Precoce.	14
Margarida Maria C. N. Silva Marques	Técnico Superior de Planeamento e Estatística; Formação em Planeamento da Saúde; Formação em Bio-estatística e epidemiologia.	7
Tânia Cláudia Silveira Sousa Seiça	Técnico superior - Ciências da Nutrição	7
A designar pela ULSCB,EPE	Técnico superior - Psicologia	7
Gisela Carla Dias Martins	Enfermeiro; Especialidade de Enfermagem de Reabilitação; Formação em Cuidados Paliativos; Alívio da Dor; Oncologia e Quimioterapia; Urgência e Emergência.	40
Leonor Soares Fernandes Brazão	Enfermeiro; Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.	40
Maria Helena Trindade Mateus Cardoso	Enfermeiro ; CAP Formador.	40
Sílvia Cristina Almeida Simões	Enfermeiro; Especialidade de Enfermagem de Reabilitação; Pós-Graduação em Cuidados Paliativos; Mestrado em Cuidados Paliativos.	35
Ana Luísa Gil Belo	Enfermeiro; Especialidade de Enfermagem de Reabilitação; Curso de Estomatoterapia; Formação em Cuidados Paliativos; Alívio da Dor; Oncologia e Quimioterapia.	14

1.2.2- INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

- Placas de sinalização do serviço UCCCB
- 1 Gabinete de coordenação mobilado
- 2 Gabinetes (open space) mobilados
- 1 Gabinete polivalente mobilado
- 1 Sala de reuniões /formação (a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)
- 6 Computadores de mesa com monitores LCD (com acesso à internet) (Com as seguintes aplicações informáticas: SINUS, SAPE, SAM, ALERT, Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI)
- 3 Impressoras laser a cores
- 1 Impressora fotocopadora scanner e fax a cores (A partilhar com as outras UF)
- 6 PDAs ou Handhelds (Assistente Pessoal Digital) (com as seguintes aplicações informáticas: SINUS, SAPE , SAM , ALERT, Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI)
- 1 Computador portátil (com as seguintes aplicações informáticas: SINUS, SAPE SAM, ALERT, Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI) (A partilhar com as outras UF)
- 1 datashow (A partilhar com as outras UF)
- 1 tela de projecção (A partilhar com as outras UF)
- 1 Sala para acondicionamento de dispositivos médicos estéreis (a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)
- 1 Sala para acondicionamento de dispositivos médicos não estéreis (a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)
- 4 Placares para afixar informações (internas e externas)
- Vestiários
- Uniformes (batas (12) (Nas cores branca e azul); farda de calça e tunica (12) (Nas cores branca e azul); Kispos (8); Polares (8) (Na cor branca); T. Shirts(8) (Na cor branca);com o logotipo da Unidade de Cuidados na Comunidade
- Cartões de “visita” (Onde conste: serviço UCCCB, programa de saúde ECCI, nº de telefone, fax, outras informações consideradas pertinentes)
- Cartões de identificação para todos os elementos do serviço UCCCB
- 4 sacos para transporte de material estéril, para consulta no domicílio

- 4 sacos para transporte de material não estéril, para consulta no domicílio
- 1 mala equipada para situações de urgência (A partilhar com as outras UF)
- 2 Contentores para transporte de resíduos hospitalares do grupo III e IV, de acordo com o Despacho nº 242 / 96 de 13 de Agosto e do Plano de gestão de resíduos hospitalares em Centros de Saúde da Direcção Geral da Saúde (devidamente identificados : serviço UCCCB).
- 1 sala para acondicionamento de resíduos hospitalares do grupo III e IV , de acordo com o Despacho nº 242 / 96 de 13 de Agosto e do Plano de gestão de resíduos hospitalares em Centros de Saúde da Direcção Geral da Saúde(a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)
- 1 Viatura (A ECCI já tem uma viatura de 5 lugares, necessita de mais outra)
- 4 telemóveis (A ECCI já tem dois telemóveis)
- 4 Esfigmomanómetros de braço
- 3 Estetoscópios
- 1 otoscópio
- 1 mala térmica
- 1 Oftalmoscópio
- 2 aspiradores de secreções
- 1 oxímetro
- 1 aparelho de monitorização de INR
- 3 aparelhos de monitorização de glicémia capilar
- 4 suportes para soros
- Material para cinesioterapia, fisioterapia e crioterapia

1.3 – COMPROMISSO ASSISTENCIAL

O horário proposto para o funcionamento / atendimento da UCCCB é das 08h às 20h, em dias úteis. No sentido de dar continuidade aos cuidados prestados aos utentes/clientes da ECCI esta funcionará nos dias úteis das 08h às 20horas e nos fins-de-semana e feriados das 9h às 17h, em regime de horas extraordinárias.

1.4- PROGRAMAS DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA UCCCB

A carteira de serviços da UCCCB, é a que se apresenta em baixo:

- Ação de saúde para crianças e jovens em risco:
 - Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco;
 - Comissão de protecção de crianças e jovens; núcleo de apoio a crianças e jovens em risco;
- Cuidados continuados integrados e Cuidados paliativos;
- Intervenção comunitária em estomaterapia;
- Intervenção comunitária em saúde mental:
 - Intervenção psicossocial no acompanhamento pós-alta em doentes alcoólicos;
 - Cuidar positivo;
 - Por uma vida sem (de)pressão;
 - Intervenção psicoeducativa em comportamentos associados ao excessivo consumo de bebidas alcoólicas em idades jovens.
- Melhoria contínua/Qualidade/Formação
- Programa nacional de saúde escolar
- Rede social
- Rendimento social de inserção
- Sistema nacional de intervenção precoce na infância

Nas páginas que se seguem, são apresentados/descritos os programas constantes da carteira de serviços da Unidade de Cuidados na Comunidade de Castelo Branco (UCCCB).

AÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

2- NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

2.1- INTRODUÇÃO

As crianças e jovens em risco têm vindo a merecer, nas últimas décadas, uma maior atenção por parte da sociedade e, em especial, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude.

Os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na detecção precoce de factores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo, pelo que há que criar, ou reformular onde existam, modelos organizativos e formas mais estruturadas de acção de cuidados de saúde que assegurem mecanismos, cada vez mais qualificados e efectivos, para intervir neste contexto.

Dada a relevância dos maus tratos enquanto problema de saúde e a necessidade de reforçar a capacidade de intervenção por parte dos serviços, teve início, em Abril de 2007, mediante despacho do Ministro da Saúde, n.º 117, de 24 de Abril de 2007, um projecto de intervenção sobre crianças e jovens em risco nos serviços de saúde, coordenado pela Direcção -Geral da Saúde (DGS) e desenvolvido em colaboração com as administrações regionais de saúde (ARS) e respectivos centros de saúde e hospitais.

Tomando em consideração o ordenamento jurídico em vigor, as actuais políticas de saúde e os princípios das boas práticas, tal medida teve por objectivo lançar as bases de uma melhor organização, qualificação e concertação das respostas ao fenómeno dos maus tratos, dadas pelos serviços de saúde, nos diferentes níveis de prevenção e nos vários contextos da intervenção dos profissionais.

O projecto de constituição de uma rede de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco impulsionou a criação de estruturas nos centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico, assegurando a continuidade e dando um novo enquadramento a outros.

Actualmente, em Portugal, a acção da saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes actores da comunidade, conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro. De acordo com esta, a intervenção processa -se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção (Figura seguinte)



No primeiro nível, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude -ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros, para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo.

No segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde, participa também.

No terceiro nível, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

Nesse contexto, a acção dos Serviços de Saúde adquire relevo particular, enquanto instâncias de primeiro nível. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, os centros de saúde (CS) e os hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos tribunais, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo — após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance, e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo -se, assim, o chamado princípio da subsidiariedade.

Os serviços de saúde têm, portanto, legitimidade para intervir na protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar, tal como se exige para as CPCJ. Não têm, contudo, legitimidade para aplicar as medidas de promoção/protecção em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais.

A fim de que, no âmbito das suas competências, a acção dos serviços de saúde se torne mais efectiva nesta matéria, há necessidade, portanto, de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, da detecção precoce das situações de risco e de perigo, do

acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional.

No sentido de tornar compatível este último com o modelo organizativo dos cuidados de saúde primários, em que se prevê que “em cada agrupamento de centros de saúde exista pelo menos um núcleo de apoio a crianças e jovens em risco (NACJR), na unidade funcional considerada mais adequada”, propõe-se a equipa da UCCCB, integrar o NACJR⁷ ou a participar em actividades deste.

Fundamentamo-nos no facto da UCCCB se inserir e intervir na respectiva área geodemográfica (concelho de Castelo Branco), num âmbito comunitário e de base populacional. Estamos cientes de que obteremos respostas concertadas e articuladas com as outras unidades funcionais da ULSCB, tendo sempre como substracto as parcerias com as entidades que fazem parte integrante da rede social local.

2.1.2- POPULAÇÃO ALVO

- Crianças e Jovens em risco dos [0 – 18 anos de idade].
- Pais/ encarregados de educação.
- No ano de 2012 a NACJR de Castelo Branco, tinha em programa 15 crianças/jovens.(10 do sexo feminino e 5 do sexo masculino)

2.1.3 – OBJECTIVOS GERAIS

- Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde;
- Clarificar e uniformizar conceitos básicos;
- Facilitar os processos de identificação e intervenção;
- Promover atuações coordenadas com os diversos atores intervenientes.
- Efectuar intervenções dirigidas à criança/jovem/família, fundamentadas no Programa Nacional de intervenção integrada sobre factores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida.
- Melhorar a qualidade de vida das crianças e jovens através da resolução do papel parental inadequado.
- Colaborar em projectos de intervenção na comunidade, organizados por outros parceiros.

⁷ Um dos elementos da Equipe da UCCCB pertence ao NACJR

- Articulação/referenciação para outros serviços.

Objectivos específicos:

- Que pelo menos 50% das crianças e Jovens acompanhados pela UCCCB tenham plano individualizado de apoio à família.
- Que os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica realizem, pelo menos 80% das sessões de terapia de grupo.

2.1.4 – ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Participação nas reuniões do NACJR	Médico Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica TSSS	Convocatória escrita, efectuada pelo presidente do NACJR	UCCCB	1 Vez por mês	(a)	60 horas
Realização de AES nas instituições com competência em matéria de infância e juventude (CIJE e Lar do Cansado)	Enfermeiro S. Comunitária	Em articulação com Várias entidades	CIJE; Lar; Outros locais a definir	15/15 Dias no CIJE e 15/15 Dias no Lar do Cansado	(a)	80 horas
Realização de psicoterapia de grupo	Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica	Solicitação escrita, e efectuada por: presidente do NACJR; outros peritos na área	UCCB; Outros locais a definir	1 vez por semana	(a)	80 horas
Coordenação e acompanhamento de processos de promoção / protecção, de crianças /jovens e/ou famílias, na área da saúde	Enfermeiro S. Comunitária TSSS	Consulta presencial na UCCCB; atendimento não presencial (telefónico , ou outras tecnologias) e/ou CD	UCCCB ou Domicilio	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	280horas
Colaborar em projectos de intervenção alargados a toda a comunidade	Toda a equipa da UCCCB envolvida neste projecto	A definir pela equipa da UCCCB em articulação com o NACJR	No Concelho de CB e VVR	Durante o período de actividade da UCCCB	(a)	120horas
Coordenação do programa	TSSS	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e presença física; aplicativo informático	UCCCB ou Noutro local	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10horas

A = Avaliação (a) Expressa nos Indicador

2.1.5- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Na concretização de todas as actividades o assistente operacional e o assistente técnico, darão o contributo necessário, de acordo com o conteúdo funcional das suas carreiras

Actividades	TSSS			Enfermeiro			Médico		Horas ano
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	
Participação nas reuniões do NACJR	½	2	20	½	2	20	½	2	20
Realização de AES nas instituições com competência em matéria de infância e juventude(CIJE e Lar do Cansado) (*)	-	-	-	2	8	80	-	-	-
Realização de psicoterapia de grupo	-	-	-	2	8	80	-	-	-
Coordenação e acompanhamento de processos de promoção/ protecção , de crianças /jovens e/ou famílias	1	4	40	3	12	120	3	12	120
Colaborar em projectos de intervenção alargados a toda a comunidade	½	2	20	2	8	80	½	2	20
Coordenação do programa	¼	1	10	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2¼	9h	90h	9½	38h	380h	4h	16h	160h

2.1.6 -INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013-2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de crianças e jovens/famílias acompanhadas, no âmbito da NACJR, na UCCCB	Nº de crianças e jovens acompanhadas no programa NACJR, na UCCCB / Nº de crianças e jovens em programa NACJR x 100	Sem histórico	15%	20%	25%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Taxa de utilização em CD	Nº de CD realizadas / Nº de CD programadas x 100	Sem histórico	80%	90%	98%
Percentagem de acções formativas realizadas na comunidade (NACJR)	Nº de acções formativas realizados na comunidade / Nº de eventos formativos propostos pela NACJR	Sem histórico	80%	95%	98%
Percentagem de sessões de psicoterapia de grupo realizadas pelo Enfº especialista de S. Mental	Nº de sessões de psicoterapia de grupo realizadas/ Nº sessões de psicoterapia de grupo programadas x 100	Sem histórico	80%	95%	98%
Qualidade técnico -científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Taxa de resolução do papel parental no programa NACJR	Nº de crianças/jovens em que o diagnóstico de “papel parental inadequado” alterou para adequado / Nº de crianças/jovens com o diagnóstico de “ papel parental inadequado x 100	Sem histórico	5%	8%	10%
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de famílias satisfeitas (NACJR)	Nº de famílias que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

2.1.7 -Articulação com outras unidades funcionais

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

2.1.8 -SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

2.2- COMISSÃO DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

2.2- INTRODUÇÃO

As comissões de protecção de menores, criadas através do Decreto - Lei nº 189/91 de 17/5 foram reformuladas e criadas novas orientações fundamentadas na Lei de Promoção e Protecção aprovada pela “Lei nº 147/99, de 1 de Setembro”. É este o enquadramento legal das comissões de protecção de crianças e jovens (CPCJ), enquanto instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam: promover os direitos da criança e/ou jovem; ou colocar um terminus a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

Desde Janeiro de 2001, que o modelo de protecção de crianças e jovens em risco, em vigor, apela à participação activa da comunidade, numa relação de parceria com o estado, concretizada nas comissões de protecção de crianças e jovens, capaz de estimular as sinergias locais potenciadoras de implementação de redes de desenvolvimento social.

2.2.1- POPULAÇÃO ALVO

- Crianças e Jovens em risco dos [0 – 18 anos de idade].
- Pais/ encarregados de educação; tutor legal; detentor da guarda da criança
- No ano de 2012 a CPCJ de Castelo Branco, tinha em programa 388 crianças/jovens.

2.2.2 – OBJECTIVOS GERAIS

- Participar na vigilância de saúde e acompanhamento das crianças/famílias no sentido de reduzir a morbilidade associada a situações de risco/perigo.
- Efectuar intervenções dirigidas à criança/jovem/família, fundamentadas no Programa Nacional de intervenção integrada sobre factores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida.
- Melhorar a qualidade de vida das crianças e jovens através da resolução do papel parental inadequado.
- Colaborar em projectos de intervenção na comunidade, organizados por outros parceiros.
- Articulação/referenciação para outros serviços.

Objectivos específicos

- Que pelo menos 50% das crianças e Jovens acompanhados pela UCCCB tenham plano individualizado de apoio à família.
- Que os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica realizem, pelo menos 80% das sessões de terapia de grupo.

2.2.3 – ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Participação nas reuniões da CPCJ (Comissão alargada)	Médico	Convocatória escrita, efectuada pelo presidente da CPCJ	A definir	1 Vez por mês	(a)	10 Horas
Participação nas reuniões da CPCJ (Comissão restrita)	Enfermeiro	Convocatória escrita, efectuada pelo presidente da CPCJ	A definir	15/15 Dias	(a)	20 Horas
Realização de AES nas instituições com competência em matéria de infância e juventude (CIJE e Lar do Cansado)	Enfermeiro Higienista oral Outros peritos convidados	Em articulação com Várias entidades	CIJE; Lar; Outros locais a definir	15/15 Dias no CIJE e 15/15 Dias no Lar do Cansado	(a)	160 Horas
Realização de psicoterapia de grupo	Enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica	Solicitação escrita, e efectuada por: pelo presidente da CPCJ; outros peritos na área	UCCCB; Outros locais a definir	1 vez por semana	(a)	80 Horas
Coordenação e acompanhamento de processos de promoção / protecção, de crianças /jovens e/ou famílias, na área da saúde	Enfermeiro TSSS	Consulta presencial na UCCCB; atendimento não presencial (telefónico , ou outras tecnologias) e/ou CD	UCCCB ou Domicilio	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	160 Horas
Colaborar em projectos de intervenção alargados a toda a comunidade	Toda a equipa da UCCCB envolvida neste projecto	A definir pela equipa da UCCCB em articulação com a CPCJ	No Concelho de CB	Durante o período de actividade da UCCCB	(a)	210 Horas
Coordenação do programa	Coordenadora UCCCB	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e presença física; aplicativo informático	UCCCB ou Noutro local	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas

A = Avaliação (a) Expressa nos Indicadores

2.2.4- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Na concretização de todas as actividades o assistente operacional e o assistente técnico, darão o contributo necessário, de acordo com o conteúdo funcional das suas carreiras.

Actividades	TSSS			Enfermeiro			HO			Médico		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Participação nas reuniões da CPCJ (comissão alargada)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	¼	1	10
Participação nas reuniões da CPCJ (comissão restrita)	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-
Realização de AES nas instituições com competência em matéria de infância e juventude(CIJE e Lar do Cansado) (*)	-	-	-	4	16	160	-	-	-	-	-	-
Realização de psicoterapia de grupo	-	-	-	2	8	80	-	-	-	-	-	-
Coordenação e acompanhamento de processos de promoção/ protecção , de crianças /jovens e/ou famílias	1	4	40	3	12	120	-	-	-	-	-	-
Colaborar em projectos de intervenção alargados a toda a comunidade (**)	½	2	20	4	16	160	½	2	20	¼	1	10
Coordenação do programa ; articulação com as U. F.	-	-	-	¼	1	10	-	-	-	-	-	-
TOTAL	3½h	14h	120h	13¾h	55h	550h	1½h	6h	60h	½h	2h	20h

(*) AES realizadas em locais pré-definidos, e direccionados à população alvo CIJE e Lar do Cansado

(**) Colaborar em projectos de intervenção alargados a toda a comunidade solicitadas pelos vários parceiros com responsabilidade nesta área(Protecção Civil, CPCJ,NACJR,Forças da autoridade , associações sem fins lucrativos, sector da educação e outros parceiros.

2.2.5 -INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013-2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de crianças e jovens/famílias acompanhadas, no âmbito da CPCJ, na UCCCB	Nº de crianças e jovens acompanhadas no programa CPCJ, na UCCCB / Nº de crianças e jovens em programa CPCJ x 100	Sem histórico	15%	20%	25%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Taxa de utilização em CD	Nº de CD realizadas / Nº de CD programadas x 100	Sem histórico	80%	90%	98%
Percentagem de acções formativas realizadas na comunidade (CPCJ)	Nº de acções formativas realizados na comunidade /Nº de eventos formativos propostos pela CPCJ	Sem histórico	80%	95%	98%
Percentagem de sessões de psicoterapia de grupo realizadas pelo Enfº especialista de S. Mental	Nº de sessões de psicoterapia de grupo realizadas/ Nº sessões de psicoterapia de grupo programadas x 100	Sem histórico	80%	95%	98%
Qualidade técnico -científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015

Taxa de resolução do papel parental no programa CPCJ	Nº de crianças/jovens em que o diagnóstico de “papel parental inadequado” alterou para adequado / Nº de crianças/jovens com o diagnóstico de “ papel parental inadequado x 100	Sem histórico	5%	10%	15%
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de famílias satisfeitas (CPCJ)	Nº de famílias que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

2.2.6 -ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

2.2.7 -SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E CUIDADOS PALIATIVOS

3- CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E CUIDADOS PALIATIVOS

3.1 - INTRODUÇÃO

No âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o Decreto- Lei nº 28 / 2008 de 22 de Fevereiro, 1ª Série - Nº 38, no seu capítulo I, faz a caracterização geral e a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde. À posteriori o Decreto –Lei nº318/2009 de 2 de Novembro, criou a Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, por integração do Hospital Amato Lusitano , com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde : Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão, e Vila de Rei.

Depreende-se que a organização da prestação de cuidados de saúde primários, irá permitir uma gestão rigorosa, equilibrada, baseada nas necessidades de saúde da população e acima de tudo a melhoria no acesso aos cuidados de saúde e à possibilidade de se alcançar maiores ganhos em saúde. O mesmo documento diz ainda que a estrutura organizacional dos Centros de Saúde deve assentar em pequenas unidades organizacionais nomeadamente a criação da Unidade de Cuidados na Comunidade^{8; 9} (UCC), cuja missão se centra na “ (...) prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção ” (...).

A equipa da UCC é composta por diferentes profissionais¹⁰ que pretendem de uma forma estruturada dar resposta às necessidades da população.

“Enquanto estrutura de primeira linha de cuidados de saúde ao indivíduo/família e à sua comunidade, os Centros de Saúde têm a responsabilidade de desenvolver grande parte da sua actividade no local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona. Estas intervenções incluem, quer as dirigidas ao indivíduo dependente e família, no domicílio, e orientadas para a prevenção, resolução

⁸ Ponto 1 do Artigo 11º do Decreto- Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro, 1ª Série - Nº 38, pg 1184.

⁹ Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, que aprovou o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade.

¹⁰ Ponto 2 do Artigo 11º do Decreto- Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro, 1ª Série - Nº 38, pg 1184.

ou palição de problemas concretos, quer as dirigidas a grupos populacionais e/ou ambientes específicos, numa perspectiva de promoção e protecção da saúde das populações.”¹¹

Partilhando desta filosofia aquando da candidatura da UCC de Castelo Branco tornou-se imprescindível a constituição da equipa de cuidados continuados integrados¹² (ECCI), prevista no Decreto – Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. (tendo como responsável Maria Odete Ribeiro Coelho Vicente; Enfermeira-Chefe; Detentora do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade).

Pelo facto de sermos conhecedores de que os cuidados de saúde domiciliários devem ser prestados de forma continuada, individualizada e humanizada, visando uma maior eficácia e eficiência, reunimos uma equipa multidisciplinar capaz de dar resposta o mais globalizante possível a actividades no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, assim como o tratamento e reabilitação.

Pela formação e competências acrescidas de alguns colaboradores na área dos cuidados paliativos, pretendemos dar uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida, visando assegurar uma melhor qualidade de vida aos doentes e às suas famílias, através da prestação de ações paliativas e cuidados paliativos de nível I.

3.2- ENQUADRAMENTO

As inúmeras alterações sociais, económicas, além de muitas outras que se verificam de forma progressiva nas sociedades “ditas” industrializadas”, em que os laços familiares se rompem, as famílias nucleares e as famílias alargadas são cada vez em menor número, em que existe um crescente de famílias monoparentais, acarreta sem dúvida alguma um acréscimo de responsabilidade aos profissionais da área da saúde, entre outros sectores.

O aumento da esperança de vida associada a um declínio da natalidade e da mortalidade têm contribuído para o envelhecimento da população. Estima-se que 20% da população dos países

¹¹ Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários – Carteira de serviços, 2007-05-21

¹² Ponto 4 do Artigo 11º do Decreto- Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro, 1ª Série - Nº 38, pg 1184.

desenvolvidos terão 65 anos de idade em 2020, verificando-se um aumento significativo do peso ponderal que detém o estrato + 80 anos.¹³

No Concelho de Castelo Branco¹⁴ a população idosa é de 12380 do total de 55708 habitantes. Nos últimos quatro censos realizados em Portugal verifica-se um crescendo, quer nos dados colhidos quanto ao índice de dependência de idosos, quer quanto ao índice de envelhecimento, sendo estes indicadores sempre superiores no concelho de Castelo Branco relativamente à média do continente,¹⁵ como se pode observar pela tabela apresentada:

	INDICE ENVELHECIMENTO	INDICE DEPENDÊNCIA IDOSOS
PORTUGAL	115,5%	29,00%
CONCELHO DE CASTELO BRANCO	192,00%	38,00%

Fonte: INE, Censos 2011

Mediante estas premissas e respeitando o descrito no Decreto - Lei nº 28 / 2008 de 22 de Fevereiro, 1ª Série - Nº 38, o Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, o Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho e o Decreto –Lei nº318/2009 de 2 de Novembro, urge constituir:

¹⁶ □“(…)A equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de 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 podem deslocar-se de forma autónoma(…)”

¹³ Portugal, INE, 1992.

¹⁴ O concelho de Castelo Branco está localizado na região centro(Beira Baixa) e sub-região da Beira Interior Sul, tem cerca de 53909 habitantes. Tem 1 438,16 km² de área e está subdividido em 25 freguesias. É limitado a norte pelo município do Fundão, a leste por Idanha-a-Nova, a sul pela Espanha, a sudoeste por Vila Velha de Ródão e a oeste por Proença-a-Nova e por Oleiros.

¹⁵ Estimativas da população residente por sexo e grandes grupos etários e índices Municípios 31/XII/2008.

¹⁶ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados(RNCCI) - Referencial do Enfermeiro – Conselho de Enfermagem .

3.3 – POPULAÇÃO ALVO

No Concelho de Castelo Branco estão inscritos 61404 utentes nas várias UF dos Centros de Saúde.

A população alvo da ECCI são os utentes do concelho de Castelo Branco¹⁷ e Vila Velha de Ródão, com perda de autonomia, em situação de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e ou apoio social de complexidade e/ou intensidade elevada, designadamente:

Acesso:

- Pessoas idosas com critérios de fragilidade;
- Dependência funcional prolongada;
- Pessoas com doença severa, em fase avançada ou terminal¹⁸;
- Pessoas com incapacidade grave;
- Pessoas com necessidade de continuidade de cuidados iniciados nos hospitais ou unidades de internamento da RNCCI, impossibilitadas de se deslocarem ao Centro de Saúde, como sendo dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro.¹⁹

3.3.1- REFERENCIAÇÃO / ADMISSÃO / INGRESSO PARA A RNCCI 20

Pode ser efectuada através de duas formas:

- Através da equipa de gestão de altas (EGA), que é uma equipa multidisciplinar do Hospital, que tem como objectivo o de preparar e gerir a alta hospitalar em articulação com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais. A avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados deve ser realizada, de preferência, logo no início do internamento no Hospital, porque é necessário preparar,

¹⁷ O Concelho de Vila Velha de Ródão tem inscritos 3974, e só é possível a existência de serviços de uma UCC.

¹⁸ Prestamos cuidados paliativos a doentes em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover, tanto quanto possível e até ao fim, o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes cuidados são ativos, coordenados e globais, e incluem o apoio à família.

¹⁹ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Referencial do Enfermeiro – Conselho de Enfermagem. (Artigo 31 do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho).

²⁰ Consideram-se utentes da ECCI, os admitidos após processo de referenciação, validado / autorizado pela respectiva Equipa de Coordenação Local (ECL) da RNCCI. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Referencial do Enfermeiro – Conselho de Enfermagem. (Artigo 31 do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho).

atempadamente a fase seguinte que é; a alta clínica. A proposta da EGA é apresentada à Equipa Coordenadora Local (ECL).

- Através do médico, enfermeiro, assistente social de qualquer unidade funcional ou através da Comunidade. A proposta é apresentada pelos profissionais do Centro de Saúde, na decorrência do diagnóstico da situação de dependência^{21;22} à Equipa Coordenadora Local (ECL). Em caso de dificuldade, pode ser contactada directamente a ECL sediada no Centro de Saúde da respectiva área de residência.

3.3.2 - UTENTES A ACOMPANHAR

A ECCI propõe-se acompanhar 20 utentes²³ no Concelho de Castelo Branco, 5 no Concelho de Vila Velha de Ródão e 5 de cuidados paliativos nível I, num total de trinta utentes.

A ECCI do serviço - UCC de Castelo Branco compromete-se a prestar cuidados seguros e de qualidade, assegurando:

- 1– Consultas no domicílio de enfermagem e médicas de natureza preventiva, curativa, reabilitadora, acções paliativas e cuidados paliativos de nível I, devendo todas as visitas ser programadas, regulares e ter por base as necessidades detectadas;
- 2– Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados²⁴.

²¹ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Referencial do Enfermeiro – Conselho de Enfermagem. (Artigo 32 do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho).

²² Para efectuar o diagnóstico da situação de dependência recorre-se às escalas de Katz e Lawton

²³ Nos cuidados de saúde na comunidade a realização das actividades assistenciais (consulta, educação para a saúde aos prestadores informais...) e não assistenciais (deslocações aos domicílios dos utentes para efectuar as visitas domiciliárias, as intervenções/articulações intersectoriais, os registos em tempo real no processo individual de cuidados continuados e no plano individual de intervenção, os registos na plataforma da rede...) implicam maior a alocação das restantes horas.

²⁴ “As consequências do envelhecimento da população europeia em matéria de saúde mental exigem medidas eficazes. O envelhecimento traz consigo muitos factores de stress susceptíveis de aumentar a doença mental tais como a diminuição das capacidades funcionais e o isolamento social.” Esta grande percentagem da população é também acometida por elevada morbilidade com consequente incapacidade e vulnerabilidade. O que torna a intervenção junto dos cuidadores tão relevante quanto o atendimento das necessidades do doente. As alterações cognitivas, de memória e de linguagem comprometem o relacionamento interpessoal, afectando a estrutura familiar.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a cuidar-se, fazendo pela pessoa somente as actividades que ela não consiga fazer sozinha. É fundamental termos a compreensão de se tratar de uma tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

Vários autores sugerem que as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos, como acontece na maior parte dos casos de familiares de idosos dependentes, sofrem alterações significativas em aspectos tão importantes da sua vida como: alterações na vida familiar e social, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste prolongados, a nível físico e psíquico.

3– Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores.

Tem como objectivo: Melhorar a qualidade assistencial dos doentes e aumentar o nível de saúde mental dos cuidadores informais.

Intervindo directamente sobre:

- Aumentar o stock de conhecimento em relação à doença; sobre estratégias de coping;
- Diminuir o número de recaídas por ano / internamentos por ano;
- Avaliação do nível de stress do cuidador informal;
- Diminuição dos níveis de ansiedade e depressão do doente e dos cuidadores informais;
- Diminuição da morbilidade no cuidador informal;
- Diminuição dos casos de ruptura dos cuidados no domicílio.

Será efectuada abordagem no domicílio e posteriormente sessões de grupo (educativa e de suporte) com cerca de 10 participantes, que englobam sessões de educação para a saúde, sessões de relaxamento e actividades no exterior (com follow-up). Teremos presente a necessidade de estabelecer redes comunitárias/parcerias, para que a realização das sessões sejam o mais próximas geograficamente da população. Se orem detetadas necessidades oriundas dos serviços de saúde/comunidade, alargaremos aos utentes/ prestadores informais, fora da RNCCI.

Este conjunto de sentimentos de conflito, perda, luto, raiva, culpa e ressentimento, rapidamente conduz a situações de morbilidade aumentada nessas pessoas. Com efeito, a situação de prestador de cuidados parece afectar a saúde física dos prestadores, sendo que existe evidência sobre ocorrência de alterações no sistema imunitário, para além de problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares (BRITO, 2000). Sendo a área da saúde mental a mais deteriorada, com níveis de depressão e ansiedade superiores aos da população em geral. (PAÚL, 1997)

Na opinião de BRODATY (1999), citado por BRITO (2000) “as intervenções terapêuticas junto dos prestadores de cuidados a familiares idosos deverão ser conduzidas em relação a três vertentes principais: apoio psicológico, educação/informação e sistemas sociais de apoio. A intervenção constante do apoio psicológico passará, em grande medida, pela modelação das cognições do prestador de cuidados, através da descoberta de novas maneiras de pensar e novas estratégias de coping. A vertente do trabalho com grupos proporciona também a possibilidade da troca de experiências, que resulta numa maior percepção de apoio e diminuição dos níveis de ansiedade.

No que se refere à vertente educação/informação, Nolan et al (1996), citado por BRITO (2000) “a procura de informação sobre a situação é uma das formas de coping mais utilizadas pelos prestadores de cuidados. Por outro lado, a falta de informação em geral e o sentimento de incompetência para a realização de diversos procedimentos relacionados com os cuidados diários ao familiar dependente, são apontadas como uma das dificuldades mais frequentemente percebidas, podendo afectar de forma significativa o desempenho do prestador de cuidados e a sua disponibilidade para continuar a cuidar.”

Pretende-se dar uma resposta para as pessoas que cuidem dum utente dependente e que necessitem de apoio quer nos cuidados prestados, quer em manter e aumentar a sua saúde mental. Este projecto compreende uma vertente educacional e uma componente prática. As intervenções dirigidas aos prestadores de cuidados têm um considerável potencial para melhorar a qualidade de vida do prestador de cuidados e do utente dependente, traduzindo-se claramente em ganhos em saúde, humanos e também económicos.

- 4– Cuidados de reabilitação;
- 5– Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- 6– Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- 7– Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;
- 8– Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde²⁵ e sociais²⁶.

A ECCI do serviço - UCC de Castelo Branco, prestará cuidados de saúde de acordo com as características inerentes ao modelo dos cuidados continuados integrados domiciliários, visando os seguintes aspectos:

- O domicílio como contexto central da prestação dos cuidados;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- A personalização do serviço, presente para cada utente/família através da identificação de um profissional que seja Gestor de Caso. Este é o elemento de referência responsável pelo acompanhamento do processo, que será o garante da comunicação no serviço UCCCB; com a equipe de saúde familiar do utente; com a família e/ou prestador informal;
- A prestação de cuidados será efectuada numa perspectiva de abordagem global (biopsicossocial) desenvolvida através da definição de um Plano Individual de Intervenção (PII). Este deverá evidenciar uma avaliação integral e multidisciplinar, com identificação das necessidades do utente e do cuidador principal, dos objectivos mensuráveis a atingir, dos recursos envolvidos, das actividades a desenvolver e respectiva atribuição de responsabilidades a cada área profissional. O acompanhamento e actualização serão periódicos, considerando-se fundamental a interacção e complementaridade do prestador informal/familiar no acompanhamento do processo de prestação de cuidados.

²⁵ Outras unidades funcionais /serviços pertencentes às UGI da ULSCB

²⁶ Organismos pertencentes à área geográfica da ULSCB.

- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação aos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- O apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação.

3.3.4- HORÁRIO DE ATENDIMENTO

A ECCI pretende garantir aos utentes da RNCCI, uma redução das situações de agudização, evitando deslocações desnecessárias ao hospital, de forma a manter (desde que possível) os utentes no seu domicílio, o maior tempo possível.

Para tal delineamos o seguinte horário de atendimento:

Dias úteis das 08 h às 20h, em presença física; Sábado, Domingo e Feriado das 09 às 17 horas, em regime de horas extraordinárias.²⁷

À data da candidatura estavam na RNCCI 13 utentes, na Cidade de Castelo Branco. A UCCCB pretende alargar a cobertura a todo o Concelho de Castelo Branco, (área de influência da UCCCB) e Vila Velha de Ródão, no sentido de respeitar os princípios de igualdade e justiça social.

3.3.5- INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

- Placas de sinalização do serviço UCCCB e do programa de saúde ECCI
- 1 Gabinete (open space) mobilado
- 1 Gabinete mobilado, para realização consulta/entrevista individualizada
- 1 Sala de reuniões /formação (a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)

²⁷

O alargamento do horário pode ser negociado com o Conselho de Administração da ULS-CB, EPE.

- 6 Computadores de mesa com monitores LCD (com acesso à internet)
- (com as seguintes aplicações informáticas: SINUS, SAPE, SAM, ALERT, Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI)
- 1 Impressora fotocopiadora scanner e fax a cores
- 4 PDAs ou Handhelds (Assistente Pessoal Digital) (com as seguintes aplicações informáticas: SINUS, SAPE, SAM, ALERT, Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI)
- 1 Computador portátil (com as seguintes aplicações informáticas: SINUS, SAPE SAM, ALERT, Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI)
- 1 datashow
- 1 Tela de projecção
- 1 Sala para acondicionamento de dispositivos médicos estéreis (a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)
- 1 Sala para acondicionamento de dispositivos médicos não estéreis (a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)
- 4 Placares para afixar informações (internas e externas)
- Uniformes (batas (12) (Nas cores branca e azul); farda de calça e túnica (12) (Nas cores branca e azul); Kispos (8); Polares (8) (Na cor branca); T. Shirts(8) (Na cor branca); com o logotipo da Unidade de Cuidados na Comunidade Cartões de “visita” (Onde conste : serviço UCCCB, programa de saúde ECCI, nº de telefone, fax, outras informações consideradas pertinentes)
- Cartões de identificação para todos os elementos do serviço UCCCB.
- 4 Sacos para transporte de material estéril, para consulta no domicílio
- 4 Sacos para transporte de material não estéril, para consulta no domicílio
- 1 Mala equipada para situações de urgência
- 4 Contentores para transporte de resíduos hospitalares do grupo III e IV, de acordo com o Despacho nº 242 / 96 de 13 de Agosto e do Plano de gestão de resíduos hospitalares em Centros de Saúde da Direcção Geral da Saúde (devidamente identificados: serviço UCCCB).
- 1 sala para acondicionamento de resíduos hospitalares do grupo III e IV , de acordo com o Despacho nº 242 / 96 de 13 de Agosto e do Plano de gestão de resíduos hospitalares em Centros de Saúde da Direcção Geral da Saúde(a partilhar com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde de S. Tiago)
- 1 Viatura (A ECCI já tem uma viatura de 5 lugares, necessita de mais outra)

- 4 Telemóveis (A ECCI já tem dois telemóveis)
- 4 Esfigmomanómetros de braço
- 4 Estetoscópios
- 1 Otoscópio
- 1 Mala térmica
- 1 oftalmoscópio
- 2 Aspiradores de secreções
- 2 Oxímetros
- 1 Aparelho de monitorização de INR
- 3 Aparelhos de monitorização da glicémia capilar
- 4 Suportes para soros
- Material para cinesioterapia, fisioterapia e crioterapia

3.4 – OBJECTIVOS

- Que pelo menos 40% dos utentes seguidos pela ECCI reduziram os níveis de dependência em pelo menos um auto cuidado.
- Que todos os utentes admitidos/acompanhados na ECCI tenham informatizado: o processo individual de cuidados continuados, e o plano individual de intervenção (PII);
- Que 90% dos utentes admitidos na ECCI, tenham uma consulta no domicílio de enfermagem nas primeiras 24h;
- Que 90% dos utentes admitidos na ECCI, tenham uma consulta no domicílio efectuada pela equipe multidisciplinar nas primeiras 48h;
- Que 60% dos prestadores informais dos utentes admitidos na ECCI, tenham documentado o diagnóstico de enfermagem de “papel do prestador de cuidados adequado”,
- Que pelo menos em 80% dos utentes admitidos na ECCI, seja efectuada a avaliação de risco de úlcera, recorrendo à escala de Braden.
- Que a taxa de efetividade diagnóstica de prevenção de úlceras de pressão seja superior a 80%.
- Que até ao final do triénio exista uma capacidade crescente (5% ano) de resposta aos utentes com necessidade de ações paliativas e cuidados paliativos de nível I.

3.5- ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
CD da equipa multidisciplinar da ECC	Enfermeiro Médico TSSS	Programação efectuada pela equipa	Domicilio	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	400 Horas por ano
CD do perfil profissional:Médico	Médico	Programação efectuada pela equipa.	Domicilio	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	480 Horas por ano
CD do perfil profissional: Enfermeiro ²⁸	Enfermeiro	Programação efectuada pela equipa.	Domicilio	Todo ano; dias úteis; das 8-20h; Sábados, Domingos e Feriados das 9-17h	(a)	2784 Horas por ano
VD do perfil profissional: Enfermeiro (Reabilitação)	Enfermeiro	Programação efectuada pela equipa	Domicilio	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	2160 Horas por ano
VD do perfil profissional: Enfermeiro (Saúde mental e psiquiátrica)	Enfermeiro	Programação efectuada pela equipa	Domicilio	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	280 Horas por ano
CD do perfil profissional: TSHO	HO	Programação efectuada pela equipa.	Domicilio	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	30 Horas por ano
CD do perfil profissional:TSCN	TSCN	Programação efectuada pela equipa.	Domicilio	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	30 Horas por ano
Registos em suporte de papel/informático no processo de cada utente e em cada contacto	Todos os elementos da equipa	Em tempo útil no processo do utente/família	Domicilio ou UCCCB	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	336 Horas por ano
Registo no aplicativo informático (plataforma da RNCCI)	Todos os elementos da equipa	No aplicativo informático da RNCCI	UCCCB	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	176 Horas por ano
Coordenação da ECCI	Coordenadora UCCCB	Contacto telefónico; correio electrónico; presença física;	UCCCB ou noutro	Todo ano; dias úteis; das 8-20h	(a)	80 Horas por ano

²⁸ Pretendemos implementar o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Este modelo consiste numa forma multidimensional de conhecer e avaliar as famílias e abrange três categorias principais : a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Utilizaremos um “guia de entrevista” e escalas aferidas à população portuguesa , nomeadamente: Notação social da família (Graffar adaptado; Escala de readaptação social de Holmes e Rahe; Faces II; Apgar familiar de Smilkstein. Será efectuada a parametrização do Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem (SAPE) no que concerne às “famílias” e “comunidade”. Recorreremos também às escalas de Zorit; Dor; Barthel; Edmont ; Braden e MMS

		aplicativo informático.	local			
Reunião da equipa multidisciplinar	Enfermeiro Médico TSCN HO TSSS	Programação efectuada pela equipa; Discussão de casos	UCCCB	Todo ano, semanalmente; dia a programar quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	340 Horas por ano
Psicoterapia de grupo ²⁹	Enfermeiro (Saúde Mental e Psiquiátrico)	Formação em sala: Princípios terapêuticos Actividades terapêuticas Treino de: habilidades sociais; relaxamento; resolução de problemas	UCCCB ou noutro local	Todo ano; dias úteis; 2x mês;	(a)	160 Horas por ano
AES ³⁰ em grupo, dirigidas aos prestadores informais	Enfermeiro (Saúde Mental e Psiquiátrico) Médico TSCN	Formação em sala: Princípios terapêuticos Actividades terapêuticas Treino de: habilidades sociais; relaxamento; resolução de problemas	UCCCB ou noutro local	Todo ano dias úteis; 2x mês;	(a)	160 Horas por ano
AES em grupo, dirigidas ao pessoal “auxiliar das IPSS; responsáveis pelo apoio social às pessoas definidos no compromisso assistencial no programa ECCI	Enfermeiro (Saúde Mental e Psiquiátrico) Médico TSCN	Formação em sala: Princípios terapêuticos Actividades terapêuticas Treino de: habilidades sociais; relaxamento; resolução de problemas	UCCCB ou noutro local	Todo ano; dias úteis; 2x mês;	(a)	40 Horas por ano

A = Avaliação

(a) - Expressa nos Indicadores

²⁹ A psicoterapia de grupo é qualquer forma de terapia desde que seja coletiva, isto é, realizada em grupo. Têm uma ação benéfica que resolve e reeduca os doentes com base nas interações e comunicações que ocorrem no interior dos grupos organizados com fins terapêuticos.

³⁰ A importância e impacto da educação para a saúde nas pessoas e comunidades, levou ao aparecimento de concepções mais abrangentes para definir a educação para a saúde, sendo a concepção de Tones e Tilford a mais bem aceite actualmente: “A educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. “

3.6- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (Carga Horária)

Actividades *	Enfermeiro			Enfermeiro Reabilitação			Enfermeiro S.Mental			Médico			TSCN			HO			TSSS		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano
CD da equipa multidisciplinar da ECCI	2	8	80	2	8	80	2	8	80	2	8	80	-	-	-	-	-	-	2	8	80
CD do Enfermeiro	58	232	2784	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD do Enfermeiro Reabilitação	-	-	-	54	216	2160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD do Enfermeiro Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	7	28	280	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD do Médico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	48	480	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CD do TSCN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	$\frac{3}{4}$	3	30	-	-	-
CD do HO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	$\frac{3}{4}$	3	30	-	-	-	-	-	-
Registos individuais	2	8	96	2	8	80	1	4	40	1	4	40	-	-	-	-	-	-	2	8	80
Registo plataforma	2	8	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8	80

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CASTELO BRANCO

Coordenação da ECCI	2	8	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reunião da equipa multidisciplinar	2	8	80	2	8	80	1	4	40	1	4	40	¼	1	10	¼	1	10	1	4	40
Psicoterapia de grupo	-	-	-	-	-	-	4	16	160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AES em grupo (prestadores informais)	-	-	-	-	-	-	4	16	160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AES em grupo (pessoal das IPSS)	-	-	-	-	-	-	1	4	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	68h	272h	3264h	60h	240h	2400h	20h	80h	800h	16h	64h	640h	1h	4h	40h	1h	4h	40h	7h	28h	280h

* Na concretização das actividades, os profissionais descritos na tabela , serão acompanhados pelo assistente operacional, que também conduzirá a viatura (pelo que lhe serão imputadas o número de horas equivalentes ao dos profissionais).

** O Assistente técnico dará apoio administrativo em todas as actividades .

3.7 - INDICADORES DE EXECUÇÃO /METAS DEFINIDOS PARA O TRIÉNIO 2013/2015

Indicador de desempenho		Metas			
Acesso	Fórmula de cálculo	Histórico	2013	2014	2015
Taxa de ocupação da ECCI	Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, no período em análise /Nº de pessoas definidas no compromisso assistencial no programa, no período em análise x 100	Sem histórico	90%	95%	98%
Percentagem de pessoas com necessidades em cuidados paliativos admitidas no programa ECCI	Nº de pessoas com necessidades em cuidados paliativos admitidas no programa ECCI, no período em análise / Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, no período em análise x 100	Sem histórico	20,00%	25,00%	30,00%
Percentagem de utentes abrangidos por cuidados de enfermagem na ECCI	Nº de utentes na ECCI abrangidos por cuidados de enfermagem / Nº de utentes admitidos em ECCI x 100	Sem histórico	80%	90%	98%
Percentagem de prestadores informais abrangidos por acções de educação para a saúde na ECCI	Nº de prestadores informais abrangidos por acções de educação para a saúde/ Nº total de prestadores informais dos utentes admitidos em ECCI x 100	Sem histórico	60%	70%	80%
Percentagem de pessoas com consulta domiciliária (CD) nas primeiras 24h após admissão na ECCI	Nº de pessoas com CD nas primeiras 24h após admissão na ECCI /Nº de pessoas admitidas na ECCI no período em análise x 100	Sem histórico	90%	95%	98%
Percentagem de pessoas com intervenção interdisciplinar em CD nas primeiras 48h após admissão na ECCI	Nº de pessoas com CD interdisciplinar nas primeiras 48h após admissão na ECCI /Nº de pessoas admitidas na ECCI, no período em análise x 100	Sem histórico	90%	95%	98%

Percentagem de famílias, com moderada disfunção ³¹ , com intervenção iniciada pela ECCI	Nº de famílias intervencionadas pela ECCI da UCCCB / Nº famílias de risco identificadas pelas outras ECCI da ULS CB x 100	Sem histórico	70%	75%	80%
Intervenções de promoção de saúde realizadas a grupos de prestadores informais, no âmbito de projectos específicos	Número de intervenções de promoção de saúde realizadas a grupos de prestadores informais, no âmbito dos CCI	Sem histórico	16	17	18
Psicoterapia de grupo	Nº de sessões de psicoterapia de grupo	Sem histórico	16	17	18
Indicador de desempenho		Metas			
Qualidade Técnica/Efectividade	Fórmula de cálculo	Histórico	2013	2014	2015
Taxa de utilização em CD por grupos etários	Nº CD realizadas a utentes em CCI, com menos de 65 anos /Nº total de CD x 100	Sem histórico	20%	15%	12%
Taxa de utilização em CD por grupos etários	Nº CD realizadas a utentes em CCI, com mais de 65 anos /Nº total de CD x 100	Sem histórico	80%	85%	88%
Número de acções de formação realizadas pela UCCCB a grupos organizados da comunidade integrados em projectos específicos	Número de acções de formação realizadas pela UCC a grupos organizados (prestadores informais) no âmbito dos CCI	Sem histórico	16	17	18

³¹ De acordo com o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Este modelo consiste numa forma multidimensional de conhecer e avaliar as famílias e abrange três categorias principais : a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Utilizaremos um “guia de entrevista” e escalas aferidas à população portuguesa , nomeadamente: Notação social da família (Graffar adaptado; Escala de readaptação social de Holmes e Rahe; Faces II; Apgar familiar de Smilkstein.

(continuação)		Metas			
Indicador de desempenho					
Qualidade técnico - científica	Fórmula de cálculo	Histórico	2013	2014	2015
Percentagem de pessoas dependentes avaliadas com escala (Braden) de risco de úlcera de pressão no âmbito da CD da UCC no âmbito dos CCI	$\frac{\text{Nº de pessoas dependentes com avaliação de risco de úlcera}}{\text{nº de pessoas dependentes}} \times 100$	Sem histórico	90%	95%	98%
Taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão (UP) (Permite avaliar a incidência das UP)	$\frac{\text{Nº de pessoas a quem não foi documentado o diagnóstico de enfermagem (DE)- úlcera de pressão presente com data posterior à data DE RUP}}{\text{nº de pessoas com diagnóstico de enfermagem risco de úlcera de pressão (RUP)}} \times 100$	Sem histórico	60%	65%	70%
Taxa de resolução de diagnóstico de úlcera de pressão (UP) (Permite avaliar a eficácia do tratamento de UP)	$\frac{\text{Nº de pessoas com alteração do diagnóstico - úlcera de pressão - presente para ausente}}{\text{nº de pessoas com diagnóstico de enfermagem - úlcera de pressão - presente}} \times 100$	Sem histórico	15%	20%	25%
Percentagem de pessoas/famílias com plano de cuidados integrado	$\frac{\text{Nº de pessoas /família com plano integrado}}{\text{nº de pessoas/família com intervenção}} \times 100$	Sem histórico	90%	95%	98%
Ganhos expressos no controlo da intensidade da dor	$\frac{\text{Nº de pessoas admitidas no programa ECCI com controlo da dor}}{\text{Nº de pessoas admitidas no programa ECCI a quem foi documentado o fenómeno de enfermagem -Dor, no período em análise}} \times 100$	Sem histórico	90%	95%	98%
Taxa de resolução do papel do prestador de cuidados inadequado (Serão contabilizados o nº total de “prestadores” em que foi efectuado o diagnóstico de “papel do prestador de cuidados inadequado”)	$\frac{\text{Nº de pessoas em que o diagnóstico de papel do prestador de cuidados inadequado alterou para adequado}}{\text{Nº de pessoas com o diagnóstico de papel do prestador de cuidados inadequado}} \times 100$	Sem histórico	60%	70%	80%
Ganhos expressos no controlo da intensidade da dor (Utilização da escala de Wong e Baker)	$\frac{\text{Nº de pessoas na ECCI com controlo da dor}}{\text{Nº de pessoas na ECCI a quem foi documentado o DE -Dor}} \times 100$	Sem histórico	60%	85%	90%

(Continuação)		Metas			
Indicador de desempenho		Metas			
Qualidade técnico - científica	Fórmula de cálculo	Histórico	2013	2014	2015
Percentagem de utilizadores da ECCI satisfeitos com os serviços prestados	Nº de utilizadores da ECCI que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito/ Nº de utilizadores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	60%	85%	90%
Percentagem de colaboradores da ECCI satisfeitos	Nº de profissionais da ECCI que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito/ Nº de profissionais que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	60%	85%	95%
Indicador de desempenho		Metas			
Resultado	Fórmula de cálculo	Histórico	2012	2013	2014
Ganhos em independência nos autocuidados (Índice de Katz - avalia a eficácia nos ganhos em independência)	Nº de utentes da ECCI que reduziram os níveis de dependência em pelo menos um autocuidado / nº de utentes da ECCI com dependência em pelo menos um autocuidado x 100	Sem histórico	60%	70%	80%
Percentagem de CD programadas e realizadas em equipa	Nº de CD realizadas a utentes em CCI / nº CD programadas a utentes em CCI x 100	Sem histórico	60%	80%	90%
Percentagem de casos referenciados para outros recursos de saúde	Nº de casos referenciados pela ECCI para outros recursos de saúde/ nº de casos alvo de intervenção da ECCI x 100	Sem histórico	3%	10%	10%

3.8- ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

3.9- SERVIÇOS MÍNIMOS

Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem em situações de doença aguda ou crónica, em que esteja presente qualquer juízo de diagnóstico em grau elevado.

3.10- INTER SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAIS

Em caso de ausência de um profissional, por férias e/ou outra ausência que seja igual ou inferior a duas semanas a prestação de cuidados será assegurada em tempo útil pelos outros elementos da UCCCB / ECCI, sendo posteriormente ajustado o horário destes profissionais.

No caso de ausências superiores a duas semanas, as consultas do elemento da equipe ausente, serão realizadas pelos restantes elementos da mesma área técnica, com recurso a trabalho extraordinário. Na situação de um só elemento por área técnica, será solicitada a sua substituição ao Conselho Administração(CA) da ULSCB,EPE.

No caso da ausência ser superior a 120 dias, será efectuada proposta pela UCCCB dirigida ao CA da ULSCB, para que seja substituído temporariamente o elemento ausente. Qualquer elemento da equipe multiprofissional da UCCCB que pretenda cessar o exercício da sua actividade profissional na unidade, deverá comunicar por escrito ao coordenador com antecedência mínima de 60 dias.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM ESTOMATERAPIA

4 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM ESTOMATERAPIA

4.1- INTRODUÇÃO

Depois de se ter assistido no ultimo século a um desenvolvimento científico e tecnológico extraordinário, a sobrevivência dos doentes é, actualmente, um aspecto que requer níveis crescentes de atenção. Por outro lado a preocupação quanto aos aspectos psicológicos e sociais tem catalisado uma mudança progressiva da ênfase ao nível do tratamento da doença para os cuidados com a pessoa doente e a sua qualidade de vida. Cremos que uma das formas de fazer face a esta realidade está no atendimento das necessidades de educação da população, relativamente às quais os enfermeiros têm estado a tornar-se mais conscienciosos do seu papel de educadores de saúde, sendo este de primordial importância no contexto actual de saúde. Deve ter sempre presente que o conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a filosofia, que responde à grande questão existencial do homem; a ciência e a tecnologia, numa abordagem epistemológica.

Os utentes portadores de ostomia, são um grupo vulnerável, que exige dos profissionais de saúde intervenientes um nível profundo de conhecimentos e a capacidade de utilização de indicadores que permitam a avaliação sistemática das actividades planeadas e desenvolvidas. Além destas funções deverão ser capaz de emitir pareceres baseados em diagnósticos de situação a efectuar na comunidade, colaborando assim activamente para a implementação de medidas correctivas, através de estratégias consideradas adequadas. A interacção com clientes ostomizados é sempre difícil. A criação de uma ostomia implica a realização de uma cirurgia mutilante, que irá ameaçar a sua vida, ou pelo menos colocar em risco a qualidade desta e cuja decisão tem de ser quase imediata, após a confirmação do diagnóstico. Exige-se ao doente e família, decisões rápidas e importantes em termos de orientação terapêutica, que leva a um reajustamento constante.

Certamente que as alterações na imagem corporal, alterações no seu modo de vida darão origem a alterações no relacionamento com os outros. As crenças de enfermeiros e clientes associados ao controle esfinteriano e imagem corporal são, por si só um entrave ao estabelecimento de uma relação de ajuda capaz de auxiliar como superar essa adversidade.

Segundo MANTOVANI et al (2001:2), a mudança do trânsito intestinal, por meio de um estoma exteriorizado substituindo o esfíncter anal, pressupõe alterações drásticas na representação do

corpo, nas suas práticas e nas relações sociais que sobre ele incidem em circunstâncias distintas: no lazer no trabalho, no quotidiano e relacionamento sexual.”

Também a esse respeito REIS MARQUES, et al (1991:76) escreve: “A presença do estoma cria no doente vergonha e repugnância, depressão, afastamento social, medo do odor ou ruídos e ressentimentos em relação aos outros.”

O Enfermeiro é o profissional de saúde que mais directamente contacta com o cliente e família, daí a necessidade de estar preparado para prestar cuidados de acordo com uma filosofia holística, porque existem problemas que são mais fáceis de detectar, outros do foro psicológico revelam-se de grande complexidade e de difícil resolução.

Como refere, MAZA, e al (2000:92), “as pessoas ostomizadas não necessitam apenas de enfermeiros especializados e dispositivos”.

A qualidade de vida dos ostomizados intestinais vai depender da correcta localização do estoma; de ajuda psicológica adequada à nova mudança; da existência de um acompanhamento profissional especializado nas fases do internamento (disponível para ouvir, ensinar, ajudar); mas também de um apoio especializado no contexto dos cuidados de saúde primários, onde o ostomizado e/ou os seus familiares possam recorrer sempre que lhe surjam dúvidas ou problemas relacionados com o seu estoma. Esse apoio especializado é oferecido pelo estomaterapeuta.

Durante o percurso formativo, os enfermeiros estomaterapeutas desenvolveram competências para a promoção de uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade, dirigidos à pessoa portadora de ostomia e à sua família; visando a autonomia da pessoa na vivência do seu projecto de saúde e a sua qualidade de vida.

É uma especialidade exclusiva da prática da enfermagem, direccionada para o cuidado de pessoas com ostomias crónicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinência anal e urinária. No entanto é muito mais do que possuir conhecimentos técnicos, são também transmissão de princípios de relação de ajuda, que permitam ao ostomizado reencontrar a autonomia o mais rapidamente possível.

O estomaterapeuta tem como funções, entre outras:

- - Garantir o atendimento personalizado dos ostomizados e das suas famílias;
- - Escolher e ajustar os dispositivos de modo individualizado;
- - Instruir os ostomizados para a correcta utilização do material;
- - Promover o auto-cuidado;
- - Promover a participação da família;

- Acompanhar e aconselhar estes clientes desde a decisão operatória; quer seja durante o internamento ou após a alta.

A metodologia da formação realizada, foi orientada/dirigida para a melhoria contínua da qualidade, e a sua implementação e desenvolvimento nos locais de trabalho, entendeu a equipa da UCCCB, integrar na sua carteira de serviços, este programa. O trabalho a desenvolver, como já foi referido, visa essencialmente a educação para a saúde investindo principalmente na informação, formação e orientação para estilos de vida saudáveis. Recorrendo ao fornecimento de mais e melhor informação, aumentando as competências da família, interviremos directamente na redução do stress. Pretendemos articular e acompanhar as actividades desenvolvidas pelas associações de doentes, no âmbito da informação, literacia em saúde e formação para o autocontrolo da doença e da prestação de cuidados de saúde, no sentido de dar a conhecer ao cidadão o trabalho das associações de doentes, pensar na saúde como um todo, como sinónimo de bem-estar completo do doente/comunidade.

A UCCCB direccionada para o âmbito comunitário pretende colaborar com as outras unidades funcionais³² da ULSCB, no sentido de melhorar a qualidade de vida do utente ostomizado, e das suas famílias e aumentar os skills/competências dos outros profissionais.

4.2- POPULAÇÃO ALVO

- Utentes ostomizados do Concelho de Castelo Branco³³, pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde e outros sub-sistemas.
- No Concelho de Castelo Branco³⁴, no ano de 2012, 52³⁵ utentes do SNS, receberam gratuitamente os dispositivos.

³² Da área de abrangência da UCCCB.

³³ Se os recursos humanos a afectar forem, suficientes, alargaremos o programa ao Concelho de Vila Velha de Ródão

³⁴ Este número só diz respeito aos utentes do SNS, aos quais o Centro de Saúde de Castelo Branco fornece gratuitamente os dispositivos.

³⁵ 33 Pertencentes ao sexo masculino (25 com colostomia, 5 com urostomia e 3 com ilíostomia); 19 pertencentes ao sexo feminino (15 com colostomia, 3 com urostomia e 1 com ilíostomia).

4.3 – OBJECTIVOS

- Conhecer o nº de utentes ostomizados do Concelho de Castelo Branco, pertencentes ao SNS e sub-sistemas;
- Criar/organizar grupos de apoio;
- Por solicitação das UF , prestar cuidados de saúde especializados na área da estomaterapia;
- Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde das outras unidades funcionais.

Objectivos específicos

- Conseguir que pelo menos 85% dos utentes/famílias tenham cuidados especializados em estomaterapia (após serem referenciados/encaminhados pela UF por necessitarem de cuidados especializados em estomaterapia) ;
- Conseguir que pelo menos 80% dos enfermeiros frequentem formação na área da estomaterapia;
- Conseguir que no final do triénio esteja formado “Grupo de ostomizados do Concelho de Castelo Branco”.

4.4- ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Agendar/effectuar reuniões com o Enf ^o Director e Directores Clínicos das UGI	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	HAL UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Agendar/effectuar reuniões com os coordenadores das UF	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Contacto telefónico ; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Criar e manter atualizado no SAPE :“ Comunidade de utentes ostomizados do Concelho de Castelo Branco”.	Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Encaminhamento pelas UF e HAL ; Ficheiros das equipas, das UF e HAL	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	20 Horas
CD do perfil profissional: Enfermeiro (Estomaterapeuta)* (*Encaminhamento pelas UF , nos casos do utente/família necessitar de atendimento especializado)	Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Programação efectuada pela equipe (Aplicação da escala de Qualidade de Vida de Flanagan; Protocolos; AES -individualizada)	Domicilio	Todo ano; dias úteis	(a)	40 Horas
Consulta de Enfermagem	Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Programação efectuada pela equipe (Aplicação da escala de Qualidade de Vida de Flanagan; Protocolos; AES -individualizada)	UCCCB ou noutro local	Todo ano 1xsemana quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	280Horas
AES , dirigidas aos utentes/famílias/prestadores informais	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro (Estomaterapeuta) Outros peritos	Formação em sala: Autonomia; auto-cuidado; cuidados com estoma; alimentação(...)	UCCCB ou noutro local	Todo ano quinzenalmente quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Formação em sala	UCCCB ou noutro local	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	70 Horas
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Programação efectuada pela equipe: Para “Metodologias de Implementação para um Sistema de Gestão da Qualidade”(SGQ); de acordo com a norma ISO: 9001	UCCCB	Todo ano; dias úteis; semanalmente no dia a programar quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Coordenação do programa	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro (Estomaterapeuta)	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB	Todo ano; dias úteis;	(a)	10 Horas

A= Avaliação (a) - Expressa nos Indicadores

4.5- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Actividades	Enfermeiro		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Agendar/efectuar reuniões com Enfº Director e Directores Clínicos das UGI	1	4	40
Agendar/efectuar reuniões com os coordenadores das UF	1	4	40
Criar e manter atualizado no SAPE :“ Comunidade de utentes ostomizados do Concelho de Castelo Branco”.	½	2	20
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	1	4	40
CD do perfil profissional: Enfermeiro (Estomaterapeuta)* (*Encaminhamento pelas UCSP/USF , nos casos do utente/família necessitar de atendimento especializado)	1	4	40
Consulta de Enfermagem de Estomaterapia	7	28	280
AES dirigidas aos utentes/famílias (grupo de inter ajuda / associação de utentes)	1	4	40
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	1¾	7	70
Coordenação do programa	¼	1	10
TOTAL	14½h	58h	580 h

Na concretização de todas as actividades o assistente operacional e o assistente técnico darão o contributo necessário, de acordo com o conteúdo funcional das suas carreiras.

4.6 -INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013-2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes portadores de ostomia com intervenção/atendimento especializado, com (CD) nas primeiras 48h após referência/encaminhamento pelas UF	Nº de utentes portadores de ostomia com CD nas primeiras 48h após referência / Nº de pessoas portadoras de ostomia referenciadas no período x 100	Sem histórico	70%	75%	80%
Percentagem de utentes/famílias portadores de ostomia, com moderada disfunção ³⁶	Nº de utentes portadores de ostomia com risco familiar / Nº de utentes portadores de ostomia em programa na UCCCB x 100	Sem histórico	5%	4%	3%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Intervenções de promoção de saúde realizadas em grupo	Número de intervenções de promoção de saúde realizadas em grupo, dirigidas aos utentes/famílias portadores de ostomias	Sem histórico	2	18	19
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Número de acções de formação interna/externa realizadas aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Sem histórico	A definir	-	-
Percentagem de utentes portadores de ostomia , que se auto-cuidam	Nº de utentes portadores de ostomia que se auto-cuidam / Nº de utentes portadores de ostomia em programa na UCCCB x 100	Sem histórico	50%	85%	90%

³⁶ Pretendemos implementar o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Este modelo consiste numa forma multidimensional de conhecer e avaliar as famílias e abrange três categorias principais : a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. Utilizaremos um “guia de entrevista” e escalas aferidas à população portuguesa , nomeadamente: Notação social da família (Graffar adaptado; Escala de readaptação social de Holmes e Rahe; Faces II; Apgar familiar de Smilkstein. Será efectuada a parametrização do Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem (SAPE) no que concerne às “famílias” e “comunidade”.

Em caso de ser considerado pertinente recorreremos também às escalas de Zoritz; Dor; Barthel; Edmont e MMS

Qualidade técnico-científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes portadores de ostomia com intervenção/atendimento especializado, após referência/encaminhamento pelas UF avaliados com escala de qualidade de vida de Flanagan	Nº de utentes portadores de ostomias com avaliação da qualidade/ nº de utentes portadores de ostomias x 100	Sem histórico	60	90	95
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2012	2013	2014
Percentagem de utentes/famílias satisfeitas	Nº de utentes/famílias que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de utentes/famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

4.7 -ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

4.8 - SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL

INTERVENÇÃO SICOSSOCIALNO ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA EM DOENTES ALCOÓLICOS

5.1-INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA EM DOENTES ALCOÓLICOS

5.1.2-RESUMO

Após o período de internamento, quer em regime hospitalar quer em regime ambulatorio para tratamento e/ou desintoxicação alcoólica surge o período pós alta que corresponde à recuperação, reinserção e reabilitação do doente alcoólico. Nesta fase a readaptação psicossocial, familiar e laboral constituem, a par da prevenção da recaída desencadeada pelo próprio doente / família e profissionais de saúde um enorme desafio a que urge dar resposta adequada e efectiva.

A recaída é um enorme desafio no tratamento de todos os transtornos do comportamento, designadamente os decorrentes do abuso e dependência do álcool.

A prática clínica desenvolvida no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), demonstra elevadas taxas de recaídas na área do tratamento da dependência alcoólica, com particular incidência nos primeiros meses após a alta hospitalar.

Para além da motivação e das alterações de comportamento esperadas no doente, após o tratamento, considera-se o acompanhamento e o apoio psicossocial como fundamentais e determinantes para a abstinência de longo prazo DIAS (2006).

O alcoolismo é uma doença biológica, embora modelada por factores de natureza psicológica e social NUNES E JOLLUSKIN (2007), cabendo ao enfermeiro, numa vertente psicoeducativa identificar sinais prévios de aviso, conducentes ao reconhecimento de padrões de recaída que devem ser olhados de forma preventiva.

Após a identificação e análise das necessidades sentidas pelos doentes e manifestadas pelos enfermeiros propõe-se desenhar e planificar uma intervenção de enfermagem especializada com o objectivo de acompanhar o processo de prevenção da recaída, numa perspectiva salutogénica, de promoção de estilos de vida saudáveis não compatíveis com o consumo de álcool e de interacção social, familiar e laboral adequadas.

5.1.3-INTRODUÇÃO

As sociedades ocidentais actuais passaram a dar grande atenção às questões sociais e de saúde, pelo que os problemas colocados pelo consumo nocivo de álcool adquirem uma relevância nunca antes alcançada, tendo em conta os seus custos sociais e económicos.

As consequências negativas deste tipo de consumo são elevadíssimas com efeitos na saúde individual, (física e mental) dos consumidores, na interacção social e laboral e na dinâmica familiar que surge grandemente afectada com prejuízo efectivo na sua funcionalidade.

O alcoolismo de um indivíduo não é um assunto exclusivo deste, é igualmente um assunto dos que sofrem os efeitos do seu comportamento, sendo que a motivação e a capacitação relativas ao problema são aspectos fundamentais e é a fase mais complicada de uma longa caminhada que se inicia no tratamento e na desintoxicação.

Segundo a OMS, a dependência alcoólica corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após uso repetido de álcool. Inclui um “desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado”.

A detecção precoce é determinante para a redução significativa de custos, das consequências individuais, sociais, laborais e familiares. Quanto mais cedo forem implementadas medidas, sejam de carácter preventivo, curativo ou de reabilitação, mais fácil e eficazmente se obtêm ganhos em saúde na população em geral e no indivíduo em particular.

Em Maio de 2008, na 61ª Sessão da Assembleia Mundial da Saúde, a OMS definiu linhas de orientação para a redução do uso nocivo de álcool e apresentou directivas importantes neste domínio a ser implementadas das quais destaco duas pela sua dimensão na prevenção da recaída e na redução de reinternamentos por ineficácia de meios de intervenção no pós alta: OMS (2008)

1. (...) “mecanismos adequados de acompanhamento” (...);
2. (...) “recolha de dados e avaliação necessários para a monitorização dos progressos a diferentes níveis e para reforçar a base de evidência das estratégias que reduzem os danos relacionados com o álcool em contextos culturais diversos” (...)

Um dos problemas mais graves do fenómeno do alcoolismo é precisamente a fase que se segue ao tratamento, a fase de reinserção e retorno ao ambiente anterior, onde eventualmente emergiu ou se desenvolveu a dependência do consumo do álcool. É nesta fase em que faz todo o sentido os “mecanismos adequados de acompanhamento” anteriormente mencionados.

A prevenção da recaída, como referem LAMBAZ E ANTÓNIO (2009), surge como uma realidade à qual é necessário conferir importância dado que a “investigação clínica tem revelado elevadas taxas de recaídas na área do tratamento da dependência alcoólica, com particular incidência nos primeiros três meses de tratamento”. O mesmo estudo conclui ainda: “a prevenção da recaída surge como o desafio terapêutico no tratamento da dependência alcoólica apelando a uma abordagem integrativa biopsicossocial”.

Um estudo efectuado na Unidade de Alcoologia de Lisboa acompanhou durante 6 meses após a alta hospitalar um grupo de indivíduos internados por dependência alcoólica. Nesse período de 6 meses, verificou-se uma taxa de recaída de 61%, dos quais 71% ocorreram nos primeiros três meses após alta do internamento NETO, LAMBAZ (2008).

Outro estudo revela num período de tempo de 12 meses após a alta uma taxa de 49% de recaídas WALTER et al (2006). Segundo este autor, diversos estudos efectuados com o objectivo de medir a incidência de recaídas após o internamento para tratamento / desintoxicação “em termos gerais a taxa de recaída pode variar entre 35% e 90%, o que nos faz pensar que numa perspectiva optimista, em cada 10 pessoas em tratamento, 3 a 4 podem recair enquanto numa perspectiva pessimista, 9 podem recair”.

A prevenção da recaída orienta a sua actuação no sentido de prever e lidar com o fenómeno da própria recaída, no sentido de consolidar uma abstinência devidamente consistente em função da ausência do comportamento de beber MARLATT E GORDON (1993).

Outros estudos apresentados por SLATTERY et al (2003), revelam que medidas tomadas no sentido da prevenção da recaída bem como o acompanhamento após o internamento são eficazes na diminuição da incidência de recaídas em doentes alcoólicos, bem como na redução da sua intensidade e problemas relacionados.

Como em qualquer outro processo de recuperação, trata-se de um período durante o qual decorrem alterações e readaptações de diversa natureza conforme a patologia em causa e grau de complexidade associada. No caso da dependência alcoólica, estamos perante um problema com contornos muito especiais dado que estas pessoas agem e interagem numa família, numa comunidade, num grupo, daí que este fenómeno ultrapasse a barreira do individual e integra um

problema social, político e económico grave, no qual urge intervir adequada e ponderadamente de acordo com cada situação.

O uso problemático de bebidas alcoólicas é também uma dependência da experiência com aquela substância e assim sendo não basta a retirada da substância com vista à desabituação, é fundamental orientar o indivíduo para a busca do estabelecimento de um novo equilíbrio, estável e duradouro. Neste contexto surgem necessidades específicas por parte dos doentes em fase de recuperação (pós-alta), que precisam ser devidamente mensuradas e qualificadas não só pelo próprio doente e família afectada, como também pelos profissionais de saúde, designadamente enfermeiros que são quem mais de perto lidam com a doença e com a pessoa doente em diversos contextos, no sentido de poderem delinear um plano de actuação e acompanhamento do decorrer do período pós-alta tendo como principal objectivo a manutenção da abstinência que passa pela aprendizagem de novas formas de viver e compreender o fenómeno do alcoolismo e a adopção de estilos de vida saudáveis e alteração para comportamentos não compatíveis com quaisquer tipo de consumos de álcool.

Existem na literatura diversos modelos de prevenção da recaída no tratamento da dependência de substâncias, nomeadamente MARLATT E GORDON (1993), e GORSKI (1996), citado por NUNES E JOLLUSKIN (2007) aquele baseado numa perspectiva cognitivo-comportamental do processo de recaída em comportamentos aditivos, este mais numa vertente psicoeducativa, direccionado para os comportamentos sugestivos de recaída observando-os sempre numa perspectiva de prevenção para poder actuar de acordo com as necessidades afectadas e potenciadoras de lapsos conducentes a essas recaídas.

O período que se segue ao internamento durante o qual decorreu o tratamento deverá constituir uma etapa decisiva para o próprio doente, sua família e profissionais de saúde envolvidos. Decorrida a desintoxicação é fundamental assegurar a abstinência total, uma nova forma de estar na vida, criar e partilhar mecanismos de aprendizagem constantes. É um período de novas necessidades e importantes adaptações cujo fracasso pode culminar no retorno aos consumos e instala-se de novo um quadro de dependência alcoólica, com certeza de dimensões mais graves e de maior grau de dificuldade em termos de tratamento, não obstante as repercussões a nível social, familiar e económico, entre outras. É uma etapa que se pode estender por toda a vida durante a qual se verifica a emergência da síndrome de recaída NUNES E JOLLUSKIN (2007). Segundo estes autores, esta síndrome “deriva do facto da pessoa, mesmo estando abstinente, assumir uma atitude de passividade face ao tratamento, com negação das dificuldades presentes ou desenvolvimento de crenças erradas a esse respeito que podem tornar-se disfuncionais a ponto de conduzirem à recaída”.

5.1.4-POPULAÇÃO ALVO

- Pessoas com problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas, que tenham sido internadas em meio hospitalar para tratamento de desintoxicação orgânica e desabitação psíquica;
- Pessoas que beneficiem de intervenção psico-social no período pós alta de reinserção e reintegração social, familiar e profissional, no sentido da prevenção de recaídas e reinternamentos, através da realização periódica de consultas de enfermagem / grupos de intervenção psico-terapêutica de acordo com os internamentos efectuados;
- Outros grupos de risco, da comunidade em geral que obtenham ganhos em saúde resultantes da intervenção psico-educativa tendo em vista a redução de consumos e / ou abstinência.

5.1.5-OBJECTIVOS³⁷

- Melhorar a adesão ao plano terapêutico;
- Diminuição de reinternamentos para tratamento / desintoxicação;
- Prevenção de recaídas.

³⁷ - Avaliação do número de internamentos e reinternamentos, resultantes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas;

- Avaliação das taxas de recaídas na área do tratamento da dependência alcoólica;

- Necessidades manifestadas pelos doentes alcoólicos após alta hospitalar no sentido da recuperação e reinserção globais e da manutenção da abstinência / prevenção de recaídas / redução de danos;

- Necessidades sentidas pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental no sentido de melhorar o acompanhamento no período pós alta / prevenção de recaídas / evitar o fenómeno “porta giratória”.

Actividades:

- Psicoterapia de grupo (consulta de enfermagem em alcoologia);

- Psicoeducação direccionada para os comportamentos sugestivos de recaída numa perspectiva de prevenção / aprendizagem / assegurar abstinência total / evitar o retorno aos consumos / evitar o início dos consumos em contexto de risco para a saúde;

- Técnicas cognitivo-comportamentais;

- Recolha de dados / avaliação para monitorização dos progressos pós-alta / dificuldades sentidas;

- Estratégias de redução de danos;

- Grupos terapêuticos previamente seleccionados de acordo com os objectivos individuais e fase do processo de recuperação;

- Um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria;

- Uma vez por semana / conforme as necessidades, objectivos e evolução, a iniciar imediatamente após a alta hospitalar.

5.1.6- ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Agendar/efectuar reuniões com o Enº Director e Directores Clínicos das UGI	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	HAL UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 horas
Agendar/efectuar reuniões com os coordenadores das UF	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas
Identificar doentes alcoólicos provenientes de internamento, consulta, CRI, Escolas, Comunidades Terapeuticas / grupos de risco	Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Encaminhamento das UF e serviço de internamento de Psiquiatria do HAL / outras Instituições	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Registos e realização de base de dados com doentes identificados. Avaliação sistemática do grau de risco / estratégias a desenvolver	Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Encaminhamento pelas UF e HAL ; Ficheiros das equipas, das UF e HAL	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Realização das sessões do grupo psicoterapeutico / psicoeducação / técnicas cognitivo-comportamentais. Redução de danos / prevenção da recaída	Enfermeiros Especialistas Saúde Mental	Realização das sessões do grupo psicoterapeutico (consulta de enfermagem em alcoologia pós-alta)	UCCCB	Todo ano; dias úteis;A agendar quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	300 Horas
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Enfermeiros Especialistas Saúde Mental	Formação em sala	UCCCB Ou noutro local	Todo ano; dias úteis.	(a)	A definir após diagnóstico de necessidades de formação;
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Programação efectuada pela equipe: Para “Metodologias de Implementação para um Sistema de Gestão da Qualidade”(SGQ)	UCCCB	Todo ano; dias úteis.	(a)	Contabilizadas no Programa da Qualidade
Coordenação do programa	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB	Todo ano; dias úteis.	(a)	10 Horas

A = Avaliação (a) - Expressa nos Indicadores

5.1.7- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Actividades	Enfermeiro		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Agendar/effectuar reuniões com o Enfº Director e Directores Clínicos das UGI	¼	1	10
Agendar/effectuar reuniões com os coordenadores das UF	¼	1	10
Identificar doentes alcoólicos provenientes de internamento ou consulta /outras Instituições	1	4	40
Registos e realização de base de dados com doentes identificados	1	4	40
Realização das sessões do grupo psicoterapeutico / sessões psicoeducação	7½	30	300
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	A definir	-	-
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Contabilizadas no programa da Qualidade		
Coordenação do programa	-	1	10
TOTAL	10¼h	41h	410h

Na concretização de todas as actividades o assistente operacional e o assistente técnico darão o contributo necessário, de acordo com o conteúdo funcional das suas carreiras.

5.1.8- INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÉNIO 2013-2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes com dependência alcoólica e/ou outras substâncias contactados 48h após referência	Nº de utentes alcoólicos (comportamentos aditivos) contactados nas primeiras 48h após referência / Nº de doentes alcoólicos referenciados no período x 100	Sem histórico	70%	75%	80%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Número de intervenções psicoterapêuticas realizadas em grupo	Número de intervenções psicoterapêuticas realizadas em grupo, dirigidas aos utentes com dependência alcoólica	Sem histórico	20	40	45
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Número de acções de formação interna/externa realizadas aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Sem histórico	2	2	4
Qualidade técnico-científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes alcoólicos pós-alta hospitalar avaliados com escalas (a definir)	Nº de utentes com Dependência alcoólica avaliados com escalas / nº de utentes alcoólicos referenciados à UCCCB x 100	Sem histórico	60	90	95
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes satisfeitos	Nº de utentes que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de utentes/famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

5.1.9-ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

5.1.10- SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

5.2-CUIDAR (+) POSITIVO

5.2.1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população portuguesa é um facto que facilmente se observa pela estatística demográfica e alteração do padrão epidemiológico, o que acarretou profundas alterações sociais e na estrutura familiar. Segundo a OMS “O envelhecimento traz consigo muitos factores de stress susceptíveis de aumentar a doença mental tais como a diminuição das capacidades funcionais e o isolamento social.”

Epidemiologicamente e mesmo empiricamente, verificamos que são cada vez mais frequentes os casos de demência entre a população por nós cuidada. Este diagnóstico específico acarreta consigo, mesmo que não percebido desde o início, comprometimento do relacionamento interpessoal, afectando a estrutura familiar. Esta grande percentagem da população é também acometida por elevada morbilidade com consequente incapacidade e vulnerabilidade. O que torna a intervenção junto dos cuidadores tão relevante quanto o atendimento das necessidades do doente. As alterações cognitivas, de memória e de linguagem comprometem o relacionamento interpessoal, afectando a estrutura familiar. O paciente com Demência torna-se, com o decorrer da doença, dependente dos familiares e/ou dos cuidadores.

Segundo BRITO (2000:20) “a qualidade de vida dos pacientes com demência depende, primordialmente, daqueles que são responsáveis pelo seu cuidado. Dessa forma, a grande maioria das abordagens terapêuticas inclui trabalhos com grupos de familiares e cuidadores.”

O Projecto “Cuidar (+) Positivo” surge como uma resposta para as pessoas que cuidem de um idoso dependente e que necessitem de apoio quer nos cuidados prestados, quer em manter e aumentar a sua saúde mental. Este projecto compreende uma vertente educacional e uma componente prática. Os temas a abordar são a psicopatologia das demências, estratégias de coping e hábitos de vida saudáveis. A componente prática compreende sessões de relaxamento, caminhadas e workshop sobre alimentação saudável. Pretende-se formar grupos semi-fechados com duração aproximada de 8 sessões semanais.

Decidimo-nos pela implementação deste projecto na UCC pois verificámos que vai de encontro à missão da mesma: “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 actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

De acordo com a informação supra-citada pensamos que os programas de intervenção dirigidos aos prestadores de cuidados têm um considerável potencial para melhorar a qualidade de vida do prestador de cuidados e do idoso dependente, traduzindo-se claramente em ganhos em saúde, humanos e também económicos.

5.2.2- POPULAÇÃO ALVO

Todos os cuidadores informais³⁸ de pessoas com Demências referenciados à UCCCB.

³⁸ ESTRUTURAÇÃO DO PROJECTO

Este projecto consiste em 8 sessões de grupo com 10 participantes, no máximo, por grupo psicoterapeutico. A estruturação das sessões é a seguinte:

1ª sessão (educativa e de suporte):

- Apresentações individuais;
- Apresentação do Projecto;
- Preenchimento de questionário;

2ª sessão (educativa e de suporte):

- Informação sobre a doença, sua evolução e tratamentos;
- Esclarecimento de dúvidas
- Impacto da doença na família.

3ª sessão (educativa e suporte):

– Formas de lidar com o sistema de saúde, direitos e benefícios do estatuto de doente crónico, instituições de apoio na comunidade; (colaboração de um técnico superior de serviço social)

4ª sessão (de suporte):

- Gestão de stress e ansiedade;
- Competências de comunicação e de assertividade
- Estratégias de *copping* – relaxamento

5ª sessão (educativa e de suporte):

- Cuidados a ter em casa – alimentação, lidar com efeitos secundários dos tratamentos;
- Relaxamento;

6ª sessão (de suporte):

- Importância das redes de apoio;
- Lidar com a imprevisibilidade do futuro;
- Relaxamento;

7ª sessão (de suporte):

- Gestão de Sentimentos/Emoções face ao doente;
- Relaxamento;

8ª sessão (educativa, suporte, finalização):

- Sessão com resumo da informação sobre ganhos em saúde mental;
- Preenchimento de questionário;
- Convívio entre participantes de acordo com os princípios de vida saudável;

Em caso de dificuldades em formar um grupo psicoterapêutico, será iniciado este projecto como consulta de Enfermagem. Os temas e a duração da intervenção serão aproximadamente as mesmas, mas com uma abordagem mais individualizada de acordo com as necessidades identificadas.

MATERIAIS

O projecto a desenvolver baseia-se em sessões de educação para a saúde, psicoterapia expressiva, sessões de relaxamento e actividades no exterior. Pelo que pensamos ser necessário:

- 1 sala com capacidade para 10 pessoas;
- Mesas e cadeiras;

5.2.3-OBJECTIVOS

Objectivos gerais:

- Prestar cuidados especializados a cuidadores informais de pessoas com Demência;
- Melhorar a qualidade assistencial aos doentes com Demência;

Objectivos específicos:

- Aumentar os níveis de conhecimentos da população de cuidadores informais sobre Demências;
- Aumentar o nível de saúde mental dos cuidadores informais de doentes com Demência;
- Avaliar o nível de stress, ansiedade e Depressão do cuidador informal;
- Diminuir os casos de ruptura dos cuidados no domicílio;

5.2.4- ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Agendar/effectuar reuniões com o Enfº Director e Directores Clínicos das UGI	Coordenador da UCCCB; Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	HAL; UCCCBou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas
Agendar/effectuar reuniões com os coordenadores das UF	Coordenador da UCCCB; Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	UCCCBou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas
Identificar cuidadores informais de pessoas com Demência	Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Encaminhamento das UF, ECCI e serviços de internamento do HAL	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Registos e realização de base de dados com cuidadores identificados	Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Encaminhamento pelas UF e HAL ; Ficheiros das equipas, das UF e HAL	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Realização das sessões do grupo psicoterapeutico	Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Realização de sessões do grupo psicoterapêutico;	UCCCB	Todo ano; dias úteis; A agendar quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	300 Horas
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Formação em sala	UCCCBou noutro local	Todo ano; dias úteis; A agendar quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	A definir após diagnóstico das necessidades formativas
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho; Impressos	Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Programação efectuada pela equipa: Para “Metodologias de Implementação para um Sistema de Gestão da Qualidade”(SGQ);	UCCCB	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	Contabilizadas no Programa da Qualidade
Coordenação do programa;	Coordenador da UCCCB; Enfermeiros Especialistas S.Mental e Psiquiátrica	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas

A = Avaliação (a) - Expressa nos Indicadores

5.2.5-TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Actividades	Enfermeiro		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Agendar/efectuar reuniões com o Enf ^o Director e Directores Clínicos das UGI	¼	1	10
Agendar/efectuar reuniões com os coordenadores das UF	¼	1	10
Identificar cuidadores informais de pessoas com Demência	1	4	40
Registos e realização de base de dados com cuidadores identificados	1	4	40
Realização das sessões do grupo psicoterapêutico	7½	30	300
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	A definir	-	-
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Contabilizadas no programa da Qualidade		
Coordenação do programa; (apuramento indicadores); articulação com as Unidades Funcionais da ULSCB	1/4	1	10
TOTAL	10¼ h	41h	410h

Na concretização de todas as actividades o assistente operacional e o assistente técnico darão o contributo necessário, de acordo com o conteúdo funcional das suas carreiras.

5.2.6-INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013-2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de cuidadores informais contactados 48h após referenciação	Nº de cuidadores informais contactados nas primeiras 48h após referenciação / Nº de cuidadores informais referenciadas no período x 100	Sem histórico	70%	75%	80%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Número de intervenções psicoterapêuticas realizadas em grupo	Número de intervenções psicoterapêuticas realizadas em grupo, dirigidas aos cuidadores informais de pessoas com Demência	Sem histórico	20	40	45
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Número de acções de formação interna/externa realizadas aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Sem histórico	2	2	4
Qualidade técnico-científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de cuidadores informais avaliados com escalas (a definir)	Nº de cuidadores informais avaliados com escalas / nº de cuidadores informais referenciados à UCCCB x 100	Sem histórico	60	90	95
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes satisfeitos	Nº de utentes que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de utentes/famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

5.2.7-ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

5.2.8- SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

5.3- POR UMA VIDA SEM (DE)PRESSÃO

5.3.1-INTRODUÇÃO

A estruturação deste grupo surge da necessidade de criar uma estratégia de intervenção junto das pessoas com Depressão. É um imperativo intervir junto das pessoas com esta doença de modo a conseguir diminuir a prevalência do suicídio junto desta população. Segundo a OMS, no Relatório Mundial de Saúde (2001:68-69), “as doenças mentais representam 30,8% de incapacidade, em toda a vida. A depressão é a quarta doença que acarreta maiores gastos para as sociedades em todo o mundo e a principal causa de anos de vida vividos com incapacidade (AVI). (...) A manter-se a tendência epidemiológica e demográfica, prevê-se que em 2020 a Depressão atingirá 5,7% da carga total de doenças e será a segunda maior causa de anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI), só suplantada pela doença isquémica coronária.” Pelo que se torna cada vez mais necessário investir na psicoeducação e na dotação destes indivíduos com estratégias de combate à Depressão.

Ao desenvolver este projecto visamos tornar visíveis os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem e aumentar o nível de saúde das populações.

5.3.2-POPULAÇÃO ALVO

Todos os doentes com Depressão do Conselho de Castelo Branco, pertencentes ao Sistema Nacional de Saúde e outros sub-sistemas, referenciados pelas restantes unidades funcionais da ULS de Castelo Branco.

5.3.3-OBJECTIVOS³⁹

- Organização de grupo psicoterapêutico de apoio a doentes com Depressão;

Objectivos específicos:

- Conhecer o nº de utentes deprimidos do Concelho de Castelo Branco, pertencentes ao SNS e sub-sistemas;
- Prestar cuidados de saúde especializados na área da saúde mental;
- Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde das outras unidades funcionais;
- Diminuir o número de recaídas por ano;

5.3.4- ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

³⁹

ESTRUTURAÇÃO DO PROJECTO

Este projecto consiste em 8 sessões e eventuais follow-ups, uma vez por semana e com duração de 2 horas por sessão.

Cada sessão consiste em:

- Psicoterapia expressiva;
- Relaxamento Autogénico de Schultz;
- Avaliação da sessão.

As 8 sessões consistem em:

1ª Sessão - Apresentação dos doentes e do projecto; Preenchimento dos questionários.

2ª Sessão -Psicoeducação sobre sinais e sintomas da Depressão.

3ª Sessão -Psicoeducação sobre terapêutica antidepressiva e adesão à terapêutica;

4ª Sessão -Psicoeducação sobre o sono e hábitos saudáveis do sono;

5ª Sessão -Psicoeducação sobre respiração e exercícios respiratórios de relaxamento;

6ª Sessão -Psicoeducação sobre hábitos alimentares saudáveis e exercício físico;

7ª Sessão -Terapia de Exposição / Caminhada

8ª Sessão -Psicoeducação sobre Saúde Mental Positiva; Preenchimento dos questionários.

MATERIAIS

O Projecto a desenvolver baseia-se em sessões de educação para a saúde, sessões de relaxamento e actividades no exterior. Pelo que pensamos ser necessário:

- 1 sala com capacidade para 12 pessoas
- Mesas e cadeiras;
- Projector multimédia;
- Colchões (sessões de relaxamento);
- Material de papelaria e cópias (aproximadamente 6 folhetos e capa por participante).

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Agendar/effectuar reuniões com o En ^o Director e Directores Clínicos das UGI	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	HAL UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas
Agendar/effectuar reuniões com os coordenadores das UF	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas
Identificar doentes deprimidos provenientes de internamento ou consulta	Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Encaminhamento das UF e serviço de internamento de Psiquiatria do HAL	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Registos e realização de base de dados com doentes identificados	Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Encaminhamento pelas UF e HAL ; Ficheiros das equipas, das UF e HAL	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Realização das sessões do grupo psicoterapeutico	Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Realização das sessões do grupo psicoterapeutico	UCCCB	Todo ano; dias úteis; A agendar quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	300 Horas
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Formação em sala	UCCCB ou noutro local	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	Contabilizadas no Programa da Qualidade
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Programação efectuada pela equipe: Para “Metodologias de Implementação para um Sistema de Gestão da Qualidade”(SGQ)	UCCCB	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	Contabilizadas no Programa da Qualidade
Coordenação do programa	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista S. Mental e Psiquiátrica	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas

A=Avaliação (a) - Expressa nos Indicadores

5.3.5- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (Carga Horária)

Actividades	Enfermeiro		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Agendar/effectuar reuniões com os Directores Clínicos das UGI	¼	1	10
Agendar/effectuar reuniões com os coordenadores das UF	¼	1	10
Identificar doentes deprimidos provenientes de internamento ou consulta	1	4	40
Registos e realização de base de dados com doentes identificados	1	4	40
Realização das sessões do grupo psicoterapeutico	7½h	30	300
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	A definir	-	-
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Contabilizadas no programa da Qualidade		
Coordenação do programa; (apuramento indicadores); articulação com as Unidades Funcionais da ULSCB	¼	1	10
TOTAL	10¼h	41h	410h

Na concretização de todas as actividades o assistente operacional e o assistente técnico darão o contributo necessário, de acordo com o conteúdo funcional das suas carreiras.

5.3.6-INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013-2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes com depressão contactados 48h após referenciação	Nº de utentes com depressão contactados nas primeiras 48h após referenciação / Nº de pessoas deprimidas referenciadas no período x 100	Sem histórico	70%	75%	80%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Número de intervenções psicoterapêuticas realizadas em grupo	Número de intervenções psicoterapêuticas realizadas em grupo, dirigidas aos utentes com depressão	Sem histórico	20	40	45
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Número de acções de formação interna/externa realizadas aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF	Sem histórico	2	2	4
Qualidade técnico-científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes com depressão avaliados com escalas (a definir)	Nº de utentes com depressão avaliados com escalas / nº de utentes com depressão referenciados à UCCCB x 100	Sem histórico	60	90	95
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes satisfeitos	Nº de utentes que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de utentes/famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

5.3.7-ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

5.3.8- SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

5.4 -INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA EM COMPORTAMENTOS ASSOCIADOS AO EXCESSIVO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM IDADES JOVENS

5.4.1- INTRODUÇÃO

A educação para a saúde é um contexto ideal para a aprendizagem da auto-gestão da saúde, ao longo da infância e da adolescência. A experiência mostra que o sucesso das intervenções especializados por profissionais de saúde mental aumenta se existir uma boa articulação entre os sectores da saúde e da educação.

Resultado de estudos do Inquérito Nacional em Meio Escolar realizado pelo IDT, IP mostram que os alunos do 3º ciclo (7º, 8º e 9º) e secundário registam um aumento exponencial do consumo de cerveja, directamente relacionado com diminuição do sucesso escolar e conflitos em contexto familiar, manifestado por um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar. Apresentam também com mais frequência envolvimento em lutas e situações de violência na escola. É nesta perspectiva e na observação da OMS, na sua estratégia para a satisfação do objectivo “saúde para todos em 2015” e como refere a meta 12: “diminuir o consumo de álcool a 6 litros per capita por ano para a população de 15 ou mais anos e reduzir o consumo de álcool na população de 15 ou menos anos até ao limiar de 0%, que no âmbito das competências e conteúdos funcionais como enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, nos propomos intervir, nas várias fases do ciclo vital, especialmente nas fases da adolescência e pré adolescência e, de uma forma ajustada e adequada nos indivíduos alcoólicos crónicos através de intervenções terapêuticas de grupo devidamente planeadas de forma a minimizar os efeitos dos consumos prolongados e proporcionar meios para redução de danos e prevenção de recaídas e reinternamentos.

O dec. Lei nº 28/2008 de 22 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). Compete a esta Unidade designadamente, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho nº 10143/2009).

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo para o cumprimento da missão, na organização em que se integra. Por fim percebemos que o consumo nocivo de álcool tem consequências não só para quem o ingere, como também para a sociedade, e tendo em conta que os padrões nocivos e perigosos do consumo de álcool tem consequências significativas em matéria de saúde pública, para além de também gerarem custos no sector dos cuidados de saúde, tendo por isso efeitos negativos no desenvolvimento económico e na sociedade em geral propomo-nos por isso intervir não só a nível preventivo junto da comunidade escolar mas também junto dos indivíduos que apresentam já problemas associados ao consumo nocivo de álcool.

5.4.2-POPULAÇÃO ALVO

Indivíduos com problemas potenciais ou efectivos associados ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras substâncias psico-activas.

5.4.3-OBJECTIVOS⁴⁰:

- Capacitar / ensinar os grupos para a identificação de problemas associados aos consumos de substâncias psico-activas;
- Ensino de estratégias para combater o uso de substâncias e lidar com os motivos que conduzem aos consumos.

⁴⁰

Fundamentando-nos nos dados estatísticos que permitem enquadrar o fenómeno dos consumos na comunidade]12 anos - 18 anos [como um problema de saúde pública, advindo daí perda de dias de produtividade associados aos consumos, problemas sociais, familiares, económicos e a qualidade de vida alterada, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, propoe-se a desenvolver as actividades terapêuticas descritas:

- O desenvolvimento da capacidade de saber resistir às pressões sociais e, em particular, à pressão dos pares através da realização de exercícios de *role-play* com o objectivo maior de aprender a ser assertivo e a resistir à pressão dos pares;
- O desenvolvimento de competências para uma vida activa e saudável, através do treino de competências sociais;
- O desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, de modo informado, responsável e autónomo, através de acções de educação para a saúde de cariz informativo, tendo o cuidado de realizar um pequeno questionário anónimo, na escola, na turma, ou na comunidade, sobre os conhecimentos e as atitudes associadas ao consumo de álcool;
- Estratégias informativas – que providenciam informação objectiva a respeito do álcool e respectivas consequências desse consumo, partindo do pressuposto que o acesso à informação favorece a adopção de atitudes e condutas apostas ao consumo de álcool;
- Estratégias de desenvolvimento de habilidades de resistência social - orientadas no sentido de tornar os jovens mais conscientes dos diferentes modos de pressão social;
- Estratégias de aprendizagem e desenvolvimento de competências focalizadas no treino de habilidades sociais e pessoais.

5.4.4-ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Agendar/effectuar reuniões com o Enfº Director e Director Clínico do HAL	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou ofício (via electrónica)	HAL UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas
Agendar/effectuar reuniões com os coordenadores das UF	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Contacto telefónico; contacto pessoal e/ou Ofício (via electrónica)	UCCCB ou noutro local	Quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas
Identificar indivíduos com problemas potenciais associados aos consumos nas escolas ou em grupos de risco na comunidade ou referenciados pela família	Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Encaminhamento das UF, responsáveis educativos, pais ou familiares, internamentos ou outras instituições	UCCCB Escolas família	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Registos e realização de base de dados com os indivíduos identificados. Avaliação sistemática do grau de risco / estratégias a desenvolver	Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Encaminhamento pelas UF, HAL , escolas, pais, familiares Ficheiros das equipas, das UF, HAL	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	40 Horas
Realização de psicoterapia / psicoeducação individual ou em grupo / técnicas cognitivo-comportamentais. Identificação problemas, estratégias para redução consumos e seus motivos, habilidades sociais e resistência às pressões	Enfermeiros Especialistas Saúde Mental	Realização de sessões do grupo psicoterapeutico, técnicas cognitivo-comportamentais, treino de competências sociais, estratégias informativas	UCCCB Escolas Domicílio ou Outros locais adequados	Todo ano; dias úteis; A agendar quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	480 Horas
Effectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCC, pessoal docente e auxiliar, familiares interessados no processo terapeutico e outras UF	Enfermeiros Especialistas Saúde Mental	Formação em sala	UCCCB ou noutro local	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	A definir após diagnóstico de necessidades de formação;
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Programação efectuada pela equipe: Para “Metodologias de Implementação para um Sistema de Gestão da Qualidade”(SGQ)	UCCCB Escolas	Todo ano; dias úteis	(a)	Contabiliza das no Programa da Qualidade
Coordenação do programa	Coordenador da UCCCB; Enfermeiro Especialista Saúde Mental	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB Escolas	Todo ano; dias úteis; quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 Horas

A = Avaliação (a) - Expressa nos Indicadores

5.4.5- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (Carga Horária)

Actividades	Enfermeiro		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Agendar/efectuar reuniões com o Director Clínico do HAL	¼	1	10
Agendar/efectuar reuniões com os coordenadores das UCSP	¼	1	10
Identificar indivíduos com problemas ligados ao álcool provenientes do meio escolar, família, consulta, comunidade /outras Instituições	1	4	40
Registos e realização de base de dados com os indivíduos identificados	1	4	40
Realização de sessões psicoterapia / psicoeducação, AES, treino de habilidades	12	48	480
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de saúde da UCCCB e outras UF, pessoal docente e não docente, famílias	A definir	-	-
Elaboração de Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho ; Impressos	Contabilizadas no programa da Qualidade	-	
Coordenação do programa	¼	1	10
TOTAL	14¾h	59h	590h

Na concretização de todas as actividades o assistente operacional e o assistente técnico darão o contributo necessário, de acordo com o conteúdo funcional das suas carreiras.

5.4.6-INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÉNIO 2013-2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas	Metas	
			2013	2014	2015
Percentagem de indivíduos com comportamentos aditivos (alcoól e /ou outras substâncias contactados 48h após referência	Nº de indivíduos com comportamentos aditivos contactados nas primeiras 48h após referência / Nº de indivíduos detectados referenciados no período x 100	Sem histórico	70%	75%	80%
Perda de dias de produtividade	Nº de dias de ausência às actividades escolares x 100	S/ histórico	70%	75%	90%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas	Metas	
			2013	2014	2015
Intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas em função dos objectivos	Número de intervenções psicoterapêuticas realizadas em grupo, dirigidas aos indivíduos com hábitos alcoólicos	Sem histórico	20	40	45
Efectuar formação interna e externa aos profissionais de educação, auxiliares e familiares envolvidos	Número de acções de formação interna/externa realizadas aos profissionais de educação das escolas e outras instituições, familiares	Sem histórico	2	2	4
Qualidade técnico-científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas	Metas	
			2013	2014	2015
Percentagem de indivíduos com problemas ligados aos consumos avaliados com escalas (a definir)	Nº de indivíduos com problemas derivados do alcoól avaliados com escalas / nº de indivíduos referenciados à UCCCB x 100	Sem histórico	60	90	95
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas	Metas	
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes satisfeitos	Nº de utentes que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de utentes/famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

5.4.7-ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB, incluindo estabelecimentos de ensino público e particular, famílias e comunidade. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro). O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

5.4.8- SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos

MELHORIA CONTÍNUA/QUALIDADE / FORMAÇÃO

6 – QUALIDADE/FORMAÇÃO/MELHORIA CONTÍNUA

6.1 – INTRODUÇÃO/ENQUADRAMENTO

O “Departamento da Qualidade na Saúde”^{41;42}, que veio suceder à Agência da Qualidade na Saúde⁴³, (outrora sediada na Administração Central do Sistema de Saúde) e ao Instituto da Qualidade em Saúde⁴⁴, veio reforçar a importância que tem a orientação “da prestação de cuidados”, para uma prática clínica baseada na evidência científica, assegurando os melhores e mais seguros cuidados de saúde aos cidadãos.

Os profissionais (colaboradores) da saúde têm de colocar, em todas as suas actuações, decisões e procedimentos de trabalho, o cidadão como protagonista e beneficiário da qualidade no sistema de saúde português. A inter-relação com os cidadãos é presidida pelo respeito pelos seus direitos e dignidade, de igual modo as relações interpessoais e interinstitucionais são baseadas no respeito e na transparência.

A melhoria da qualidade na saúde beneficia não só o cidadão (utente/cliente), família, comunidade, como o profissional de saúde: O cidadão, como protagonista dos serviços que integram o sistema de saúde e como cliente, como utilizador e como proprietário desses serviços; O profissional de saúde, como responsável pelo desenvolvimento de um trabalho com capacidade técnica, seguro, qualificado e preparado para a modificação que o seu papel tem sofrido e continuará a sofrer nas próximas décadas.

O Departamento da Qualidade na Saúde(DQS) pauta a sua actuação com base nos valores da: Responsabilidade, Confidencialidade e Transparência; e pelos princípios: Orientação para o cidadão, Objectividade, Compromisso, Inovação, Evidência científica, Melhoria contínua, Qualidade, e Procura da excelência.

O DQS orienta a sua acção, para a implementação de um sistema de indicadores nacionais que permitam monitorizar os níveis da qualidade clínica e da qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde; na criação de um sistema nacional de notificação de

⁴¹ Criado pela Portaria nº 155/2009, de 15 de Fevereiro

⁴² Da responsabilidade da DGS

⁴³ Criada pela Portaria nº 647/2007, de 30 de Maio

⁴⁴ Criado pela Portaria nº 288/99, de 27 de Abril

incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas antes educativo, na procura da aprendizagem com o erro; na adopção e adaptação de um modelo nacional e independente de acreditação; implementá-lo oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde; (...)

Tendo como substrato todas estas premissas, entende a equipa da UCCCB, orientar toda a sua actuação, para o cidadão/família/comunidade, prestando cuidados inovadores e de excelência.

Para tal, apostará na formação interna dos seus colaboradores, em diversas temáticas: Implementação de sistemas da qualidade ⁴⁵ ; Desenvolvimento de recomendações de boas práticas; Formação e informação dos profissionais (...); toda a formação interna/externa será integrada no projecto de desenvolvimento profissional e formação contínua, integrado no Programa de melhoria contínua da UCCCB.

Como se pode constatar, pela leitura atenta do descrito anteriormente, a qualidade dos cuidados de saúde prestados deverá ser a primeira preocupação de todos os profissionais (colaboradores) da UCCCB. Mas apenas através de um processo de avaliação contínuo será possível detectar as falhas provocadas pela rotina e pela sobrecarga de trabalho. Torna-se importante, criar instrumentos que permitam detectar precocemente as situações de não satisfação. Pelo que decidiu a equipa da UCCCB, que enquanto o DQS e/ou ULSCB, não tiver disponíveis o sistema de indicadores que permitam monitorizar os níveis da qualidade clínica e da qualidade organizacional das unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde; a UCCCB elaborará os instrumentos considerados pertinentes, para efectuar essa avaliação.⁴⁶ Para tal contará com o apoio de peritos (auditores) na área da Qualidade da ULSCB.

Estamos numa época, em que é necessário, desmistificar e alterar ideias pré concebidas em relação aos serviços de saúde. Temos de visualizar estes últimos como uma “empresa”, que orienta a sua actividade baseada nos seguintes fundamentos/princípios:

- Foco no Cliente - a organização depende dos seus clientes; logo deve entender as suas necessidades actuais e futuras, satisfazer as suas necessidades e implementar métodos para monitorar a sua percepção quanto aos “produtos e serviços fornecidos”;

⁴⁵ A coordenadora proposta para a UCCCB, fez parte integrante do SGQ, no 1º Centro de Saúde, da Região Centro, a obter a Certificação da Qualidade; Centro de Saúde de Proença-a-Nova. Tem 300 horas de formação em SGQ.

⁴⁶ Satisfação do utente/cliente; satisfação do profissional/colaborador; plano de formação interna/externa.

- Envolvimento das pessoas (colaboradores): as pessoas(colaboradores) são a “essência” da organização. A sua cooperação, envolvimento e motivação permitem que as suas capacidades sejam eficazmente utilizadas em benefício da organização;
- Abordagem por processos: para alcançar os objectivos da organização, os recursos e as actividades têm de ser geridos como processos; entendamos que as saídas(outputs) de um processo afectam as entradas (inputs) de outro.
- Abordagem sistémica para a gestão: os processos relacionam-se entre si de modo a constituírem um sistema. É o princípio que orienta a organização a identificar, entender e gerir os seus processos inter-relacionando-os.
- Melhoria contínua: É um objectivo permanente da organização. Este princípio garante que, a partir de acções preventivas e correctivas, se caminhe na procura da excelência, através dos produtos e processos⁴⁷.

Sendo a satisfação do cliente o principal objectivo do SGQ, teremos em conta: o desenvolvimento, implementação e melhoria da eficácia do sistema de gestão da qualidade seguindo a metodologia P.D.C.A. (plan, do, check and act) a seguir resumida:

- ✓(Plan) Planear – estabelecer objectivos e metodologias para os atingir com vista à satisfação do cliente;
- ✓(Do) Fazer – Implementar as metodologias anteriores.
- ✓(Check) Verificar – Monitorizar e medir os processos / produtos e relatar os resultados.
- ✓(Act) Actuar – Exercer acções de melhoria sobre o processo / produto.

Podemos afirmar que a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade passa pelas seguintes fases:

- ✓ Documentar o que se faz
- ✓ Fazer o que está documentado
- ✓ Registrar o que se fez.

⁴⁷ Pretendemos implementar o Programa “Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Esta filosofia é transversal a todos os projectos da carteira de serviços da UCCCB, pelo que esta identificará os processos chave da UCCCB e definirá/elaborará os respectivos procedimentos/manuais/instruções de trabalho/impressos. Procederá à monitorização dos seus indicadores, definindo a periodicidade da referida monitorização, analisando todas as não conformidades detectadas, identificando acções de melhoria e nomeará responsáveis pela sua implementação. Avaliará também o grau de satisfação dos utentes e dos colaboradores.

6.2 – POPULAÇÃO ALVO

Os utentes/clientes do concelho de Castelo Branco⁴⁸ e todos os profissionais/ colaboradores da UCCCB.

6.3 – OBJECTIVOS

- Elaborar o Regulamento Interno da UCCCB;
- Elaborar a Carta de Compromisso;
- Elaborar o Manual de articulação;
- Conseguir que até ao final do triénio, estejam “implícitas” metodologias
- que visem a implementação para um sistema de gestão da qualidade na organização (UCCCB);
- Conseguir que até ao final do triénio, sejam efectuadas três auditorias internas (uma por ano) e três auditorias externas (uma por ano);
- Conseguir que no final do triénio, possamos candidatar-nos à certificação;
- Conseguir que até ao final do triénio, 90% dos profissionais/colaboradores da UCCCB, cumpram o programa de formação⁴⁹;
- Conseguir que até ao final do triénio, 85% dos utentes/clientes da UCCCB estejam: satisfeitos ou muito satisfeitos;

⁴⁸ Se os recursos a afectar à UCCCB, forem suficientes, alargamos a nossa área de abrangência ao concelho de Vila Velha de Ródão

⁴⁹ No início de actividades da UCCCB será efectuado o Diagnóstico de Situação em relação às necessidades formativas.

- Conseguir que até ao final do triénio, 85% dos profissionais/ colaboradores da UCCCB estejam: satisfeitos ou muito satisfeitos;
- Conseguir que a UCCCB, seja um espaço privilegiado de formação; orientação ensinos clínicos, nas áreas da licenciatura em enfermagem; dos cursos Superiores Especializados; e outros cursos/incursões na área da saúde;
- Conseguir definir e desenvolver metodologias e instrumentos que promovam o recurso a formas inovadoras de participação da sociedade civil;
- Conseguir propor medidas de responsabilização e capacitação do cidadão e da sociedade civil envolvendo-os na promoção da saúde, prevenção e no controlo da doença;
- Conseguir criar espaços / fóruns que promovam a cooperação regular e regulada entre a UCCCB e a Sociedade Civil e intercooperação entre as instituições da Sociedade Civil, na perspectiva de participação activa:
 - Criar página na internet, actualizada;
 - Em colaboração com os parceiros, comemorar “dois dias mundiais” relacionados com temas da saúde, considerados pertinentes pelo MS, DGS, ARSC e ULSCB (a definir, quando a UCCCB iniciar actividades), por ano de actividade da UCCCB;
 - Realização das “1ª s Jornadas da UCCCB”; (no 3ºano de actividade da UCCCB) onde sejam abordados além de outros temas considerados pertinentes as áreas de intervenção da UCCCB e o trabalho desenvolvido.

6.4 – ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Metodologias de Implementação para um Sistema de Gestão da Qualidade(SGQ)	Equipa da UCCCB	Elaboração do Manual da Qualidade; Planos; Normas; Protocolos; Procedimentos; Instruções de trabalho; Impressos (...)	UCCCB	Todo ano; dias úteis; uma vez por semana	(a)	320h
Preparação para auditoria interna /externa	Equipa da UCCCB	Revisão de todos os documentos elaborados	UCCCB	Nos 3 meses anteriores às auditorias;	(a)	-
Preparação da candidatura à certificação e acreditação	Equipa da UCCCB	Revisão de todos os documentos elaborados	UCCCB		(a)	-
Programa de Formação Profissional/ Avaliação	Equipa da UCCCB	Monitorização mensal do cumprimento do programa de formação; Aplicação do questionário para avaliação do cumprimento dos objectivos das formações relativamente às expectativas dos colaboradores; Discussão sobre os resultados obtidos	UCCCB	Todo ano; dia útil; 1x ano	(a)	420h
Avaliação da Satisfação dos Utentes/Clientes/ Famílias	Equipa da UCCCB	Aplicação de ICD-AD; no último mês de cada ano de actividade da UCCCB, para avaliação da satisfação dos utentes/clientes/famílias Tratamento estatístico dos dados; Compilação/apresentação das conclusões do ICD – AD, aos inquiridos; e aos órgãos de Gestão de topo; no primeiro mês do ano seguinte,Introdução de acções preventivas e correctivas.	UCCCB	No último mês (início de actividades da UCCCB) e no primeiro mês (início de novo ano de actividades da UCCCB);	(a)	-
Avaliação da Satisfação dos Profissionais / Colaboradores	Equipa da UCCCB	Aplicação de ICD-AD; no último mês de cada semestre de actividade da UCCCB, para avaliação		No último mês de cada semestre (início de	(a)	-

		da satisfação dos profissionais/ colaboradores Tratamento estatístico dos dados, no primeiro mês do semestre seguinte; Compilação/apresentação das conclusões do ICD – AD, aos inquiridos; e aos órgãos de Gestão de topo (de seguida) ; Introdução de acções preventivas e correctivas.		actividades da UCCCB) e no primeiro mês do início de novo semestre das actividades da UCCCB;		
Desenvolver metodologias/instrumentos que promovam formas inovadoras de participação da sociedade civil; Criar medidas de responsabilização e capacitação do cidadão e da sociedade civil, envolvendo-os na promoção da saúde , prevenção e no controlo da doença	Equipa da UCCCB ----- apoio voluntário de peritos em várias áreas da ciência	Formação em sala	UCCCB	A definir quando a UCCCB Iniciar actividades	(a)	Contabilizadas em cada programa do serviço UCCCB (na actividade(s) relacionadas com AES e/ou formação
Criar espaços / fóruns que promovam a cooperação regular e regulada entre a UCCCB e a Sociedade Civil: Comemorar “dois dias mundiais” por ano de actividade da UCCCB, relacionados com temas da saúde	Equipa da UCCCB	Seleccionar duas temáticas pertinentes, fundamentadas nas directivas emanadas pelo MS e DGS; Criar parcerias com as outras UF; Criar parcerias com entidades civis	Na área de abrangência da UCCCB	No mês anterior ao da comemoração;	(a)	-
Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Realização das “1ª s Jornadas da UCCCB”;	Equipa da UCCCB	Divulgação do trabalho realizado durante o triénio de actividades da UCCCB; ----- apoio voluntário de peritos em várias áreas da ciência e outros parceiros	Na área de abrangência da UCCCB em local a definir pela equipa, após auscultação da Gestão de topo	Nas 16 semanas anteriores à data das Jornadas	(a)	-
Coordenação do programa	Coordenadora da UCCCB	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença	UCCB	Durante todo o período de actividade da	(a)	Contabilizadas em cada programa do

		física; aplicativo informático ; Utilização de técnicas de Marketing; Criação/atualização de página na Internet		UCCB;		serviço UCCCB
--	--	---	--	-------	--	---------------

A=Avaliação

(a) - Expressa nos Indicadores

6.5- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Actividade	Perfil Profissional do Colaborador (es)				
		Semana	Mês	Ano	
Metodologias de Implementação para um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ);	Assistente Técnico	2	8	80	320h
	Enfermeiro	4	16	80x2=160	
	Médico	2	8	80	
Preparação para auditoria interna /externa	Equipa da UCCCB	-	-	-	-
Preparação da candidatura à certificação e acreditação	Equipa da UCCCB	-	-	-	-
Programa de Formação Profissional/ Avaliação	Assistente Operacional	-	-	35	420h
	Assistente Técnico	-	-	35	
	Enfermeiro	-	-	35x8= 280	
	Médico	-	-	35	
Avaliação da Satisfação dos Utentes/Clientes/Famílias	Equipa da UCCCB	-	-	-	-
Avaliação da Satisfação dos Profissionais / Colaboradores	Equipa da UCCCB	-	-	-	-
Comemorar “dois dias mundiais” por ano de actividade da UCCCB, relacionados com temas da saúde	Equipa da UCCCB	-	-	-	-
Realização das “1ª s Jornadas da UCCCB”.	Equipa da UCCCB	-	-	-	-

6.6 – INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO

2013-2015

Qualidade técnico - científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de documentos elaborados/validados pelo Grupo da Qualidade (GQ)	Nº de documentos elaborados /validados pelo GQ/ Nº de documentos que foram previstos no manual da qualidade, no período x100	Sem histórico	70%	80%	90%
Percentagem de profissionais/colaboradores que cumpriram o programa de formação	Nº de profissionais /colaboradores da UCCCB que cumpriram os respectivos planos de formação/ Nº total de profissionais/colaboradores da UCCCB x 100	Sem histórico	70%	80%	90%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
AES direccionadas para a comunidade	Nº de “dias mundiais” relacionados com temas da saúde, comemorados;	Sem histórico	2	2	2
AES direccionadas para a comunidade	Nº de Jornadas realizadas	Sem histórico	-	-	1
AES direccionadas para a comunidade	Avaliadas em cada programa				
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes/clientes/famílias satisfeitos	Nº de utentes/clientes/famílias que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de utilizadores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de profissionais/colaboradores satisfeitos	Nº de profissionais/colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	80%	85%

6.7 – ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho , que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade(SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro)

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

6.8 - SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

SAÚDE ESCOLAR

«Um programa de saúde escolar efectivo é o investimento de custo- benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde».

(Gro Harlem Brundtland, Directora-Geral da OMS. Abril 2000)

7 - PROGRAMA NACIONAL SAÚDE ESCOLAR

7.1 – INTRODUÇÃO

A Saúde Escolar em Portugal teve o seu início em 1901, e até aos nossos dias, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes.

O Ministério da Educação (e só nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra) desde 1901 até 1971, organizou a intervenção médica na escola através dos então denominados “Centros de Medicina Pedagógica”, que estavam vocacionados para actividades médicas e psicopedagógicas. (Estes foram extintos em 1993)

Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação, repartiram as responsabilidades no domínio da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objectivos, mas utilizando metodologias distintas. Até que em 2002 a tutela da Saúde Escolar, ficou na total dependência do Ministério da Saúde, ficando a implementação sob a responsabilidade dos Centros de Saúde.

A orientação técnico-normativa foi o Programa-tipo de Saúde Escolar, aprovado em 1995 e vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar. Entretanto, mudanças significativas ocorreram tanto no sistema de saúde como no da educação: implementaram-se novas formas de gestão, definiram-se novas estratégias, tendo vindo a culminar no actual PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR - Circular Normativa N.º 7 / DSE; datada de 29/06/06 da Direcção-Geral da Saúde e Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho; Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série).

No Sistema de Saúde, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) (PNS), em que são definidas prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com o objectivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo.

Também o programa do XVII Governo Constitucional reconheceu que os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde. Com o desenvolvimento de novas reformas e linhas estratégicas para os cuidados de saúde primários (que constam no site da Missão para os cuidados de saúde primários), podemos ler (...) “de entre esses princípios destacam-se os seguintes: orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria continua da qualidade, contratualização e avaliação”. (...).

Na carteira de serviços da UCC, é referido (...) “em que é necessário ter um conjunto de actividades comuns a nível nacional, de modo a viabilizar a parametrização, monitorização e

avaliação” (...). Algumas das actividades em que a carteira de serviços da UCC, deve incidir, prioritariamente, são:

(...) - Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade;

- Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar; (...)

-Por tal facto, impõem-se novas formas de operacionalizar a Saúde Escolar e de avaliar o seu impacto; quer pelos indicadores de desempenho da UCC definidos pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (nº 19 ao 29); quer pela avaliação do PNSE (pg 20 e 21); e pelos indicadores da ULS de Castelo Branco.⁵⁰

- Se tivermos presente a premissa seguinte, contida na pg.4 do PNSE: “A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos. Os estudos de avaliação do custo-efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã.”; Estamos convictos que a *ENTIDADE GESTORA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE CASTELO BRANCO*, encontrará certamente formas de financiamento da *UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CASTELO BRANCO*.

7.2 - ENQUADRAMENTO

Um dos consensos da investigação na área da prevenção passa pelo conhecimento de que “dar informação só, não basta!”⁵¹ (Di Clemente, 1994).

Segundo Peterson, (1994)⁵², o mais difícil é desenvolver intervenções que influenciem outros factores que estão mais ligados à mudança de comportamentos. Para estes autores as intervenções terão provavelmente mais sucesso se forem baseadas em estudos cuidadosamente controlados que

⁵⁰ Decreto –Lei nº318/2009 de 2 de Novembro, que criou a Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, por integração do Hospital Amato lusitano, com os agrupamentos de Centros de Saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, que incluem os seguintes Centros de Saúde : Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor, Vila Velha de Ródão, Oleiros, Proença-a-Nova, Sertão, e Vila de Rei. (Mação)

⁵¹ Cf. DICLEMENTE R.J., PORTON L.E., HANSEN W.B .New Directions for Adolescent Risk Prevention Research and Health Promotion Research and Interventions. Handbook of Adolescent Health Risk Behavior - Issues in Clinical Child Psychology. New York: Plenum Press, 1996.

⁵² Peterson & Brooks-Gunn (Eds.), Encyclopaedia of Adolescence (Vol. II, pp.1018-1021). New York: Garland Publishing. BECKER, H., 1984. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Editora Hucitec.

tenham subjacentes modelos ligados às ciências comportamentais, sendo ainda importantes para identificar que factores ou componentes produzem mudanças de comportamentos.

A psicologia como ciência do comportamento, criou diversos modelos de mudança de comportamento, criados por vezes para contextos específicos, mas cujos princípios gerais podem ser adaptados a diversas temáticas. Um desses modelos é a Teoria das Crenças da Saúde ou Health Belief Model que foi desenvolvido para explicar os comportamentos relacionados com a saúde, particularmente no que diz respeito às práticas preventivas (Becker, 1984)⁵³. Este modelo postula que os indivíduos estão mais propensos a mudanças de comportamento quando percebem que:

- Podem estar mais vulneráveis ou susceptíveis à doença (percepção de susceptibilidade);
- As consequências da doença são severas (percepção de severidade);
- Há benefício com a adopção de medidas preventivas e o indivíduo percebe que essas medidas são efectivas (percepção de benefício);
- As acções preventivas geram benefícios que suplantam os inconvenientes envolvidos na adopção dessas práticas (percepção de barreira).
-

O trabalho do educador de saúde, consiste em ser um agente de mudança, para tal, tem que estar atento aos movimentos de homeostasia da sociedade em que vive e tem que ter a capacidade de identificar as necessidades dos indivíduos e conseguir criar, motivar, estimular, facilitar e dar continuidade à “modificação” que leva ao equilíbrio e bem-estar. Assim sendo, o educador de saúde é tanto mais eficaz quanto: Identifica e conhece as necessidades do indivíduo/grupo alvo e os seus problemas; sabe comunicar; estabelece um elevado número e variedade de contactos com indivíduo/grupo alvo; e estabelece empatia.

Para atingir os objectivos propostos, pretendemos intervir ao nível das várias estratégias do PNSE:

(...) **1-** Programa Nacional de intervenção integrada sobre factores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida; inscreve-se no PNS e visa reduzir a prevalência dos factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida. As actividades que preconiza deverão ser orientadas para determinantes da saúde, como a alimentação, a actividade física, a gestão do stress e os

factores de risco como o tabaco e o álcool, entre outros, a abordar de forma integrada, intersectorial e multidisciplinar, onde a articulação com o sector da educação é indispensável. No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em Health for all, estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, representando os serviços de saúde um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização.

2- Uma Escola promotora da saúde assenta em três vertentes - currículo, ambiente e interacção escola/família/meio - e orienta-se por 10 princípios, organizados em cinco dimensões, considerando-se a sua implementação efectivada quando os processos forem assumidos pelos sectores da saúde e da educação, podendo envolver outros parceiros institucionais. O desenvolvimento destas vertentes e a implementação destes princípios permitem capacitar os jovens para intervir na mudança e conduzem ao exercício pleno da cidadania, pelo que deve ser uma prioridade de todos os governos.

3- A 4.^a Conferência Ministerial sobre Ambiente e Saúde, na sua Declaração final e no subsequente Plano de Acção - Ambientes Saudáveis para as Crianças, assume uma outra área de preocupação emergente: a influência da qualidade do ambiente na saúde das crianças e dos jovens. Viver num ambiente limpo e saudável é um direito humano fundamental, sendo por isso necessário informar e educar para a construção de um futuro sustentável para todos.

4- Por seu turno a Conferência Ministerial sobre Saúde Mental, na Declaração para a Europa, reconhece a promoção da saúde e a prevenção das doenças mentais como uma prioridade. O Plano de Acção, que consubstancia a sua implementação, propõe acções de combate ao estigma e à discriminação, actividades para os estádios mais vulneráveis do ciclo de vida, especialmente na infância e na adolescência, inseridas em estratégias de longo prazo, com benefícios para o indivíduo, as sociedades e os sistemas de saúde.

5- Sendo a família a primeira escola da criança, que deve ter como objectivo principal, a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes. A saúde escolar que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da família/comunidade, desde as decisões sobre o projecto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação. Entende a Direcção-Geral da Saúde, que os técnicos das equipas de saúde escolar são

profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, porque sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos.

A todos os níveis, temos de criar consensos e parcerias sólidas, que advoguem um trabalho em rede e permitam organizar equipas multiprofissionais responsáveis pela implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar. Esta aliança deverá incluir as Associações de Pais, as Autarquias, a Segurança Social, as Organizações não Governamentais e todos os sectores da sociedade que trabalham com crianças e jovens e se preocupam em que as escolas sejam cada vez mais promotoras da saúde.

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos:

- A vigilância e protecção da saúde;
- A aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

No desenvolvimento destas actividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel activo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa.

O PNSE é o referencial técnico-normativo do sistema de saúde para a área da saúde escolar, consubstancia-se num conjunto de estratégias ou Agenda de Saúde Escola, que contempla:

- A saúde individual e colectiva;
- A inclusão escolar;
- O ambiente escolar;
- Os estilos de vida, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil.

Ao nível local, o trabalho de parceria Escola – UCCCB assenta numa metodologia de projecto e numa abordagem salutogénica da promoção da saúde.

Como já foi referido a gestão eficaz do PNSE implica avaliação sistemática:

- Avaliação quantitativa das áreas de intervenção do Programa;
- Avaliação da efectividade e estudo de casos, que se traduzirão em apreciações qualitativas dos projectos de promoção da saúde desenvolvidos nas escolas. (...)

Perante a oportunidade criada pelo novo enquadramento legal que permitirá o desenvolvimento de intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção da saúde nas Unidades de Cuidados na Comunidade é nosso intuito desenvolver actividades do programa devidamente estruturado e planeado de modo a podermos quantificar os resultados obtidos com a nossa intervenção e podermos dar seguimento ao trabalho já desenvolvido.

7.3 - POPULAÇÃO ALVO

O PNSE destina-se a toda a comunidade educativa do pré-escolar, Ensino Básico (1º, 2º e 3º ciclo), Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar, do concelho de Castelo Branco.

Por comunidade educativa entende-se: alunos, pais e encarregados de educação, pessoal docente (educadores de infância, professores) pessoal não docente (assistentes técnicos, assistentes operacionais) e outros profissionais.

O Programa Nacional de Saúde Escolar desenvolve-se nos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Educação, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, bem como noutros estabelecimentos cuja população seja considerada mais vulnerável ou de risco acrescido e, sempre que os recursos humanos o permitam, nos estabelecimentos de ensino cooperativo e/ou particular.

A população – alvo da UCCCB, para a execução de algumas actividades descritas no PNSE, é constituída por 7503 alunos; 1100 docentes e 383 não docentes que se encontram distribuídos pelos seguintes agrupamentos escolares:

- Agrupamento de Escolas Afonso de Paiva (Jardim de Infância de Freixial do Campo, Jardim de Infância de Sarzedas, Jardim de Infância de Quintas das Violetas, Jardim de Infância de Salgueiro do Campo, Escola Básica de Castelo, Escola Básica de Mina, Escola Básica de São Tiago, Escola Básica de Sarzedas)

- Agrupamento de Escolas Cidade de Castelo Branco (Jardim de Infância de Escalos de Baixo, Jardim de Infância de Boa Esperança, Escola Básica Cidade de Castelo Branco, Escola Básica de Escalos de Baixo, Escola Básica de Mata, Escola Básica de Boa Esperança)
- Agrupamento de Escolas Faria de Vasconcelos (Escola Básica de Cansado, Escola Básica de Horta de Alva, Escola Básica de Malpica do Tejo, Escola Básica de Nossa Senhora da Piedade, Escola Básica Prof. Dr. António Sena Faria de Vasconcelos)
- Agrupamento de Escolas João Roiz (Escola Básica de Valongo, Escola Básica de Quinta da Granja, Escola Básica João Roiz, Escola Básica de Retaxo, Escola Básica de Cebolais)
- Agrupamento de Escolas de Alcains (Jardim de Infância de Tinalhas, Jardim de Infância de Pedreira, Jardim de Infância de Escalos de Cima, Jardim de Infância de Lardosa, Jardim de Infância de Feiteira, Jardim de Infância de Lousa, Jardim de Infância de Póvoa de Rio de Moinhos, Escola Básica de Alcains, Escola Básica de Escalos de Cima, Escola Básica de Lardosa, Escola Básica de Póvoa de Rio de Moinhos)
- Agrupamento de Escolas de S. Vicente (Jardim de Infância de Lourical do Campo, Jardim de Infância de Sobral do Campo, Escola Básica de São Vicente da Beira)
- Escola Secundária Amato Lusitano
- Escola Secundária Nuno Álvares
- Lar de Jovens do Cansado⁵⁴
- Casa de Infância e Juventude⁵⁵

No PNSE (Direcção-Geral da Saúde) o rácio proposto para a equipa nuclear (enfermeiro e médico) é de 24h/semana por 2500 alunos, o que representa na nossa realidade, aproximadamente 72,1 horas / semanais.

No caso dos restantes elementos da equipa, com perfil profissional diferente dos elementos da equipa nuclear, as suas horas são quantificadas para além do rácio destes.

⁵⁴ 14 alunos do sexo masculino; 7 educadores ; 5 auxiliares.

⁵⁵ 50 alunos do sexo feminino; 9 educadores ; 7 auxiliares

7.4- OBJECTIVOS

- Promover a saúde da comunidade escolar através da implementação do PNSE;
- Promover a saúde individual e colectiva;
- Promover a inclusão escolar;
- Promover um ambiente escolar seguro;
- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis, reforçando os factores de protecção, integrado no plano educativo anual;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde.

7.5- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Que sejam realizadas pelo menos duas AES, de cada tema, por nível de ensino;
- Que pelo menos 75% do pessoal docente e não docente tenha no final do ano lectivo o PNV actualizado.
- Que no final do triénio 90% das crianças do 1º ciclo efectuem o bochecho quinzenal.
- Que no final do triénio tenham reduzido em 80% os acidentes escolares e peri escolares.
- Que pelo menos 75% dos alunos sejam alvo de intervenção da UCC no programa de saúde escolar.

7.6-ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Reuniões ordinárias da equipa de Saúde Escolar	Equipa De Saúde Escolar (todos os técnicos envolvidos)	Elaborar cronograma de planificação para cada EE; Discussão de casos, encaminhamento das sinalizações; organização/avaliação das actividades; (...)	UCCCB	Todo ano; dias úteis; duas vezes por mês, das 9-10h; Em dia a programar	(a)	100 Horas
Monitorizar o cumprimento do PNV aos alunos e profissionais da comunidade escolar	Enfermeiro	Pesquisa/consulta no aplicativo informático SINUS e/ou boletim de vacinação	EE UCCCB	Durante o ano lectivo	(a)	280 Horas
Monitorização dos acidentes em meio-escolar	Enfermeiro	Elaboração/ divulgação de modelo de registo; criar registo informático	EE UCCCB	Durante o ano lectivo	(a)	20 Horas
Elaboração e calendarização dos projectos em cada EE, de acordo com o projecto educativo	Enfermeiro S. Comunitária	Discussão/Programação dos projectos AES, de acordo com as necessidades identificadas no DS, com o EE; Articulação com USP; Articulação com a comunidade educativa	EE UCCCB	Durante o ano lectivo	(a)	20 Horas
Monitorização do cumprimento da legislação de evicção escolar	Enfermeiro S.Comunitária Médico	Articulação com USP	EE UCCCB	Durante o ano lectivo	(a)	40 Horas
Referenciação de crianças e jovens com NSE , para outras UF (papel de interface entre escola/serviços de saúde)	Enfermeiro S.Comunitária Médico	Articulação com os EE, UCSP, URAP, CPCJ , IP , HAL e outros recursos da comunidade	EE ; UCCCB; outro local	Durante o ano lectivo	(a)	40 Horas
Distribuição da solução de fluoreto de sódio a 0,2%, a todos os EE do 1ºciclo do EB; monitorização	HO	Articulação com a comunidade educativa;	EE 1º ciclo	Durante o ano lectivo	(a)	10 Horas
Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Prevenção das doenças orais: ☐ Observação da boca e dentes aos 7, 10 e 13 anos no EE (1205 alunos)	HO	Articulação com a comunidade educativa	EE; emissão cheques dentistas e higienistas pela	Durante o ano lectivo	(a)	160 Horas

			Gestora do PNPSO			
Coordenação do programa	Coordenadora da UCCCB	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB ou noutro local	Durante o período de actividade da UCCCB	(a)	10 H ano
AES de promoção da saúde ☐ Saúde mental (promoção da auto-estima e da autonomia, aumento da resiliência)	Enfermeiro Especialista em S. Mental	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares:elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE 1ºciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, Cada nível ensino.	(a)	200 Horas
AES de promoção da saúde ☐ Prevenção da violência escolar e do bullying)	Enfermeiro Especialista em S. Mental TSP	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares:elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE 1ºciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.	(a)	300 Horas
AES de promoção da Saúde ☐ Educação para o consumo (substâncias nocivas lícitas)	Enfermeiro Especialista em S. Mental Médico	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares:elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE 1ºciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.	(a)	400 Horas
AES de promoção da Saúde ☐ Educação para o consumo (substâncias nocivas ilícitas)	Enfermeiro Especialista em S. Mental Peritos do IPDT	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares:elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE 2º ciclo 3º ciclo Secundário	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.	(a)	150 Horas
Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
AES de promoção da saúde ☐ Prevenção dos acidentes e Promoção da segurança	Enfermeiro Peritos da PSP	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares:elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE Todos os níveis ensinam	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.	(a)	250 Horas
AES de promoção da saúde ☐ Ambiente e saúde	Enfermeiro Especialista S. Comunitária	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares:elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE Todos os níveis ensino	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.	(a)	200 Horas

⁵⁶ AES para promoção da Saúde: ☐ Actividade física e ergonomia	Enfermeiro Especialista em Reabilitação	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares: elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE Todos os níveis ensinam	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.	(a)	400 Horas
AES de promoção da saúde: ☐ Alimentação saudável	Enfermeiro TSCN	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares: elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE Pré-escolar 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, Cada nível ensino.	(a)	400 Horas
AES de promoção da saúde ☐ Higiene Corporal	Enfermeiro	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares: elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE Pré-escolar 1º ciclo 2º ciclo	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.		150 Horas
AES de promoção da saúde: ☐ Saúde Sexual e Reprodutiva e IST	Enfermeiro S. Comunitária Médico	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares: elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE 2º ciclo 3º ciclo Secundário	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.		200 Horas
AES de promoção da saúde ☐ Promover o acesso ao PNPSO	HO	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares: elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino.		60 Horas
AES de promoção da saúde ☐ Saúde oral (Promover a escovagem dos dentes no Jardim de infância e nos EE do 1º ciclo do EB)	HO	Articulação com a comunidade educativa; Intervenções com os pares: elaboração/colaboração/divulgação dos temas a enquadrar na área projecto	EE Pré-escolar 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo	Durante o ano lectivo Pelo menos 2 AES/mês, cada nível ensino	(a)	80 Horas

A = Avaliação

(a) - Expressa nos Indicadores

⁵⁶ Circular Normativa, nº 12/DSE datada de 29/11/2006; Direcção – Geral da Saúde; Assunto: PNSE-Programa Nacional das doenças reumáticas.

7.7- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Actividades * **	Enfermeiro			HO			Médico			TSCN			TSP		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Reuniões ordinárias da equipa de Saúde Escolar	½	2	20	¼	1	10	½	2	20	½	2	20	½	2	20
Monitorizar o cumprimento do PNV aos profissionais da comunidade escolar	7	28	280	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monitorização dos acidentes em meio-escolar	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Elaboração e calendarização dos projectos em cada EE, de acordo com o projecto educativo	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Monitorização do cumprimento da legislação de evicção escolar	½	2	20	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-
Referenciação de crianças e jovens com NSE , para outras UF(papel de interface entre escola /UF)	½	2	20	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-
Distribuição da solução de fluoreto de sódio a 0,2%, a todos os EE do 1ºciclo do EB; monitorização	-	-	-	¼	1	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Observação da boca e dentes aos 7, 10 e 13 anos	-	-	-	4	16	160	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coordenação do programa(apuramento indicadores); articulação com as Unidades Funcionais(UF) da ULSCB/serviços (a)	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	10h	40h	400h	4½h	18 h	180h	1½h	6h	60h	½	2h	20h	½	2h	20h

(continuação)

Actividades * ** Ações Educação Saúde	Enfermeiro			HO			Médico			TSCN			TSP		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Saúde mental (promoção da auto-estima e da autonomia, aumento da resiliência) - 1º Ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental (promoção da auto-estima e da autonomia, aumento da resiliência) - 2º Ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental (promoção da auto-estima e da autonomia, aumento da resiliência) - 3º Ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde mental (promoção da auto-estima e da autonomia, aumento da resiliência) - Secundário	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção da violência escolar e do bullying - 1º Ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção da violência escolar e do bullying - 2º Ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção da violência escolar e do bullying - 3º Ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	50
Prevenção da violência escolar e do bullying - Secundário	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	50
Educação para o consumo (substâncias nocivas lícitas)-1º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-
Educação para o consumo (substâncias nocivas lícitas)-2º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-
Educação para o consumo (substâncias nocivas lícitas)-3º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-

Educação para o consumo substâncias nocivas lícitas - Secundário	1¼	5	50	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-
Educação para o consumo (substâncias nocivas ilícitas) - 2ºciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	16¼	65h	650h	-	-	-	5h	20h	200h	-	-	-	2½h	10h	100h

(continuação)

Actividades * ** Ações Educação Saúde	Enfermeiro			HO			Médico			TSCN			TSP		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horassemana	Horas mês	Horas ano	Horassemana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Educação para o consumo (substâncias nocivas ilícitas) -3ºciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Educação para o consumo (substâncias nocivas ilícitas) – Secund.	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção dos acidentes e Promoção da segurança – Pré-escolar	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção dos acidentes e Promoção da segurança – 1º Ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção dos acidentes e Promoção da segurança – 2º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevenção dos acidentes e Promoção da segurança – 3º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Prevenção dos acidentes e Promoção da segurança - Secundário	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambiente e saúde - Pré-escolar	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambiente e saúde - 1º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambiente e saúde - 2º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambiente e saúde - 3º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actividade física e ergonomia -Pré	2	8	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actividade física e ergonomia-1ºciclo	2	8	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actividade física e ergonomia-2ºciclo	2	8	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actividade física e ergonomia-3ºciclo	2	8	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actividade física e ergonomia-Secund.	2	8	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alimentação saudável - Pré	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-
Alimentação saudável – 1º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-
Alimentação saudável – 2º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-
Alimentação saudável – 3º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	1¼	5	50	-	-	-
TOTAL	28¾h	115h	1150h	-	-	-	-	-	-	5h	20h	200h	-	-	-

(continuação)

Actividades * **	Enfermeiro			HO			Médico			TSCN			TSP		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Ações Educação Saúde															
Higiene Corporal – Pré escolar	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Higiene Corporal – 1º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Higiene Corporal – 2º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde Sexual e Reprodutiva – 2º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde Sexual e Reprodutiva e IST-3º ciclo	1¼	5	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde Sexual e Reprodutiva – e IST - Secundário	1¼	5	50	-			1¼	5	50	-	-	-	-	-	-
Promover o acesso ao PNPSO -1º ciclo	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Promover o acesso ao PNPSO -2º ciclo	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Promover o acesso ao PNPSO -3º ciclo	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde oral – Pré-escolar (Promover a escovagem dos dentes)	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde oral – 1º ciclo (Promover a escovagem dos dentes)	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde oral – 2º ciclo	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saúde oral – 3º ciclo	-	-	-	½	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	7½h	30h	300h	3½h	14h	140h	1¼	5h	50h	-	-	-	-	-	-

* Na concretização das actividades, os profissionais descritos na tabela , serão acompanhados pelo assistente operacional, que também conduzirá a viatura (pelo que lhe serão imputadas o número de horas equivalentes ao dos profissionais).

** O Assistente técnico dará apoio administrativo em todas as actividades .

Actividades * ** SAÚDE ESCOLAR	Enfermeiro			HO			Médico			TSCN			TSP		
	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano	Horas semana	Horas mês	Horas ano
Outras actividades + AES	61½h	246h	2460h	8h	32h	320h	7¾h	31h	310h	5½h	22h	220h	3h	12h	120h
TOTAL	61½h	246h	2460h	8h	32h	320h	7¾h	31h	310h	5½h	22h	220h	3h	12h	120h

Como já foi referido anteriormente: “No PNSE o rácio proposto para a equipa nuclear (enfermeiro e médico) é de 24h/semana por 2500 alunos, o que representa na nossa realidade, aproximadamente 72,1horas / semanais.

Como se pode observar pela tabela apresentada em cima; O somatório das horas alocadas à equipa nuclear de Saúde Escolar (Enfermeiro e Médico) é de 61½ horas + 7¾ horas = 69¼ horas estando dentro dos limites preconizados dela DGS.

No caso dos restantes elementos da equipa, com perfil profissional diferente dos elementos da equipa nuclear, as suas horas são quantificadas para além do rácio destes.

7.8 - INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013 2015

Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de crianças e jovens por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).	Nº de crianças do ensino pré-escolar, que foram alvo de pelo menos duas intervenções / Nº de crianças do ensino pré-escolar integradas na área geográfica de abrangência da UCCCB x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
	Nº de crianças do 1º ciclo, que foram alvo de pelo menos duas intervenções / Nº de crianças do 1º ciclo integradas na área geográfica de abrangência da UCCCB x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
	Nº de crianças do 2º ciclo, que foram alvo de pelo menos duas intervenções / Nº de crianças do 2º ciclo, integradas na área geográfica de abrangência da UCCCB x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
	Nº de crianças/jovens do 3º ciclo, que foram alvo de pelo menos duas intervenções / Nº de crianças/jovens do 3º ciclo, integradas na área geográfica de abrangência da UCCCB x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
	Nº de jovens do secundário, que foram alvo de pelo menos duas intervenções / Nº de jovens do secundário, integradas na área geográfica de abrangência da UCCCB x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de pessoal docente e não docente que foram alvo de intervenção no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).	Nº de pessoal docente que foram alvo de pelo menos duas intervenções / Nº de pessoal docente integrados na área geográfica de abrangência da UCCCB x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
	Nº de pessoal não docente que foram alvo de pelo menos duas intervenções / Nº de pessoal não docente integrados na área geográfica de abrangência da UCCCB x 100	Sem histórico	75%	80%	85%

Efectividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de crianças e jovens com NSE, que foram referenciadas pela equipa nuclear saúde escolar para outras UF	Nº de crianças - jovens com NSE que foram referenciadas pela equipa nuclear de SE / Nº de crianças - jovens referenciados com NSE x 100	Sem histórico	80%	85%	90%
Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de elementos da comunidade educativa do pré-escolar com intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE	Nº de elementos da comunidade educativa do pré escolar com pelo menos uma intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE / Nº de elementos da comunidade educativa do pré escolar, inscritos no PNSE x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de elementos da comunidade educativa do 1ºciclo com intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE	Nº de elementos da comunidade educativa do 1ºciclo com pelo menos uma intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE / Nº de elementos da comunidade educativa do 1ºciclo, inscritos no PNSE x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de elementos da comunidade educativa do 2ºciclo com intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE	Nº de elementos da comunidade educativa do 2ºciclo com pelo menos uma intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE / Nº de elementos da comunidade educativa do 2ºciclo, inscritos no PNSE x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de elementos da comunidade educativa do 3ºciclo com intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE	Nº de elementos da comunidade educativa do 3ºciclo com pelo menos uma intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE / Nº de elementos da comunidade educativa do 3ºciclo, inscritos no PNSE x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de elementos da comunidade educativa do secundário com intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE	Nº de elementos da comunidade educativa do secundário com pelo menos uma intervenção por tema de promoção da saúde (AES), no PNSE / Nº de elementos da comunidade educativa do secundário, inscritos no PNSE x 100	Sem histórico	75%	80%	85%

Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de elementos da comunidade educativa satisfeitos	Nº de elementos da comunidade educativa que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de elementos da comunidade educativa que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	80%	85%	90%
Qualidade Técnico científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de alunos e profissionais (professores, educadores, assistentes técnicos, assistentes operacionais (...) da comunidade escolar com PNV actualizado	Nº de profissionais da comunidade escolar, com PNV actualizado / Nº de profissionais da comunidade escolar, no ano em avaliação x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de alunos do 1º ciclo do EB, que efectuem “bochecho quinzenal”, com solução de fluoreto de sódio 0,2%	Nº de alunos do 1º ciclo do EB, que efectuem “bochecho quinzenal”, com solução de fluoreto de sódio a 0,2% / Nº alunos do 1º ciclo do EB, no ano em avaliação x 100	Sem histórico	85%	90%	95%
Percentagem de alunos da comunidade escolar que efectuem “a escovagem dos dentes”, no Jardim de infância	Nº de alunos do ensino pré-escolar, que efectuem “escovagem dos dentes” no EE/ Nº de alunos do ensino pré-escolar, no ano em avaliação x 100	Sem histórico	45%	60%	75%
Percentagem de alunos da comunidade escolar que efectuem “a escovagem dos dentes, no 1º ciclo do EB	Nº de alunos do 1º ciclo do EB, que efectuem “escovagem dos dentes” no EE ⁵⁷ / Nº alunos do 1º ciclo do EB, no ano em avaliação x 100	Sem histórico	25%	40%	60%
Percentagem de alunos da comunidade escolar a quem foi efectuada a observação da boca e dentes aos 7 anos	Nº de alunos, a quem foi efectuada a observação da boca e dentes aos 7 anos no EE / Nº alunos com 7 anos, no ano em avaliação x 100	Sem histórico	85%	90%	95%
Percentagem de alunos da comunidade escolar a quem foi efectuada a observação da boca e dentes aos 10 anos	Nº de alunos, a quem foi efectuada a observação da boca e dentes aos 10 anos no EE / Nº alunos com 10 anos, no ano em avaliação x 100	Sem histórico	85%	90%	95%
Percentagem de alunos da comunidade escolar a quem foi efectuada a observação da boca e dentes aos 13 anos	Nº de alunos, a quem foi efectuada a observação da boca e dentes aos 13 anos no EE / Nº alunos com 13 anos, no ano em avaliação x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

7.9 – ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

7.10 -SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

REDE SOCIAL

8 - REDE SOCIAL

8.1 -INTRODUÇÃO

A melhoria das condições de vida, a integração dos grupos sociais mais atingidos pela pobreza, e actualmente “os novos pobres”, são uma das grandes preocupações dos Governos.

O enquadramento da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97 de 18 de Novembro, atribuiu uma maior responsabilização ao poder político local e à comunidade na implementação de políticas sociais assertivas e proactivas capazes de intervirem nestas situações.

A Rede Social contribui decididamente para um despertar da “ consciência pessoal e colectiva” dos problemas, activando os meios e agentes de forma eficaz e eficiente, no sentido de promover o desenvolvimento social local.

A Câmara de Castelo Branco, empenhada na concretização deste programa, através de sinergias , com a participação/articulação de vários parceiros , tentam num esforço concertado resolver os problemas dos indivíduos/famílias/grupos mais vulneráveis.

O CLAS é responsável pela organização e operacionalização do programa da Rede Social. Uma das entidades que faz parte do núcleo executivo é a Sub-Região de Saúde de Castelo Branco (agora extinta), e no plenário (entre outros) : entidades públicas. Deve ser enaltecido o papel que a rede social de Castelo Branco representa, enquanto espaço privilegiado de contacto entre todos os parceiros comunitários.

A equipa da UCC de Castelo Branco, está ciente de que em articulação e cooperação interinstitucional , poderá contribuir com inputs para o sistema, em que os outputs serão a contribuição para uma sociedade local activa, participada e com mais justiça social.

Pretendemos colaborar com a Rede Social / CLAS, participando nas actividades do Programa da Rede Social, intervindo nos grupos de maior vulnerabilidade, no sentido destes virem a desenvolver competências para aumentarem o seu potencial para um maior bem – estar , no que concerne ao seu estado de saúde.

8.2- POPULAÇÃO ALVO

População residente no Concelho de Castelo Branco

8.3-OBJECTIVOS

- Participar nas actividades e projectos apresentados pelo CLAS de Castelo Branco
- Colaborar na actualização do Diagnóstico de Situação Social do Concelho de Castelo Branco

8.4 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Que os colaboradores da UCCCB colaborem em pelo menos 80% das acções programadas pelo CLASCB;
- Que os colaboradores da UCCCB participem em pelo menos 70% das reuniões programadas pelo CLASCB.

8.5- ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Participação nas reuniões do CLASCB	Enfermeiro	Convocatória escrita, efectuada pelo Presidente do CLASCB	CMCB UCCCB ou outro local	1 vez mês	(a)	20 horas
Colaboração no levantamento das necessidades em saúde	Enfermeiro Médico	Contacto telefónico ou VD aos utentes/famílias identificados	UCCCB ou domicílio	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	30 horas
Participação na actualização do Diagnóstico Social	Enfermeiro	Pesquisa de indicadores de saúde/ ou outros dados pertinentes	CMCB UCCCB ou outro local	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	10 horas
Participação nas acções programadas pelo CLASCB	TSSS Enfermeiro Médico	A definir pela equipa da UCCCB em articulação com Presidente do CLASCB	No Concelho de CB	Durante o período de actividade da UCCCB	(a)	60 horas
Coordenação do programa.	Coordenador da UCCCB	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB ou noutro local	Durante o período de actividade da UCCCB	(a)	10 horas

A=Avaliação (a)- Expressa nos Indicadores

8.6- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Actividades **	TSSS			Enfermeiro			Médico		
	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano
Participação nas reuniões do CLASCB	-	-	-	½	2	20	-	-	-
Colaboração no levantamento das necessidades em saúde	-	-	-	½	2	20	¼	1	10
Participação na actualização do Diagnóstico Social				¼	1	10	-	-	-
Participação nas acções programadas pelo CLASCB*	¼	1	10	1	4	40	¼	1	10
Coordenação do programa articulação com as U. F. da ULSCB	-	-	-	¼	1	10	-	-	-
TOTAL	¼ h	1H	10 H	2½H	10 H	100 H	½ H	2 H	20 H

* Na concretização desta actividade, qualquer dos profissionais descritos na tabela, serão acompanhados pelo assistente operacional, que também conduzirá a viatura (pelo que lhe serão imputadas o número de horas equivalentes ao dos profissionais)

** O Assistente técnico dará apoio administrativo em todas as actividades.

8.7- INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÉNIO 2013-2015

Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de reuniões convocadas pelo CLASCB em que a UCCCB participou	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões assistidas}}{\text{N}^\circ \text{ reuniões convocadas}} \times 100$	Sem histórico	70%	80%	90%
Percentagem de acções programadas pelo CLASCB em que a UCCCB colaborou	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acções em que a UCCCB participou}}{\text{N}^\circ \text{ de acções programadas pelo CLASCB}} \times 100$	Sem histórico	70%	80%	90%
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de colaboradores satisfeitos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito}}{\text{N}^\circ \text{ de colaboradores que responderam ao questionário}} \times 100$	Sem histórico	85%	90%	95%

8.8 - ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

8.9 - SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO

9 - RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO

9.1- INTRODUÇÃO

O Rendimento Social de Inserção (RSI) é um instrumento das políticas sociais, cujo enquadramento legal se rege pela Lei 13/2003 de 21 de Maio. (incluída no subsistema de solidariedade no âmbito do Sistema Público de Segurança Social, e num programa de inserção), de combate à pobreza, que tem como principal objectivo assegurar aos cidadãos / agregados familiares os recursos “suficientes” que contribuam para a satisfação das suas necessidades mínimas essenciais. Concomitantemente visa dotar os beneficiários de competências, através de respostas integradas, e promovendo a progressiva inserção social, laboral e na comunidade, respeitando os princípios de igualdade, solidariedade e justiça social, no sentido da erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão social.

A pobreza e exclusão social estão inúmeras vezes associados a défices de conhecimento e escassos recursos que impedem a procura de cuidados de saúde, o que leva estas franjas da população a serem mais vulneráveis à doença.

A candidatura ao RIS é feita apenas por um dos elementos do agregado familiar, que fica designado como titular da prestação, no entanto, o montante da prestação a atribuir constitui um direito de todos os membros que compõem o agregado familiar e não apenas do seu titular. A nível nacional, de Janeiro de 2007 a Abril de 2009 houve um aumento de 95015 beneficiários com processamento de RSI, 50601 mulheres e 44414 homens. Esta evolução significa que o número de beneficiários, cresceu neste período 36,8%, 36,4% e 37,3%, respectivamente.

Compete ao núcleo local de inserção, a cargo do representante da segurança social a aprovação dos programas de inserção, a organização dos meios inerentes à sua prossecução e ainda o acompanhamento e avaliação da respectiva execução.

O núcleo local de inserção integra representantes dos organismos públicos, responsáveis na respectiva área de actuação, pelos sectores da segurança social, do emprego e formação profissional, da educação, da saúde e da autarquia local.

A UCCCB através da participação e envolvimento na rede social de Castelo Branco, pretende ser um parceiro fundamental na colaboração/identificação e posterior acompanhamento das situações de maior vulnerabilidade e risco, cooperando nos projectos de intervenção que combatam: a exclusão social, cultural, a pobreza económica, deficit de competências, violência ou negligência. Será um

parceiro essencial no acompanhamento das famílias e grupos mais vulneráveis, promovendo a vigilância da saúde.

9.2- POPULAÇÃO ALVO

- Utentes, famílias ou grupos de maior vulnerabilidade e risco, sujeitas a factores de exclusão social ou cultural, de competências ou valores, deficits socioeconómicos, ou ainda, sujeitas a violência ou negligência, residentes no Concelho de Castelo Branco.
- No ano de 2012, na área da saúde foram acompanhadas 57 famílias.

9.3 - OBJECTIVOS

- Participar na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias mais
- Desfavorecidas e de maior risco e vulnerabilidade;
- Colaborar em projectos de intervenção junto da comunidade;
- Avaliar e supervisionar o cumprimento dos acordos de inserção na área da saúde.

9.4 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Que pelo menos 50% das famílias sinalizadas, com acordo de inserção na área da saúde no âmbito do RSI, sejam acompanhadas;
- Conseguir que a UCCCB colabore em pelo menos 50% das ações programadas pelo NLI.

9.5 – ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Participação nas reuniões do NLI	Enfermeiro Médico	Convocatória escrita, efectuada pelo NLI	CMCB UCCCB ou Outro local	15/15 dias	(a)	80 Horas
Acompanhamento de utentes e/ou famílias de maior risco e vulnerabilidade, na área da saúde	Enfermeiro Médico	Contacto telefónico e/ou VD aos utentes/famílias identificados	UCCCB ou Domicílio	Todo ano	(a)	280 Horas
Vigilância da saúde oral	HO	Casos identificados na CD ; contacto telefónico; UCCCB	Gabinete de saúde oral	Todo ano	(a)	40 Horas
Colaborar em projectos de intervenção na comunidade	TSSS Enfermeiro Médico	A definir pela equipa da UCCCB em articulação com o NLI	No Concelho de CB	Durante o período de actividade da UCCCB	(a)	350 Horas
Coordenação do programa	Coordenador UCCCB	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB	Durante o período de actividade da UCCCB	(a)	10 Horas

A = Avaliação

(a) - Expressa nos Indicadores

9.6- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES (CARGA HORÁRIA)

Actividades **	TSSS			Enfermeiro			HO			Médico		
	Horas Seman a	Hora s Mês	Horas Ano	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano	Hora s Sema na	Horas Mês	Horas Ano
Participação nas reuniões do NLI	-	-	-	1	4	40	-	-	-	1	4	40
Acompanhamento de utentes e/ou famílias de maior risco e vulnerabilidade, na área da saúde*	½	2	20	6	24	240	-	-	-	½	2	20
Vigilância da saúde oral	-	-	-	-	-	-	1	4	40	-	-	-
Colaborar em projectos de intervenção na comunidade	1	4	40	7½	30	300	-	-	-	¼	1	10
Coordenação do programa	-	-	-	¼	1	10	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1½h	6h	60h	14¾h	59 h	590 h	1h	4h	40h	1¾h	7 h	70 h

* Na concretização destas actividades, quando for realizada CD por qualquer dos profissionais descritos na tabela acima apresentada, estes serão acompanhados pelo assistente operacional, que também conduzirá a viatura (pelo que lhe serão imputadas o número de horas equivalentes ao dos profissionais)

** O Assistente técnico dará apoio administrativo em todas as actividades.

9.7 - INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013 2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de pessoas que cumpriram o acordo de inserção na área da saúde no âmbito do Rendimento Social de Inserção	Nº de beneficiários do RSI que cumpriram os acordos de inserção na área da saúde / Nº de pessoas inscritas no programa RSI com acordos de inserção na área da saúde no período x 100	Sem histórico	50%	60%	70%
Percentagem de pessoas em vigilância da saúde oral	Nº de beneficiários do RSI ,com necessidades de SO, seguidos THSO / Nº de beneficiários do RSI ,encaminhados para THSO no período x 100	Sem histórico	50%	60%	70%
Percentagem de pessoas em vigilância da saúde oral (HO) encaminhadas para outros técnicos	Nº de beneficiários do RSI , seguidos HO / Nº de beneficiários encaminhados para outros técnicos no período x 100	Sem histórico	50%	60%	70%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de reuniões convocadas pelo NLI em que a UCCCB participou	Nº de reuniões assistidas / Nº reuniões convocadas x 100	Sem histórico	70%	80%	90%
Percentagem de ações programadas pelo NLI em que a UCCCB colaborou	Nº de ações em que a UCCCB participou / Nº de ações programadas pelo CLASCB x 100	Sem histórico	70%	80%	90%
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de utentes/famílias satisfeitos	Nº de utentes/famílias que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de utilizadores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	80%	85%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	80%	85%	90%

9.8- ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

9.9 - SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (SNIPI)

10 – SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (SNIPI)

10.1- INTRODUÇÃO

A aprovação do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro⁵⁸, através da actuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, representou um avanço significativo na regulamentação dos serviços de intervenção precoce (IP). A população-alvo são as crianças até à idade escolar, nomeadamente, entre os zero e os 6 anos, que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. A IPI é uma abordagem multidisciplinar, que reúne um conjunto de recursos para crianças em risco ou “risco já adquirido” (biológico, social, ou compósito). Consiste na prestação de serviços terapêuticos, sociais e educativos, às crianças e às suas famílias com o objectivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.

A IPI implica três níveis fundamentais de prevenção: primária (evitar que as dificuldades ocorram); secundária (melhorar as dificuldades das crianças com vista à sua eliminação); e terciária (melhorar e não permitir o agravamento das situações) e têm como objectivo melhorias na criança e no meio ambiente envolvente. Independentemente do nível de prevenção, a IP pode revestir várias modalidades de intervenção nomeadamente: nos contextos familiares (domicílio), estabelecimentos pré-escolares (creche e jardim de infância) ou noutros locais de guarda ou cuidados onde as crianças se encontram.

A UCCCB direccionada para o âmbito comunitário pretende colaborar com a Equipa Distrital de Intervenção Precoce e com as Equipas Locais de Intervenção⁵⁹, no sentido de procurar encontrar encaminhamento/soluções para estas situações. A UCCCB pretende através da intervenção familiar, desenvolver “melhores” atitudes parentais, recorrendo para tal ao fornecimento de mais e melhor informação, aumentando as competências da família e implicando uma redução do stress

⁵⁸ Através do Despacho nº 2735/2011 de 8 de Fevereiro é criada uma comissão de coordenação do SNIPI

⁵⁹ Dois dos colaboradores da UCCCB fazem parte da Equipa Local de Intervenção (ELI) de Castelo Branco

10.2- POPULAÇÃO ALVO

- Crianças dos zero aos 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias, e que residam no Concelho de Castelo Branco e no Concelho de Vila Velha de Ródão.

No ano de 2012, a IPCB, tinha em programa 57 **crianças**.

10.3 – OBJECTIVOS

- Acompanhar pelo menos 85% das crianças /famílias com idade inferior a 6 anos referenciadas pela ELI

10.4- ACTIVIDADES E RESPECTIVO CRONOGRAMA

Actividades	Quem	Como	Onde	Quando	A	Duração (ano)
Identificação das crianças em risco dos 0-6 anos de idade residentes no concelho de CB e VVR	TSSS Enfermeiro Médico	Encaminhamento por qualquer UF da ULSCB; Segurança Social; Estabelecimentos de Ensino	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	200 Horas
Acompanhamento das crianças e famílias de maior risco e vulnerabilidade, na área da saúde	TSSS Enfermeiro Médico	Contacto telefónico e/ou VD às crianças/ famílias identificadas	UCCCB ou Domicílio	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	280 Horas
Psicoterapia de grupo ^{60 61}	Enfermeiro de S. Mental e Psiquiátrica	Pais/encarregados de educação	UCCCB	Todo ano, quando a UCCCB iniciar actividades	(a)	280 Horas
Coordenação do programa	TSSS	Recurso ao: contacto telefónico; correio electrónico e/ou presença física; aplicativo informático	UCCCB ou noutro local	Todo ano	(a)	40 Horas

A = Avaliação (a) - Expressa nos Indicadores

⁶⁰ A psicoterapia de grupo é qualquer forma de terapia desde que seja coletiva, isto é, realizada em grupo. Têm uma ação benéfica que resolve e reeduca os doentes com base nas interações e comunicações que ocorrem no interior dos grupos organizados com fins terapêuticos.

⁶¹ A concepção de Tones e Tilford, sendo a mais bem aceite actualmente: "A educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. "

10.5- TEMPO PARA A EXECUÇÃO DAS ACTIVIDADES CARGA HORÁRIA)

Actividades **	TSSS			Enfermeiro			Enfermeiro S. Mental			Médico		
	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano	Horas Semana	Horas Mês	Horas Ano
Identificação das crianças em risco dos 0-6 anos de idade residentes no concelho de CB	2	8	80	1	4	40	1	4	40	1	4	40
Acompanhamento das crianças e famílias de maior risco, na área da saúde	2	8	80	4	16	160	-	-	-	1	4	40
Psicoterapia de grupo	-			-	-	-	7	28	280	-	-	-
Coordenação do programa	1	4	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	5h	20h	200h	5h	20h	200h	8h	32h	320h	2 h	8 h	80 h

* Na concretização das actividades, quando for realizada CD por qualquer dos profissionais descritos na tabela , estes serão acompanhados pelo assistente operacional, que também conduzirá a viatura (pelo que lhe serão imputadas o número de horas equivalentes ao dos profissionais)

** O Assistente técnico dará apoio administrativo em todas as actividades.

10.6 -INDICADORES DE EXECUÇÃO DEFINIDOS PARA O TRIÊNIO 2013 2015

Acesso					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de famílias de risco com PIAF	Nº de famílias no PIP, acompanhadas na UCCCB, com PIAF / Nº de famílias referenciadas para PIP na UCCCB x 100	Sem histórico	100%	100%	100%
Percentagem de crianças identificadas/sinalizadas, com intervenção da UCCCB	Nº de crianças [0-6 anos] identificadas; sinalizadas, com intervenção da UCCCB / Nº de crianças [0-6 anos] identificadas; sinalizadas x100	Sem histórico	90%	95%	98%
Produtividade					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Taxa de utilização em CD	Nº de CD realizadas / Nº de CD programadas x 100	Sem histórico	70%	80%	90%
Percentagem de sessões de Psicoterapia de grupo	Nº de sessões de terapia de grupo realizadas/ Nº de sessões de terapia de grupo, programadas x 100	Sem histórico	70%	80%	90%
Qualidade técnico-científica					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Taxa de resolução do papel parental inadequado (Serão contabilizados o nº total de crianças/jovens , com pelo menos uma intervenção pela UCCCB, em que foi efectuado o diagnóstico de “papel parental inadequado)	Nº de crianças/jovens em que o diagnóstico de “papel parental inadequado” alterou para adequado / Nº de crianças/jovens com o diagnóstico de “ papel parental inadequado x 100	Sem histórico	30%	35%	40%
Satisfação					
Indicador	Fórmula de cálculo	Histórico	Metas		
			2013	2014	2015
Percentagem de famílias satisfeitas	Nº de famílias que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de famílias que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	75%	85%	90%
Percentagem de colaboradores satisfeitos	Nº de colaboradores que responderam ao questionário, com resposta de satisfeito ou muito satisfeito / Nº de colaboradores que responderam ao questionário x 100	Sem histórico	85%	90%	95%

10.7 - ARTICULAÇÃO COM OUTRAS UNIDADES FUNCIONAIS

O serviço UCCCB estará em articulação com todas as unidades funcionais da ULSCB. Essa articulação será efectuada de diversas formas: presencial; ofício; correio electrónico; telefónico. Qualquer que seja a opção, esta será sempre registada em suporte (papel e/ou informático), de acordo com os procedimentos / instruções de trabalho, que serão criados pela UCCCB, recorrendo a metodologias de implementação para um sistema de gestão da qualidade (SGQ). Este terá como substrato todas as circulares internas/normativas/informativas emanadas superiormente pelos órgãos de gestão (MS; DGS; ULSCB; MCSP; RNCCI; ARS Centro).

O manual de articulação da UCCCB será elaborado em conjunto com os coordenadores e profissionais das outras unidades funcionais.

10.8 - SERVIÇOS MÍNIMOS

Não se asseguram serviços mínimos.

*A todos quantos tornaram possível a
realização deste documento, deixamos aqui
simbolicamente expressos, os nossos
agradecimentos.*

A equipa da UCCCB:

