



Projeto
Mestrado em Administração Pública

Projeto de
Unidade de Cuidados na Comunidade

Patrícia Rolo Silva

Leiria, junho de 2015



Projeto
Mestrado em Administração Pública

Projeto de
Unidade de Cuidados na Comunidade

Patrícia Rolo Silva

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Doutor Eugénio Pereira Lucas, Professor(a) da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria e coorientação do Mestre Jorge Barros Mendes, Professor da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, junho de 2015

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que contribuíram e me acompanharam ao longo da realização deste projeto.

A todos os docentes que me transmitiram os conhecimentos que contribuíram para a sua construção.

Ao Professor Doutor Eugénio Pereira Lucas e, em especial, ao Dr. Jorge Barros Mendes pelo apoio, disponibilidade e orientação.

Aos meus colegas de trabalho, amigos e família que me ajudaram, de uma forma mais ou menos direta, mas sem dúvida imprescindível e única.

Obrigado.

Resumo

Portugal, paralelamente, ao que tem acontecido noutros países tem assistido a grandes mudanças demográficas decorrentes da diminuição da natalidade e aumento da longevidade, que se traduz num envelhecimento populacional.

No sentido de dar respostas efetivas às necessidades decorrentes desta nova realidade, tornou-se imperativa a reforma dos serviços de saúde. Também ao nível dos cuidados de saúde primários foi notória essa necessidade, não descurando a melhoria contínua da qualidade e acessibilidade.

É no contexto da reorganização dos cuidados de saúde primários que surgem, com caráter inovador, as Unidades de Cuidados na Comunidade – UCC.

As UCC são unidades funcionais com autonomia organizativa e técnica, às quais compete prestar, nos termos do art. 11º, nº 1, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro:

“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis (...)”

O presente projeto visa a realização de um plano de ação que tem por objetivo a constituição de uma Unidade de Cuidados na Comunidade em Pombal.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários, unidade de cuidados na comunidade.

Abstract

Portugal, facing a similar phenomenon experienced in other countries, has witnessed major demographic changes resulting from the declining birth rates and increasing longevity that, overall, results in an aging population.

In an effort to give effective answers to the needs arising from this new reality it has become imperative to reform health services. That need was also notorious at the level of primary health care, not forgetting the continuous improvement of quality and accessibility.

It is in the context of the reorganization of primary health care that appears, with innovative character, the Community Care Units - CCU.

CCU are functional units with organizational and technical autonomy, which are responsible for providing, in accordance with article 11, paragraph 1 of Decree-Law 28/2008 of 22 February.

"(...) health care, psychological and social support, provided at a community level, as well as a home support level, particularly to the most vulnerable people, families and social groups, at greater risk or physical and functional dependence or illness that requires close monitoring, in addition is also involved in health education, integrates family support networks and develops the implementation of mobile units".

This project aims to carry out an action plan which aims to set up a Community Care Unit at Pombal.

Key-Words: Primary Health Care, Community Care Units.

Lista de Figuras

Figura 1 - ACeS que integram a ARSC, IP, fonte ARSC, IP.....	9
Figura 2 - Concelho de Pombal.	16

Lista de Quadros

Quadro 1 - População residente/freguesia. Fonte INE, Censos 2011.....	17
Quadro 2 - Evolução da população residente/ grupo etário 2001-2011. Fonte INE, Censos 2011.	18
Quadro 3 - Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade. Fonte INE, PORDATA 2013	18
Quadro 4 - Índice de Dependência Total. Fonte INE, PORDATA 2013	19
Quadro 5 - Índice Dependência Idosos e Jovens. Fonte INE, PORDATA 2013	19
Quadro 6 - Índice de Longevidade. Fonte INE, PORDATA 2013	20
Quadro 7 - Equipamentos Sociais. Fonte Perfil de Saúde, ACES PL, 2013.	21

Lista de Siglas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACeS PL – Agrupamentos de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

AVD – Atividades de Vida Diária

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

ELI – Equipa Local de Intervenção

EGS – Exame Global de Saúde

ERA – Equipa Regional de Apoio

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

CLAS – Conselho Local de Ação Social

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSF – Comissão Social de Freguesia

CSP – Cuidados de saúde primários

MS – Ministério da Saúde

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NE – Núcleo Executivo

NLI – Núcleo Local de Intervenção

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

NUTS II - Nomenclaturas das Unidades Territoriais Estatísticas de Nível II

NUTS III - Nomenclaturas das Unidades Territoriais Estatísticas de Nível III

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIAF – Plano Individualizado de Apoio à Família

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

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SLAS – Serviço Local de Ação Social

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE QUADROS.....	XIII
LISTA DE SIGLAS.....	XV
1 - REVISÃO DA LITERATURA.....	3
1.1 SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	3
1.2 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL.....	5
1.3 SITUAÇÃO ATUAL	9
1.4 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	10
2 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - PROJETO	13
2.1 PLANO DE AÇÃO DA UCC	14
<i>Introdução</i>	<i>14</i>
1. <i>Caracterização do Concelho de Pombal.....</i>	<i>15</i>
1.1 – <i>Caracterização Geográfica.....</i>	<i>15</i>
1.2 – <i>Acessibilidades e transportes.....</i>	<i>16</i>
1.3 – <i>Caracterização da população.....</i>	<i>17</i>
1.3.1 – <i>Indicadores demográficos.....</i>	<i>17</i>
1.3.2 – <i>Indicadores sócio económicos.....</i>	<i>20</i>
2. <i>Centro de Saúde de Pombal.....</i>	<i>22</i>
2.1. <i>Caracterização da População Inscrita.....</i>	<i>22</i>
3. <i>Programas da Carteira Serviços da UCC.....</i>	<i>22</i>
3.1 <i>Saúde Escolar.....</i>	<i>23</i>
3.1.1 – <i>População Alvo</i>	<i>24</i>
3.1.2 – <i>Objetivos</i>	<i>24</i>
3.1.3 – <i>Indicadores e metas</i>	<i>25</i>
3.1.4 - <i>Atividades.....</i>	<i>26</i>
3.1.5 – <i>Serviços Mínimos.....</i>	<i>27</i>
3.1.6 – <i>Articulação</i>	<i>27</i>
3.2 – <i>Projeto do Adolescente</i>	<i>27</i>
3.2.1 – <i>População Alvo</i>	<i>28</i>
3.2.2 – <i>Objetivos</i>	<i>28</i>
3.2.3 – <i>Indicadores e Metas</i>	<i>28</i>
3.2.4 – <i>Atividades.....</i>	<i>29</i>
3.2.5 – <i>Serviços Mínimos.....</i>	<i>29</i>
3.2.6 – <i>Articulação</i>	<i>29</i>
3.3 – <i>Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.....</i>	<i>29</i>
3.3.1 – <i>População Alvo</i>	<i>30</i>
3.3.2 – <i>Objetivos</i>	<i>30</i>
3.3.3 – <i>Indicadores e metas</i>	<i>31</i>
3.3.4 – <i>Atividades.....</i>	<i>31</i>
3.3.5 – <i>Serviços Mínimos.....</i>	<i>32</i>
3.3.6 – <i>Articulação</i>	<i>32</i>
3.4 – <i>Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco</i>	<i>32</i>
3.4.1 – <i>População Alvo</i>	<i>33</i>
3.4.2 – <i>Objetivos</i>	<i>33</i>
3.4.3 – <i>Indicadores e Metas</i>	<i>34</i>
3.4.4 – <i>Atividades.....</i>	<i>34</i>

3.4.5 – Serviços Mínimos.....	34
3.4.6 – Articulação.....	35
3.5 – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.....	35
3.5.1 – População Alvo.....	35
3.5.2 – Objetivos.....	36
3.5.3 – Indicadores e Metas.....	36
3.5.4 – Atividades.....	36
3.5.5 – Serviços Mínimos.....	36
3.5.6 – Articulação.....	37
3.6 – Rede Social.....	37
3.6.1 – População Alvo.....	38
3.6.2 - Objetivos.....	38
3.6.3 – Indicadores e metas.....	38
3.6.4 - Atividades.....	38
3.6.5 – Serviços Mínimos.....	39
3.6.6 - Articulação.....	39
3.7 – Rendimento Social de Inserção - Núcleo Local de Inserção.....	39
3.7.1 – População Alvo.....	40
3.7.2 – Objetivos.....	40
3.7.3 – Indicadores e metas.....	40
3.7.4 – Atividades.....	40
3.7.5 – Serviços Mínimos.....	41
3.7.6 – Articulação.....	41
3.8 – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).....	41
3.8.1 – População Alvo.....	43
3.8.2 – Objetivos.....	43
3.8.3 – Indicadores e metas.....	44
3.8.4 – Atividades.....	44
3.8.5 - Serviços Mínimos.....	45
3.8.6 – Articulação.....	45
3.9 – Programa de Intervenção para Promoção de Cidadania em Saúde.....	45
3.9.1 – População Alvo.....	45
3.9.2 – Objetivos.....	46
3.9.3 – Indicadores e metas.....	46
3.9.4 – Atividades.....	46
3.9.5 – Serviços Mínimos.....	47
3.9.6 - Articulação.....	47
3.10 – Projeto “ATEC”.....	47
3.10.1 – População Alvo.....	47
3.10.2 – Objetivos.....	47
3.10.3 – Indicadores e metas.....	48
3.10.4 – Atividades.....	48
3.10.5 – Serviços Mínimos.....	48
3.10.6 – Articulação.....	48
3.11 – Programa de Formação e Melhoria Contínua.....	48
3.11 – Necessidades formativas.....	49
3.12 – Programa de Monitorização e Melhoria da Qualidade.....	49
6 – Carga Horária Anual Total.....	50
7 - Instalações e Equipamentos.....	50
3 - CONCLUSÃO.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	55
MONOGRAFIAS E PERIÓDICOS.....	55
LEGISLAÇÃO.....	55
INTERNET.....	57

Introdução

A economia mundial enfrenta uma profunda crise económica e financeira. Portugal, apesar da sua pequena dimensão foi igualmente afetado. Em simultâneo deparamo-nos com uma nova realidade social, caracterizada por um envelhecimento populacional resultante da diminuição da natalidade e aumento da longevidade.

Face ao impacto causado por estas alterações emergiu a necessidade de estabelecer profundas reformas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao nível da sua organização, gestão e, conseqüentemente, na prestação de cuidados. Com a publicação do Decreto-Lei n.º 28/ 2008, de 22 de fevereiro, inicia-se a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) e gestão hospitalar.

As alterações introduzidas por via do decreto supra citado, ao nível dos CSP, conduziram à criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Cada ACeS centralizou um conjunto de centros de saúde (CS), correspondendo a sua delimitação geográfica às nomenclaturas das unidades territoriais estatísticas de nível II (NUTS II).

Por sua vez, os CS foram subdivididos em unidades funcionais, podendo compreender várias unidades de tipologias diferentes. Uma das tipologias previstas são as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

As UCC são unidades inovadoras que se distinguem das restantes tipologias não só por prestarem cuidados de saúde de âmbito, essencialmente, comunitário e domiciliário, mas também por se tratar de equipas multiprofissionais e multidisciplinares que trabalham numa perspetiva holística *para a comunidade, pela comunidade e com a comunidade*.

O objetivo do presente trabalho é a elaboração de um plano de ação com vista à constituição de uma UCC, encontrando-se estruturado em três partes: a primeira relativa à revisão da bibliografia; na segunda o plano de ação e, por fim, a terceira que consiste na conclusão.

1 - Revisão da literatura

1.1 Sistema de Saúde Português

O desenvolvimento dos serviços de saúde em Portugal inicia-se, a partir de 1899, com Dr. Ricardo Jorge com a organização dos serviços de saúde pública.

O Ministério da Saúde e da Assistência surge em 1958 por via do Decreto-lei n.º 41825, de 13 de agosto.

Mas é, apenas, em 1971 com a Reforma de Gonçalves Ferreira que surge o primeiro esboço do SNS. No Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro são explicitados os princípios do reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses.

A Revolução de 1974 permitiu que fossem criadas as condições para a constituição do SNS e, em 1979, com a Lei n.º 56/79, o Estado passa a assegurar o direito à proteção da saúde consagrado constitucionalmente.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) estabelece no seu artigo 64 n.º 2 al. a) que o SNS engloba todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo este modelo organizacional concretizado pelos seguintes diplomas.

- A Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, que criou o SNS, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição com acesso garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social. Este diploma envolve todos os cuidados integrados de saúde, define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras com o fim de racionalizar a sua utilização.
- A Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, que aprovou a Lei de Bases da Saúde. A proteção da saúde passa a ser perspectivada não só como um direito, mas, também, como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. Para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, mas também celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde. A Base XXXIV prevê ainda que possam ser cobradas taxas moderadoras, com o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, sendo isentos os

grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

- O Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro, que aprovou o Estatuto do SNS, que procura superar a incorreta – do ponto de vista médico e organizativo – dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados, a indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos levam à criação de unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Em virtude da necessidade de aproximar a gestão dos recursos, tanto quanto possível, dos seus destinatários, foram, ainda, criadas as regiões de saúde, dirigidas por administrações com competências e atribuições reforçadas, cujo Regulamento foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro.

Tal como já foi referido anteriormente, com a Lei de Bases da Saúde, para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado passa a poder atuar não só através de serviços próprios, mas também através de entidades privadas, que apoia e fiscaliza e com as quais celebra acordos. Na Base XII n.º1 é introduzido o conceito de sistema de saúde constituído:

“pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades”.

Ainda na Base XII, nos números 2 a 4, a Lei procede à distinção entre SNS e rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Importa, portanto, salientar três conceitos:

- Conceito de SNS

“que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde”(Lopes, 2010 p. 232)

- Conceito de rede nacional de prestação de cuidados de saúde

“que abrange os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes deste serviço e outros serviços de saúde, nos termos dos contratos celebrados, bem como os profissionais em regime liberal com quem sejam celebradas convenções”(Lopes, 2010 p. 232)

- Conceito de Sistema de Saúde

“engloba quer os estabelecimentos e serviços integrados no MS, quer as entidades privadas e sociais que a ele se associem através da celebração de contratos e convenções, tendo por objeto a prestação de cuidados de saúde (...) o SNS é apenas um dos elementos integrantes (...) integrando uma pluralidade de elementos de diversa natureza (entidades públicas, privadas e sociais)”(Lopes, 2010 p.233).

A CRP e a Lei de Bases da Saúde atribuem ao Estado a responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde, assim sendo, estes têm que ser qualificados

“ como um serviço público, enquanto objetivo ou atividade que cabe ao Estado definir e, em primeira linha, executar diretamente, pelos seus próprios meios e serviços (Base II, n.º 1,2 e 4 da Base VI, alínea b) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde e artigo 2º, do Anexo ao Estatuto do SNS), podendo convocar, para o cumprimento desta tarefa, as entidades privadas (n.º2 da Base IV e alínea b) da Base XXIV da Lei de Bases da Saúde) e, acrescentamos nós, outras entidades públicas (por ex., as autarquias locais)” (Lopes, 2010 p. 234).

Na Base XXIV é apresentada uma alternativa à prestação de cuidados diretamente pelos seus meios, desde que seja garantida a sua prestação. A Lei de Bases da Saúde permitiu, assim, às entidades privadas a possibilidade de prestar os cuidados, ainda que sob fiscalização do Estado.

Portugal seguiu, portanto, a tendência de outros países europeus afastando-se progressivamente do planeamento direto e da gestão, mantendo e reforçando o papel de regulador do sistema (Simões, 2004, p. 72). A reforma da saúde vai cada vez mais no sentido de uma participação acrescida e diversificada de operadores sociais e privados, integrados nas redes de cuidados primários, hospitalares e continuados (Estorninho, 2008, p. 98).

Através do Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, surgem, então, as taxas moderadoras, com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no SNS.

Por via do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, nasce a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) formalizando a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

1.2 Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Em Portugal a origem dos CSP remonta a 1971, aquando da publicação do Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro, que definiu a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

O Sistema de Saúde Português sofreu, assim, a sua primeira grande reforma no sentido da construção dos CSP portugueses, sendo a filosofia subjacente idêntica à introduzida pela Declaração de Alma-Ata em 1978, salientando-se o carácter pioneiro e inovador do Sistema

de Saúde Português em relação à saúde mundial.

Em Portugal é possível descrever o seu desenvolvimento dos em seis fases (Biscaia et al, 2008, p. 67):

- Uma primeira fase, 1971 a 1974-1975 com a constituição dos CS de 1ª geração;
- Seguida a fase de 1975 a 1982 com a institucionalização do SNS (Lei de bases – nº56/1979, de 15 de setembro) e do serviço médico à periferia e da carreira de medicina geral e familiar (clínica geral);
- De 1983 a 1994, a fase dos CS integrados, designados de 2ª geração;
- O período de 1995 a 2001 com a introdução de modelos organizativos experimentais dos CSP – CS de 3ª geração;
- De 2002 até 2004 assinalada pela constituição de parcerias público-privadas nos CSP;
- E a fase a partir de 2005, até à presente data, caracterizada pela reorganização dos CSP, com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, com o regulamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos ACeS e a extinção das sub-regiões de saúde.

Resumidamente, a legislação referente ao funcionamento dos CS datava de 1971, foi reformulada em 1982 e profundamente alterada em 1999, pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio. Este diploma foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril cuja revogação se operou por força do Decreto-Lei n.º 88/ 2005, de 3 Junho. Este novo decreto criou a rede de CSP.

Com a responsabilidade de criar instrumentos legais e operacionais que possibilitassem focar de novo o sistema de saúde português nos CSP é, em 2005, constituída a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Resolução de Conselho de Ministros n.º 157/ 2005.

O Decreto-Lei n.º 28/ 2008 de 22 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei 102/ 2009 de 11 de maio, vem reconhecer os CSP como o pilar central do sistema de saúde, uma vez que constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde, assumindo a função de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação aos outros níveis de cuidados para uma continuidade dos mesmos.

Estes diplomas reformularam os modelos de gestão ao nível da prestação de cuidados de saúde primários e gestão hospitalar, na tentativa de melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e uma melhor forma de gerir os mesmos (Campos, A e Simões, J.,2011, p.191).

Uma das principais novidades deste diploma consiste na criação dos ACEs, dotados de autonomia administrativa, resultantes do agrupamento de um ou mais CS, com a missão de garantir a prestação dos CSP à população da sua área geográfica correspondente (DL n.º 28/2008).

Os ACEs são serviços desconcentrados das Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS, IP) cuja missão e atribuições estão definidas no Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio. São prestadores de cuidados de saúde, não têm personalidade jurídica, mas possuem autonomia administrativa. Estão integrados nas ARS desconcentrados mas sujeitos ao seu poder de direção. O diretor executivo do ACEs é nomeado pelo Ministro da Saúde sob proposta do conselho diretivo do respetivo ACEs (Lopes, 2010 p. 310-313).

As ARS, IP são organismos periféricos do Ministério da Saúde (MS), dotadas de personalidade jurídica de direito publico que prosseguem as atribuições deste Ministério sob a sua superintendência e tutela. Enquadrando-se, portanto, na administração indireta do estado, definida por Amaral, D (2008, p. 348-349):

“maior grau de autonomia, recebem personalidade jurídica: passam a ser sujeitos de direito distintos da pessoa- Estado(...) são organizações com personalidade jurídica própria (...) o que está em causa é ainda, e sempre, a prossecução de fins ou atribuições do próprio Estado (...) através de outras pessoas coletivas, distintas do Estado. (...) administração estadual indireta: administração estadual, porque se trata de prosseguir fins do Estado; indireta, porque não é realizada pelo próprio Estado (...)”

Atualmente existem cinco ARS, IP com a missão de garantir à população, dentro da respetiva área geográfica de intervenção o acesso aos cuidados de saúde e, também, fazer cumprir as políticas e programas de saúde (MS, 2012). Nomeadamente:

- Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte, IP);
- Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro, IP);
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP);
- Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS Alentejo, IP);
- Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve, IP).

Quanto aos ACeS foi fixado um número máximo de 74, correspondendo a sua delimitação geográfica as NUTS II, devendo, ainda, ser tido em consideração o número de pessoas residentes na área, que deve situar-se entre 50 000-200 000, a estrutura de povoamento, o índice de envelhecimento e a acessibilidade da população ao hospital de referência.

Os ACeS encontram-se organizados em unidades funcionais, compreendendo várias tipologias (art. 7.º), nomeadamente: Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) e outras unidades ou serviços propostos pela ARS, IP e aprovados por despacho do Ministério da Saúde, se necessários. Em cada centro de saúde funciona pelo menos uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta (art. 7º n.º2).

As unidades funcionais são constituídas por equipas multiprofissionais que, tendo autonomia organizativa e técnica, devem atuar em cooperação e articulação com as demais unidades do ACeS.

As USF e UCSP têm estruturas idênticas tendo por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL n.º 298/2007 de 22 de agosto, art.4º).

As UCC prestam:

“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (art. 11.º do DL 28/ 2008 de 22 de Fevereiro).

A USP funciona como observatório de saúde da área que integra, elabora informação e planos no domínio da saúde pública, procede à vigilância epidemiológica, gere os programas de intervenção no âmbito da promoção e proteção da saúde da população (art. 12.º do DL 28/ 2008 de 22 de fevereiro).

A URAP presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais e organiza ligações aos serviços hospitalares (art. 13.º do DL 28/ 2008 de 22 de Fevereiro).

De acordo com António Correia de Campos (2014, p. 25), Ministro da Saúde dos XIV (2001-2002) e XVII (2005-2008) Governos Constitucionais, esta reforma iniciada em 2005 foi a mais bem conseguida deste século que veio melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde primários à população já abrangida sendo, inclusivamente, a sua disseminação e

generalização recomendada pela Troika.

1.3 Situação atual

A ARS Centro, IP tem a sua sede em Coimbra sendo um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, prossegue as suas atribuições sob superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela saúde. Sendo composta por serviços centrais e desconcentrados, designados ACeS. O Decreto-Lei n.º22/2012, de 30 de janeiro, definiu a missão e atribuições das ARS, IP e a Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio, veio determinar a organização interna da ARS Centro, IP, mediante aprovação dos respetivos estatutos.



Figura 1 - ACeS que integram a ARSC, IP, fonte ARSC, IP.

O ACeS Pinhal Litoral (ACeS PL) insere-se no distrito de Leiria e abrange a área geográfica correspondente aos concelhos: Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto Mós (Portaria n.º 394-A/ 2012 de 29 de novembro). Agrega os seguintes centros de saúde: Professor Dr. Arnaldo Sampaio (Leiria), Batalha, Professor Dr. Gorjão Henriques (Leiria), Marinha Grande, Pombal e Porto Mós.

Atualmente é constituído pelas seguintes unidades funcionais¹:

- Centro de Saúde Professor Dr. Gorjão Henriques: USF D. Diniz, USF Cidade do Liz, UCSP Cidade e as Serras, UCSP Colipo, UCSP Flor do Liz;

¹<http://www.arscentro.minsaude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Plano%20de%20desemp%20enfo/2015/Plano%20de%20Desempenho%202015%20ACeS%20PL.pdf> acedido pela ultima vez a 29/04/2015

- Centro de Saúde Professor Dr. Arnaldo Sampaio: USF Santiago, UCC de Leiria e 13 extensões;
- Centro de Saúde da Batalha: USF Condestável;
- Centro de Saúde de Pombal: UCSP S. Martinho, UCSP Pombal Oeste, UCSP Marquês, UCSP Sicó, UCC Pombal e 5 extensões;
- Centro de Saúde da Marinha Grande: UCC Marinha Grande e 4 extensões;
- Centro de Saúde de Porto Mós: UCSP Porto Mós, UCSP Novos Horizontes e UCC D. Fuas Roupinho;
- URAP Pinhal Litoral;
- USP Leiria.

1.4 Unidade de cuidados na comunidade

É no contexto da reorganização dos cuidados de saúde primários que surgem, com carácter inovador, as UCC. Unidades funcionais, com autonomia organizativa e técnica, às quais compete prestarem, nos termos do art. 11º, nº 1, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro:

“cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis.”

Branco, A. e Ramos, V (2001, pag.9) referem-se a esta tipologia de unidades como “a novidade mais visível reorganização dos centros de saúde” e definem as mesmas como:

“os “braços” pró-ativos do centro de saúde junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade. Identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde”.

O aumento da esperança média de vida, diminuição da natalidade e mortalidade, com o conseqüente aumento do envelhecimento populacional. O agravamento das doenças crónicas e incapacitantes, situações de dependência associadas à crescente evolução de pessoas com doença incurável, em estado avançado e em fase final de vida, e a mudança

das dinâmicas familiares que promoveram o aumento dos idosos em situação de isolamento. Assim como a necessidade de implementar medidas preventivas com programas de ação e intervenção na comunidade. Conduziram à necessidade da criação de unidades com um nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social acompanhando a comunidade ao longo de todo o seu ciclo de vida, tratando e cuidando de forma holística. Surgindo, portanto as UCC (Fernandes, B, 2011).

De acordo com as linhas orientadoras estabelecidas pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro foi aprovado o Despacho n.º 10143/2009 do qual consta o Regulamento da Organização e do Funcionamento das UCC que visa estabelecer os princípios enformadores da organização e funcionamento desta tipologia de unidades.

As UCC, tal como as restantes unidades funcionais, desenvolvem a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, devem situar-se, preferencialmente, nas sedes dos centros de saúde e uma vez que a sua atividade é, normalmente, de âmbito concelhio (art. 2º Despacho n.º 10143/2009).

A sua missão é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, dentro da sua área de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (art. 3º do Despacho n.º 10143/ 2009).

Cabe, ainda, às UCC, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) a constituição das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

No âmbito da sua atividade devem articular-se com as outras unidades funcionais e, também, estabelecer parcerias com as estruturas da comunidade local, nomeadamente: autarquias, segurança social, instituições privadas de solidariedade social, associações, entre outras.

O coordenador pode ser designado ou proposto, no entanto, em qualquer das situações deverá ser enfermeiro especialista, com experiência efetiva na respetiva área profissional (art. 6º Despacho n.º 10143/2009).

Anualmente é formalizado, mediante carta de compromisso acordada, entre coordenador da UCC e diretor executivo do ACeS, o compromisso assistencial que deverá indicar, entre outros, os aspetos referidos no art. 5º n.º5 do Despacho n.º 10143/2009, nomeadamente:

- Oferta e carteira de serviços;
- Horários da UCC, sistema de marcação, atendimento e referenciação;

- Articulação com as unidades funcionais e com as estruturas da comunidade local.

O compromisso assistencial deverá ser adequado às necessidades e características da comunidade respeitante.

Para que seja constituída uma UCC tem que existir uma candidatura voluntária de uma equipa multiprofissional, da qual devem, obrigatoriamente, constar os seguintes elementos (art. 8º): constituição da equipa; coordenador da equipa e respetivo endereço eletrónico; área geográfica de atuação; número de utentes inscritos e residentes; compromisso relativo à prestação de cuidados de saúde e plano de ação.

O processo de candidatura é apreciado pela Equipa Regional de Apoio (ERA) em articulação com o departamento de contratualização da respetiva ARS que, após audição do diretor executivo do ACeS, elabora no prazo de 30 dias, um parecer que vai fundamentar o despacho de aceitação ou recusa.

Legalmente, não é definido qual a carteira de serviços da UCC, precisamente porque a filosofia de base é a prestação de cuidados adaptados a uma determinada comunidade. No entanto, deve observar alguns princípios definidos no art.º 9. Assim sendo, os cuidados prestados devem ser definidos com base no diagnóstico de saúde da comunidade e, simultaneamente, com as estratégias do Plano Nacional de Saúde. Deverão, ainda, integrar-se no plano de ação do ACeS em estreita articulação com as restantes unidades. Incidindo, prioritariamente, nas seguintes áreas:

- Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade;
- Intervir em programas do âmbito da promoção e proteção da saúde e prevenção da doença na comunidade, tal como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade, (por exemplo, comissão de proteção de menores);
- Projetos de intervenção domiciliária, no âmbito da RNCCI;
- Projetos de promoção de estilos de vida saudável.

2 - Unidade de Cuidados na Comunidade - Projeto

Em 2013, aquando da fusão do ACeS Pinhal Litoral I com o ACeS Pinhal Litoral II, formando o ACeS PL, foi proposto pela nova Direção a constituição de uma UCC em Pombal. Destarte foi possível analisar todos os projetos e programas já em curso e ter a noção real das suas potencialidades e limitações.

Assim sendo, iniciou-se a realização de um plano de ação, cujo processo foi acompanhado pela ERA. Quando concluído foi apresentado à Direção Executiva do ACeS e após a sua aprovação foi remetido para a ERA que emitiu parecer técnico favorável, tendo sido homologado pelo Conselho Diretivo da ARS Centro, IP.

O Plano de Ação apresentado é constituído por:

- Introdução;
- Caracterização do seu âmbito de ação territorial, designadamente, caracterização geográfica, acessibilidades e transportes, caracterização populacional e indicadores demográficos e socio económicos;
- Caracterização do centro de saúde e suas unidades funcionais (neste capítulo estava também incluída uma análise da população inscrita que foi retirada em virtude de não ser autorizada a utilização de dados estatísticos obtidos a partir dos programas informáticos internos);
- Apresentação da carteira de serviços, sendo descrito para cada projeto: enquadramento, população alvo, objetivos, indicadores e metas, atividades, serviços mínimos, articulação e carga horária anual de cada profissional que intervém;
- Quadro com a carga horária anual total de cada profissional (que também foi retirado, para proteção de dados);
- Descrição das instalações e equipamentos necessários à prossecução da sua atividade.

2.1 Plano de Ação da UCC

Introdução

O Decreto-lei n.º28/2008, de 22 de fevereiro, republicado pelo Decreto-lei n.º137/2013, de 7 de outubro e Decreto-lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), sendo constituído por várias unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Cada uma destas unidades assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação entre elas. De acordo com o previsto no mesmo Decreto-lei, no seu artigo n.º 11, compete à UCC:

“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

A organização e funcionamento da UCC estão previstos no Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril, atribuindo-lhe como missão:

“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra”.

As UCC são fundamentais em cuidados de saúde primários, sendo constituídas por um grupo de profissionais que trabalham em estreita articulação com as restantes unidades do ACeS e parceiros de toda a comunidade.

O Plano de Ação para a UCC de Pombal foi estruturado para um horizonte temporal de três anos - 2014 a 2016.

Na elaboração do Plano de Ação foi considerada a realidade atual da população do concelho de Pombal, adaptada às suas características e necessidades fundamentais que serão descritas.

A UCC de Pombal compromete-se a assistir a comunidade na prestação dos cuidados descritos na carteira de serviços, dando continuidade a atividades já realizadas e propondo novas, de modo a providenciar uma resposta adaptada às necessidades detetadas.

Este plano não pretende ser ambicioso do ponto de vista da inovação de novos programas, mas antes pressupõe a melhoria de projetos já em funcionamento e a implementação de outros adaptados à comunidade na qual intervém.

Os recursos humanos necessários para dar resposta às necessidades identificadas, compreendem categorias profissionais pertencentes à equipa multidisciplinar já existente no Centro de Saúde (CS), como sejam, enfermeiras, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga, médicos, nutricionista, higienista oral, assistentes técnicos e operacional.

Para cumprir o seu desígnio julga-se necessário garantir recursos humanos, materiais e instalações que o permitam.

O Plano de Ação traduz, objetivamente, tudo aquilo que a equipa se propõe fazer, encontrando-se estruturado da seguinte forma: informação demográfica, social e económica da população correspondente à área de abrangência da UCC; apresentação da carteira de serviços da UCC e informações relativas às instalações e equipamentos necessários.

1. Caracterização do Concelho de Pombal

1.1 – Caracterização Geográfica

O concelho de Pombal encontra-se geograficamente enquadrado na região centro de Portugal (NUTSII), sub-região do Pinhal Litoral (NUTSIII), distrito de Leiria que possui cinco concelhos: Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto Mós. Limita a norte com o Baixo Mondego, a leste com o Pinhal Interior Norte e Médio Tejo, a sul com a Lezíria do Tejo e a oeste com Oceano Atlântico.

No distrito de Leiria, Pombal é o segundo maior concelho em população (55 217 Habitantes de acordo com os censos 2011)² e o maior em território com 626.1 Km². É limitado a norte pelos concelhos da Figueira da Foz e Soure, a leste por Ansião e Alvaiázere, a sueste por Ourém, a Sudoeste por Leiria e a oeste pelo Oceano Atlântico.

O concelho é constituído por 17 freguesias: Albergaria-dos-Doze, Abiúl, Almagreira, Carnide, Carriço, Guia, Ilha, Louriçal, Mata Mourisca, Meirinhas, Pelariga, Pombal, Redinha, Santiago de Litém, São Simão de Litém, Vermoil e Vila Cã. Com a reorganização territorial

²<http://www.pordata.pt/Municipios/Familias+classicas+segundo+os+Censos+total+e+por+numero+de+individuos-33>, acedido pela última vez a 20/11/2013

administrativa, a partir de Setembro de 2013 são agregadas as freguesias de Guia, Ilha e Mata Mourisca passando a designar-se de União das Freguesias da Guia, Ilha e Mata Mourisca; são, também, agregadas as freguesias de Santiago de Litém, São Simão de Litém e Albergaria-dos-Doze passando a designar-se de União das Freguesias de Santiago e S. Simão de Litém e Albergaria-dos-Doze (Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro de 2013).



Figura 2 - Concelho de Pombal.

1.2 – Acessibilidades e transportes

Pombal possui uma situação geográfica privilegiada sendo atravessado pelos três principais eixos viários de acessibilidade do país, nomeadamente, o IP1/A1, o IC1/EN109, IC2/EN1, IC8 e A17³.

A nível nacional encontra-se equidistante de Lisboa, 165 km, e Porto, 160 km. A nível regional situa-se a uma distância de 26 km de Leiria e 40 km de Coimbra.

Ao nível das acessibilidades internas, a sede do concelho posiciona-se centralmente perante a maioria das freguesias, com distâncias aproximadas entre os 10-15 km, à exceção de 6 freguesias que apresentam distâncias entre os 15-20 km, nomeadamente: Albergaria-dos-Doze, Carrico, Guia, Ilha, Lourical e Mata Mourisca.

A configuração dos transportes públicos do município de Pombal revela algumas deficiências, uma vez que a cobertura é limitada e reduzida em determinadas zonas, sendo o número de circulações diárias reduzido. O serviço regular de transporte coletivo é assegurado pela Rodoviária da Beira Litoral, S.A., Rodoviária do Tejo, S.A. e no centro de Pombal pelos Transportes Urbanos de Pombal – Pombus.

³ http://www.cm-pombal.pt/seu_municipio/ambiente/documentos/agenda21_local.pdf acedido pela ultima vez a 1/03/2014

A nível da rede ferroviária o concelho é servido por duas linhas: linha do norte e linha do oeste.

1.3 – Caracterização da população

1.3.1 – Indicadores demográficos

Com uma população de 55.217 indivíduos⁴ e uma área de 626.1 Km², o concelho de Pombal apresenta uma densidade populacional de 88.19 habitantes/ Km². Desde 2001 verificou-se um pequeno decréscimo da população residente que em 2001 era de 56.299 indivíduos.

Fazendo uma análise da população por freguesia podemos verificar a seguinte distribuição da população residente.

Freguesias	População residente
Albergaria-dos-Doze	1765
Abiul	2729
Almagreira	3076
Carnide	1647
Cariço	3653
Guia	2672
Ilha	1931
Louriçal	4720
Mata Mourisca	1835
Meirinhas	1775
Pelariga	2176
Pombal	17187
Redinha	2117
Santiago de Litém	2237
São Simão de Litém	1382
Vermoil	2656
Vila Cã	1659
Total	55217

Quadro 1 - População residente/freguesia. Fonte INE, Censos 2011.

A distribuição da população por sexo é relativamente equilibrada com um total de 26422 residentes do sexo masculino, para um total de 28795 residentes do sexo feminino, de acordo com os últimos censos de 2011⁵.

⁴<http://www.pordata.pt/Municipios/Familias+classicas+segundo+os+Censos+total+e+por+numero+de+individuos-33>, acedido pela última vez 20/11/2013

Quanto à evolução por grupo etário nos últimos dez anos, verificámos um decréscimo em todas excepto na população com 65 anos ou mais em que houve um aumento de 4.4%, como podemos verificar no seguinte Quadro.

Ano	População Residente	Grupo etário			
		0-14	15-24	25-64	65 e mais anos
2001	56299	8773	7912	28622	10992
2011	55217	7728	5862	28457	13170

Quadro 2 - Evolução da população residente/ grupo etário 2001-2011. Fonte INE, Censos 2011.

Relativamente à dimensão média das famílias verificou-se um ligeiro aumento de 2001, com 2.4, para 2011, com 2.6, o que coincide com a média nacional (INE, Censos 2011). Assim sendo, temos, de acordo com Censos de 2011 (INE, Censos 2011), 21.223 famílias: com um indivíduo 4.417, com dois indivíduos 7.163 e com três a cinco indivíduos 9.384.

Taxa Bruta Natalidade			Taxa Bruta Mortalidade		
	1981	2012		1960	2012
Portugal	15,5	8,5	Portugal	10,7	10,2
Pinhal Litoral	15,3	7,7	Pinhal Litoral	8,7	9,7
Pombal	15,2	6,6	Pombal	8,7	12,1

Quadro 3 - Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade. Fonte INE, PORDATA 2013⁶

Importa, ainda, referir que relativamente à taxa de natalidade Pombal segue a tendência nacional e da região Pinhal Litoral, registando um total de 360 nados vivos em 2012, apresentando uma variação negativa entre 2008 e 2012 de -132.

⁵ <http://www.pordata.pt/Municipios/Familias+classicas+segundo+os+Censos+total+e+por+numero+de+individuos-33>, acedido pela última vez a 20/11/2013

⁶ <http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+mortalidade-367>, acedido pela última vez a 15/10/2013
<http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-327>, acedido pela última vez a 15/10/2013

Quanto à taxa de mortalidade Pombal, de 663, apresenta uma taxa superior quer à nacional, quer à taxa da região Pinhal Litoral.

O Índice Vital de Pearl para o Concelho de Pombal é de 0.54 no ano de 2012.

	Índice de Dependência Total	
	2001	2012
Portugal	48,5	51,7
Pinhal Litoral	48,3	51,3
Pombal	55,4	58,5

Quadro 4 - Índice de Dependência Total. Fonte INE, PORDATA 2013

Segundo dados fornecidos pelo INE Pombal apresenta um índice de dependência total de 58.5%, o que significa um aumento de 3.1% nos últimos 10 anos, este é o concelho do Pinhal Litoral com maior índice de dependência.

	Índice de Dependência Idosos		Índice de Dependência Jovens		
	2001	2012	2001	2012	
Portugal	24,4	29,1	Portugal	24,1	22,5
Pinhal Litoral	23,8	29,1	Pinhal Litoral	24,5	22,3
Pombal	30,9	36,8	Pombal	24,5	21,7

Quadro 5 - Índice Dependência Idosos e Jovens. Fonte INE, PORDATA 2013

Deste índice de dependência total 36.8% corresponde à dependência de idosos e 21.7% à dependência dos jovens, representando mais de metade da população dependente e, conseqüentemente, mais vulnerável. Comparando com valores nacionais e regionais Pombal segue a tendência geral de aumento da dependência de idosos e diminuição da dependência de jovens, de salientar, no entanto, que apresenta a percentagem mais elevada do Pinhal Litoral no que se refere à dependência de idosos e a mais baixa no referente à dependência de jovens.

Índice de Longevidade

	2001	2012
Portugal	41,9	48,7
Pinhal Litoral	40,7	48,2
Pombal	41	51,8

Quadro 6 - Índice de Longevidade. Fonte INE, PORDATA 2013

Seguindo a tendência nacional e da região pinhal litoral o índice de longevidade aumentou nos últimos 10 anos, e mais uma vez Pombal apresenta o maior índice de longevidade da Região Pinhal Litoral.

1.3.2 – Indicadores sócio económicos

No concelho de Pombal podem identificar-se, em simultâneo, áreas industriais em vários centros urbanos, para além do sector terciário, presente nomeadamente na cidade de Pombal. Mas, também, extensas áreas rurais dedicadas quase exclusivamente ao sector primário. Relativamente à distribuição da população por sectores de atividade económica em 2011: 3.2% no sector primário (693), 38.8% no secundário (8.328) e 57.9% no terciário (12.409)⁷.

A taxa de desemprego situa-se, segundo dados do INE (2011), nos 9.14%, o que está abaixo da média nacional para o mesmo ano e também do Pinhal Litoral, como podemos verificar no gráfico seguinte.

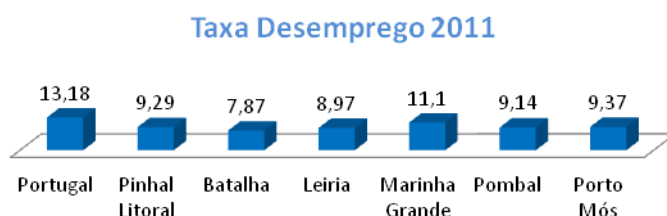


Gráfico 1 – Taxa de desemprego 2011. Fonte INE, Censos 2011

⁷ http://www.cm-pombal.pt/seu_municipio/ambiente/documentos/agenda21_local.pdf, acedido pela última vez a 06/09/2013

A taxa de analfabetismo tem vindo a diminuir, seguindo a tendência nacional, no entanto, mantém-se uma das mais altas do distrito o que indicia uma situação de vulnerabilidade que importa realçar.



Gráfico 2 - Taxa de Analfabetismo 2011. Fonte INE, Censos 2011

A taxa bruta de escolarização traduz a relação percentual entre o número total de alunos matriculados num determinado ciclo de estudos e a população residente em idade normal de frequência desse ciclo de estudos. No concelho de Pombal esta taxa é de 119,9 para o ensino básico e 139,9 para o ensino secundário, quanto à taxa bruta de pré-escolarização é de 91,8 (INE, 2012).

Relativamente à taxa de abandono escolar situa-se nos 1.19%, estando abaixo da média nacional (1.58%), no entanto, a mais alta do Pinhal Litoral, média 1.08% (INE, 2012).

No concelho existem várias associações culturais, recreativas, desportivas e comunitárias, sendo o dinamismo associativo mais intenso na sede de concelho (mais de 90 associações), seguindo-se as freguesias da Guia, Ilha, Louriçal e Redinha. No quadro seguinte podemos verificar que existem vários equipamentos sociais no concelho de Pombal.

Pombal	
Estrutura Residencial para Idosos	28
Centro de Dia	20
Centro de Convívio	3
Serviço de Apoio Domiciliário	19
Atendimento/Acompanhamento Social	2
Centro de Apoio à Vida	1
Centro de Atividades de Tempos Livres	10
Creches	19
Intervenção Precoce	1
Total	103

Quadro 7 - Equipamentos Sociais. Fonte Perfil de Saúde, ACES PL, 2013.

2. Centro de Saúde de Pombal

No final do ano de 2012 o Centro de Saúde de Pombal, anteriormente, ACeS Pinhal Litoral I é agregado ao ACeS Pinhal Litoral II, passando, conjuntamente, a designar-se ACeS Pinhal Litoral, agrupamento que se insere no distrito de Leiria e abrange a área geográfica dos concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós e Pombal.

Inicialmente o Centro de Saúde era constituído por sede e 17 extensões de saúde, coincidentes com as freguesias. Atualmente, encontram-se já reorganizadas algumas dando origem a quatro unidades funcionais: na zona oeste do concelho a UCSP Pombal Oeste constituída por Guia, Ilha, Mata Mourisca, Carriço e Fontinha, na sede UCSP Marquês e UCSP de S. Martinho e UCSP Sicó constituída por Albergaria-dos-Doze, Carnide, Meirinhas, Santiago de Litém, São Simão de Litém, Vermoil e Vila Cã. Mantém-se as extensões de Abiúl, Almagreira, Louriçal, Pelariga e Redinha.

A UCC de Pombal terá uma área de influência correspondente à totalidade do concelho, com sede no edifício do Centro de Saúde de Pombal, no centro da cidade.

2.1. Caracterização da População Inscrita

De acordo com Plano de Desempenho do ACeS Pinhal Litoral 2015, o centro de saúde de Pombal tem a 31/10/2014 um total de 57134 utentes inscritos frequentadores.⁸

3. Programas da Carteira Serviços da UCC

O CS de Pombal já possui um histórico de intervenção na comunidade. Assim sendo, a UCC pretende dar continuidade a esse trabalho com atividades já existentes e implementar outras, para dar resposta às necessidades.

As atividades da carteira de serviços da UCC vão incidir, prioritariamente, no âmbito da proteção/promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade; projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, violência e negligência; projetos de

⁸<http://www.arscentro.minsaude.pt/Contratilizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Plano%20de%20desempenho/2015/Plano%20de%20Desempenho%202015%20ACeS%20PL.pdf> acedido pela última vez a 29/04/2015

intervenção com indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Os projetos/programas da carteira de serviços seguidamente apresentados integram-se no plano de ação da UCC em estreita colaboração com as UCSP S. Martinho, UCSP Marquês, UCSP Pombal Oeste, UCSP Sicó, USP, URAP e restantes extensões de saúde do CS de Pombal:

- ✚ Saúde Escolar;
- ✚ Projeto do Adolescente
- ✚ Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) – Equipa Local de Intervenção (ELI)
- ✚ Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- ✚ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ);
- ✚ Rede Social;
- ✚ Rendimento Social de Inserção (RSI) - Núcleo Local de Inserção (NLI);
- ✚ Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- ✚ Programa de Intervenção para Promoção da Cidadania em Saúde;
- ✚ Projeto ATEC;
- ✚ Programa de Formação e Melhoria Contínua;
- ✚ Programa de Monitorização e Melhoria da Qualidade.

3.1 Saúde Escolar

A saúde escolar é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola. Promovendo o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida - Circular Normativa da Direção Geral de Saúde n.º7/DSE de 29/06/2006.

De acordo com os objetivos da Organização Mundial de saúde (OMS) e o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 surge o novo Programa Nacional de Saúde Escolar 2014 (PNSE 2014)⁹, Com o objetivo geral:

⁹https://www.google.pt/search?biw=1264&bih=933&noj=1&site=webhp&source=hp&q=programa+nacional+d+e+sa%C3%BAde+escolar+2014&oq=progra&gs_l=hp.1.0.35i39l2joi8.3551.4439.0.6933.7.6.0.0.0.147.726.0j5.5.0.msedr...0...1c.1.64.hp..3.4.579.0.tC2h6o3PCKE acedido pela última vez a 20/03/2015

“Melhorar o nível de literacia em saúde, promover a adoção de estilos de vida saudáveis e a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais e contribuir para um ambiente escolar seguro e saudável.”

Nas ARS cabe ao Departamento de Saúde Pública a responsabilidade na gestão do PNSE; em cada ACeS a gestão do PNSE é da responsabilidade da USP. De acordo com o novo plano as equipas de saúde escolar devem ser constituídas por profissionais das diferentes unidades funcionais. Assim sendo, surge neste contexto a equipa de saúde escolar de Pombal integrada no desenvolvimento das atividades da UCC, em parceria com a USP, URAP e restantes unidades funcionais.

3.1.1 – População Alvo

O programa de saúde escolar destina-se a todas as crianças e adolescentes inscritas no ensino pré-escolar, 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário e ensino profissional no parque escolar de Pombal.

O parque escolar de Pombal encontra-se organizado em três agrupamentos – Agrupamento de Escolas de Pombal, Agrupamento de Escolas Gualdim Pais e Agrupamento de Escolas da Guia - Escola Tecnológica e Artística de Pombal (ETAP), dois colégios, um externato e várias IPSS e instituições privadas que dão resposta ao nível do pré-escolar e 1º ciclo.

Assim sendo, o programa de saúde escolar da UCC irá abranger uma comunidade educativa com 7719 alunos nos agrupamentos de escolas, dos quais 5666 do ensino básico e 2053 do ensino secundário (ano letivo 2010/2011).¹⁰

3.1.2 – Objetivos

Facilitar o desenvolvimento de projetos que promovam o autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável.

Melhorar comportamentos de saúde intervindo sobre os seus principais determinantes e reduzir os fatores de risco, assumindo como áreas prioritárias as definidas no PNSE 2014: saúde mental e emocional, educação alimentar e atividade física, saúde oral, cuidados posturais e problemas músculo-esqueléticos, mobilidade segura e prevenção de acidentes,

¹⁰ <http://www.dgeec.mec.pt/np4/248/> acedido pela última vez a 20/02/2015

educação ambiental e saúde, promoção de afetos e educação para a sexualidade, comportamentos aditivos e dependências com ou sem substâncias psicoativas.

Colaborar ativamente no processo de inclusão de crianças e jovens.

Garantir o acompanhamento de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais (NSE): acompanhar, validar e elaborar o plano de saúde individual (PSI).

Capacitar a comunidade educativa na aquisição de competências adequadas ao acompanhamento de crianças e jovens com NSE.

Colaborar com a escola na avaliação da elegibilidade de alunos com NSE para a educação especial.

Promover o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e a referenciação de crianças que não realizam vigilância prevista no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Sinalizar para os NACJR as crianças e jovens vítimas de maus tratos e violência.

Contribuir para a promoção das práticas de higiene pessoal e coletiva

Cooperar na dinâmica dos Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno, no âmbito da educação para a saúde e educação escolar¹¹

Contribuir para ganhos em saúde e a redução dos problemas de saúde com maior impacto na mortalidade e morbidade da população infantil e juvenil, como a obesidade, o excesso de peso e os acidentes

3.1.3 – Indicadores e metas

Indicador	Metas		
	2013/2014	2014/2015	2015/2016
% Alunos com 6 anos com Exame Global de Saúde (EGS)			
% Alunos com 6 anos sem vigilância de saúde			
% Alunos com 13 anos com EGS			
% Alunos com 13 anos sem vigilância de saúde			
% Alunos do Pré-escolar com PNV atualizado			

¹¹ De acordo com legislação em vigor, Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de Abril

% Alunos de 6 anos com PNV atualizado			
% Alunos de 13 anos com PNV atualizado			
% Alunos com NSE			
% Alunos com NSE com plano individual de saúde			
N.º de ações de educação para saúde efetuadas			
% Crianças e Jovens por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE			
% Elementos da comunidade educativa abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem-estar em escolas com PNSE			
% Escolas abrangidas pelo PNSE			
% Alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem estar, segundo o nível de educação e ensino			
% Alunos abrangidos por projetos de promoção de saúde e bem estar segundo comportamento de saúde focado			

3.1.4 - Atividades

Gestão local das atividades de saúde escolar

Quem:	Enfermeira UCC
Como:	Reuniões com equipa local e avaliação de indicadores
Onde:	UCC
Quando:	Durante ano letivo
Avaliação:	N.º de ações de educação para saúde efetuadas % Escolas abrangidas pelo PNSE % Crianças e jovens por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE

Monitorização da realização de EGS, da vigilância de saúde dos alunos e cumprimento do PNV

Quem:	Enfermeiras UCC
Como:	Consulta do SINUS e das fichas de ligação, articulação com os pais/ encarregados de educação, escola e médico e enfermeiro de família da criança
Onde:	UCC
Quando:	Durante ano letivo
Avaliação:	% Alunos com 6 anos com EGS % Alunos com 6 anos sem vigilância de saúde % Alunos com 13 anos com EGS % Alunos com 13 anos sem vigilância de saúde % Alunos do Pré-escolar com PNV atualizado % Alunos de 6 anos com PNV atualizado % Alunos de 13 anos com PNV atualizado

Monitorização de alunos NSE e elaboração do plano individual de saúde

Quem:	Enfermeiras UCC
Como:	Mediante sinalização da escola, equipa de saúde familiar e/ou equipa da UCC, consulta das fichas de ligação e articulação com URAP e USP
Onde:	UCC e escola
Quando:	Durante ano letivo
Avaliação:	% Alunos com NSE % Alunos com NSE com plano individual de saúde

Realização e colaboração em projetos de promoção da saúde e bem-estar em escolas com PNSE

Quem:	Equipa de saúde escolar
Como:	Através de metodologias educativas
Onde:	Jardim-de-infância e Escolas com PNSE
Quando:	Durante ano letivo
Avaliação:	% Alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem-estar segundo o nível de educação e ensino % Alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem-estar segundo o comportamento de saúde focado % Elementos da comunidade educativa abrangidos por projetos de promoção da saúde e bem-estar em escolas com PNSE

3.1.5 – Serviços Mínimos

Não se aplica.

3.1.6 – Articulação

Articulação com os agrupamentos escolares, USP, URAP e restantes unidades funcionais, hospitais, NACJR e outros elementos da comunidade.

3.2 – Projeto do Adolescente

Adolescência é a fase da vida em que ocorre a transição para a vida adulta, sendo uma fase caracterizada por transformações profundas ao nível biológico e psicossocial. Como tal, um período conturbado marcado por dificuldades e conflitos externos e internos. A OMS considera adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos.

No início deste período acontece a puberdade que se define como o conjunto de mudanças no organismo que transformam o corpo infantil num corpo adulto, capaz de expressar-se eroticamente e de se reproduzir.

Existem vários problemas preocupantes associados a esta fase, em números (OMS, 2013)¹²:

- ❖ Em 2009 foi na faixa etária entre os 15 e os 24 anos que surgiram 40% das novas infeções por HIV;
- ❖ 11% Partos de todo o Mundo ocorrem em jovens entre os 15-19 anos;
- ❖ 20% Jovens e adolescentes sofrem de algum tipo de problema mental (por exemplo, depressão, distúrbios do humor, abuso de substâncias...).

¹² http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/index.html, acedido pela última vez a 15/10/2013

De acordo com a OMS a maioria das mortes ocorridas poderiam ser prevenidas: 11% devido ao HIV e tuberculose, 14% devido a acidentes rodoviários, 12% em consequência de atos violentos, 6% devido a suicídios (OMS, 2013)¹³.

Todos os factos acima descritos são extremamente preocupantes, assim sendo, esta UCC pretende dar resposta às necessidades dos adolescentes de uma forma individualizada, com garantia de confidencialidade, numa relação de empatia, confiança, respeito e isento de juízos de valor. Inicialmente esta resposta será dada no CS, no entanto, quando for possível, com número adequado de recursos humanos, pretende-se dar esta resposta na comunidade, nomeadamente, em contexto escolar.

3.2.1 – População Alvo

Adolescentes entre os 10 e os 19 anos do concelho de Pombal, por iniciativa própria ou sinalizados pela escola, encarregados de educação ou outros parceiros da comunidade.

3.2.2 – Objetivos

Acompanhar e apoiar os adolescentes nesta fase da sua vida dando resposta às suas necessidades, promover estilos de vida saudáveis, alertar/ prevenir comportamentos de risco e alertar/ prevenir consumo de substâncias, conduzindo-os a participar ativamente na sua saúde.

Avaliar os processos orgânicos e psico-emocionais, identificando pontos fortes e fatores de vulnerabilidade, ajudando o adolescente a gerir os mesmos.

Abranger 5% dos adolescentes no projeto.

3.2.3 – Indicadores e Metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
N.º de atendimentos do adolescente			
N.º de encaminhamentos			
N.º de divulgações/ sessões de formação			

¹³ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/index.html, acedido pela última vez a 15/10/2013

3.2.4 – Atividades

Realização de atendimentos ao adolescente

Quem:	Enfermeira, médica, nutricionista, psicóloga e/ou assistente social
Como:	Através de contacto direto, por marcação telefónica ou presencial, para as consultas. Os atendimentos podem ser não presenciais.
Onde:	Centro de saúde de Pombal
Quando:	Semanalmente, quarta-feira à tarde
Avaliação:	%atendimentos do adolescente

Articulação/ encaminhamentos

Quem:	Enfermeira, médica, nutricionista, psicóloga e/ou assistente social
Como:	Através de telefone, e-mail ou presencialmente
Onde:	UCC
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	N.º de encaminhamentos

Realização de divulgações/ sessões de formação

Quem:	Enfermeira, médica, nutricionista, psicóloga e/ou assistente social
Como:	Divulgações através de telefone, e-mail ou presencialmente Formação através das metodologias mais adequadas
Onde:	UCC e comunidade
Quando:	Sempre que planeado
Avaliação:	N.º divulgações/ sessões de formação

Gestão de material informativo/ contraceptivo

Quem:	Enfermeira
Como:	Requisição/ distribuição do material informativo, contraceptivo e outro necessário
Onde:	UCC
Quando:	Todo o ano
Avaliação:	

3.2.5 – Serviços Mínimos

Não se aplica

3.2.6 – Articulação

Articulação com os agrupamentos escolares, USP, URAP e restantes unidades funcionais, hospitais, NACJR e outros elementos da comunidade.

3.3 – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

De acordo com princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou

Incapacidade 2006-2009, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Ao abrigo do Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro, cria-se o SNIPI, o qual consiste num

“conjunto organizado de entidades constitucionais e de natureza familiar com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso do desenvolvimento”.

O SNIPI é desenvolvido através da ação coordenada dos Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, da Saúde e da Educação e Ciência, com envolvimento das famílias e da comunidade. Através da intervenção conjunta dos profissionais das diferentes instituições pretende-se proporcionar o mais adequado acompanhamento das crianças e suas famílias.

Para implementar o sistema constituem-se equipas pluridisciplinares com funcionamento transdisciplinar, designadas Equipas Locais de Intervenção (ELI).

Ao abrigo do artigo n.º 7 do Decreto-Lei n.º 281/2009, foi constituída a ELI de Pombal a 4 de maio de 2011, com sede no Centro de Saúde de Pombal. Abrange o concelho de Pombal, Ansião e Alvaiázere, sendo constituída pelos seguintes técnicos: 3 enfermeiras, 1 assistente social, 3 educadoras de infância, 1 psicóloga e 1 terapeuta da fala. Todos os técnicos a tempo inteiro, exceto as enfermeiras a tempo parcial.

3.3.1 – População Alvo

A intervenção precoce abrange as crianças dos 0 aos 6 anos que apresentem alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social, ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, e respetivas famílias. Residentes no concelho de Pombal, Ansião e Alvaiázere, ou integrantes em instituições de apoio à criança existentes nos respetivos concelhos, que cumpram os critérios de elegibilidade.

3.3.2 – Objetivos

Assegurar a proteção dos direitos e o desenvolvimento das suas capacidades das crianças.

Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações, com alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento.

Intervir, após a deteção e sinalização, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento.

Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação.

Aumentar a taxa de referenciação no CS de Pombal ao SNIPI.

Aumentar a taxa de referenciação ao SNIPI de crianças com idade igual e/ou inferior a 3 anos.

Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

3.3.3 – Indicadores e metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
N.º crianças referenciadas à ELI			
N.º crianças/famílias acompanhadas			
N.º de crianças em vigilância com avaliação periódica			
% de crianças/famílias com Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)			
N.º de VD realizadas no âmbito da saúde			
N.º de crianças encaminhadas para outros recursos de saúde			
N.º de crianças referenciadas pelo CS			
% De crianças com IP iniciada até aos 3 anos (inclusive)			

3.3.4 – Atividades

Coordenação das atividades da ELI e reuniões de equipa

Quem:	ELI
Como:	Através de reuniões de equipa quinzenais e sempre que necessário, contactos pelos meios mais adequados, marcação por iniciativa da equipa, proposta pela coordenadora. Elaboração do registo de movimento processual e estatística.
Onde:	UCC e sala de reuniões do CS Pombal
Quando:	Durante todo o ano. Reuniões da ELI quinzenais e sempre que necessário.
Avaliação:	N.º de Reuniões ELI N.º crianças/famílias acompanhadas N.º de crianças em vigilância com avaliação periódica

Identificação e avaliação de crianças e famílias elegíveis

Quem:	ELI
Como:	Utilizando a Escala de Desenvolvimento Growing Skills e lista de critérios de elegibilidade
Onde:	UCC, Domicilio e/ou Creche/Jardim-de-Infância
Quando:	Mediante agendamento
Avaliação:	N.º crianças avaliadas

Vigilância de crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica

Quem:	ELI
Como:	Utilizando a Escala de Desenvolvimento Growing Skills e lista de critérios de elegibilidade
Onde:	UCC, domicílio, instituições de apoio e ensino
Quando:	Mediante agendamento
Avaliação:	N.º de crianças avaliadas com vigilância periódica

Elaboração e execução do PIIP em função do diagnóstico da situação

Quem:	Gestor de caso em articulação com os restantes elementos e família
Como:	Entrevista em contexto familiar e reuniões de discussão de casos
Onde:	UCC/ CS ou escola
Quando:	No início e sempre que surja alguma alteração
Avaliação:	% de crianças/famílias com PIIP

Divulgação e ações de formação realizadas

Quem:	UCC e ELI
Como:	Divulgações e ações de formação
Onde:	Comunidade e UCC
Quando:	Durante o ano letivo
Avaliação:	N.º de sessões de divulgação do SNIPI à comunidade e outros técnicos/ serviços

3.3.5 – Serviços Mínimos

Durante o período de férias são assegurados por outro técnico dentro da ELI.

3.3.6 – Articulação

Articulações com restantes unidades funcionais, parceiros hospitalares e recursos da comunidade.

3.4 – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Com o Despacho n.º 31292/08 de 5 de dezembro foi criada a “Ação de saúde para crianças e jovens em risco” com o principal objetivo de criar uma resposta estruturada do SNS ao fenómeno dos maus tratos, através do desenvolvimento da “Rede Nacional de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco” nos cuidados de saúde primários e hospitalares.

Os NACJR são equipas pluridisciplinares que apoiam os restantes profissionais nesta área, articulando-se e cooperando com outros serviços e instituições¹⁴.

¹⁴ <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/rede-de-nucleos-da-ascjr/o-que-sao.aspx> acedido pela última vez a 3/02/2015

Ao nível dos CSP estas equipas devem ser constituídas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e outro profissional de saúde, da área social e ou saúde mental. Aos núcleos são atribuídas as seguintes atribuições¹⁵:

- Contribuir para a informação à população e sensibilizar os profissionais, dos diferentes serviços, para problemática das crianças e jovens em risco;
- Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais;
- Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens atendidos no CS, em articulação com as estruturas de vigilância pública;
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento de casos;
- Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucionais;
- Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos da comunidade;
- Mobilizar a rede de recursos internos para o CS e dinamizar a rede social de modo assegurar o acompanhamento de casos;
- Assegurar a articulação funcional com outros núcleos.

O NACJR de Pombal foi criado em 2007, sendo atualmente constituído por uma enfermeira, uma médica, uma psicóloga e uma assistente social.

3.4.1 – População Alvo

Crianças e jovens em risco, até aos 18 anos, e respetivas famílias residentes na área de abrangência da UCC.

3.4.2 – Objetivos

Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados.

¹⁵ <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/rede-de-nucleos-da-ascjr/o-que-sao.aspx> acedido pela última vez a 3/02/2015

Adequar os modelos organizativos dos serviços nesse sentido, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente.

Aumentar a taxa de crianças/ jovens em acompanhamento no NACJR após a sinalização.

3.4.3 – Indicadores e Metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
N.º de casos sinalizados			
% de casos em acompanhamento			
% de encaminhamentos			
N.º de sessões/divulgações de sensibilização e formação a outros técnicos			
N.º de sessões/divulgações de sensibilização e informação à comunidade			

3.4.4 – Atividades

Recolha/ organização da informação casuística de maus tratos em crianças e jovens, elaboração do plano individualizado de apoio à família (PIAF), dinamizar e assegurar acompanhamento dos casos

Quem:	Equipa NACJR
Como:	Articulação por via telefone ou e-mail, ou presencial. Realização de VD. Elaboração do PIAF. Análise das fichas de sinalização
Onde:	UCC, outras unidades de saúde e comunidade
Quando:	Quinzenalmente e sempre que necessário
Avaliação:	N.º de processos sinalizados % de casos com acompanhamento % de casos encaminhados

Apoio de consultadoria aos profissionais

Quem:	Equipa NACJR
Como:	Articulação por via telefone ou e-mail, ou presencial
Onde:	UCC e outras unidades de saúde
Quando:	Sempre que solicitado
Avaliação:	

Formação e sensibilização a profissionais e comunidade

Quem:	Equipa NACJR
Como:	Formação planeada ou oportunista
Onde:	UCC, outras unidades de saúde e comunidade
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	N.º de sessões/divulgações de sensibilização e formação a profissionais N.º de sessões/divulgações de sensibilização e informação à comunidade

3.4.5 – Serviços Mínimos

Assegurados por elemento do NACJR para a resposta inicial.

3.4.6 – Articulação

Articulação com as unidades funcionais do ACeS, parceiros hospitalares e recursos da comunidade.

3.5 – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

A promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens, atualmente, em Portugal enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme a Lei de Proteção das Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99 de 1 de setembro), processando-se a intervenção segundo um modelo que estabelece três níveis de ação:

1. No primeiro nível é atribuída a legitimidade às entidades competentes na área da infância e juventude, ou seja, as que têm ação privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação de tempos livres, entre outros.
2. No segundo nível, quando não seja possível às entidades mencionadas atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a ação das CPCJ, nas quais a saúde participa também.
3. No terceiro nível temos a intervenção judicial, que se pretende residual.

As CPCJ são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Lei n.º 147/99 de 1 de setembro), exercendo a sua competência na área do município onde têm sede.

A CPCJ de Pombal tem sede no Município de Pombal sendo constituída por comissão restrita e alargada conforme previsto na legislação.

3.5.1 – População Alvo

Crianças e jovens até aos 18 anos e respetivas famílias residentes no concelho de Pombal, que quando não seja possível às entidades de primeira linha, atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar CPCJ.

3.5.2 – Objetivos

Acompanhar todos os casos de crianças e jovens em situação de perigo, referenciados para CPCJ.

3.5.3 – Indicadores e Metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
N.º de processos sinalizados			
% Crianças e jovens/ famílias acompanhadas no âmbito da CPCJ, no serviço UCC			
% Processos com intervenção da saúde			
N.º de reuniões com presença do técnico de saúde			

3.5.4 – Atividades

Sinalização e identificação de situações de risco, articulação com o NACJR

Quem:	Representante na CPCJ
Como:	Ficha de sinalização
Onde:	UCC, Município de Pombal e comunidade
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	N.º de processos sinalizados

Gestão de processos atribuídos

Quem:	Representante na CPCJ
Como:	Análise e avaliação de processos referenciados
Onde:	Município de Pombal, UCC e Comunidade
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	% Crianças e jovens/ famílias acompanhadas no âmbito da CPCJ, no serviço UCC % Processos com intervenção da saúde

Reunião com a comissão restrita e com comissão alargada.

Quem:	Representante na CPCJ
Como:	Reuniões quinzenais da comissão restrita e reuniões da comissão alargada
Onde:	Município de Pombal
Quando:	Durante todo o ano
Avaliação:	N.º reuniões realizadas N.º de reuniões com presença do técnico de saúde

3.5.5 – Serviços Mínimos

Pelos elementos da comissão restrita da CPCJ.

3.5.6 – Articulação

Unidades funcionais do ACeS e recursos da comunidade.

3.6 – Rede Social

O Programa de Rede Social, criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de novembro, assenta numa estratégia de abordagem de intervenção social baseada num trabalho planeado, de parceria, visando aumentar a eficácia da ação das várias entidades, públicas e privadas, que atuam no concelho.

A Rede Social materializa-se através das Comissões Sociais de Freguesia (CSF) e de Concelhos Locais de Ação Social (CLAS), cabendo às Autarquias Locais promover a sua criação.

No concelho de Pombal a rede social é composta por um CLAS, criado em 2003, que integra um plenário e respetivo Núcleo Executivo (NE) e por CSF (neste momento apenas a CSF da Guia). No NE encontramos um representante da saúde, enfermeira da UCC, um representante da Segurança Social, um representante da ação social da Câmara, um representante da associação de industriais, um representante da educação, um representante das IPSS – idosos e outro da IPSS – infância, de acordo com o n.º 2 do artigo n.º 27 do Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de junho.

É a partir do CLAS que se refletem as necessidades e constrangimentos, potencialidades e oportunidades de desenvolvimento do concelho, e também onde se planeia e decide a intervenção.

Este é um órgão plenário de decisão representado por um elemento designado por cada entidade que dele faz parte, onde estão representadas as instituições públicas e privadas que diretamente intervêm no domínio social no Concelho de Pombal. Tem como objetivo contribuir para a consolidação do desenvolvimento do Concelho, adotando medidas concretas, concertadas e integradas que conduzam à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social.

A participação da UCC de Pombal no CLAS de Pombal permitirá conhecer melhor o grupo populacional pelo qual é responsável, emitindo pareceres sobre as respostas a dar às necessidades e problemas identificados, contribuindo com a sua intervenção ativa e integrada, para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica.

3.6.1 – População Alvo

População do concelho de Pombal.

3.6.2 -. Objetivos

Integrar os projetos comunitários dos diferentes parceiros sociais com relevância no âmbito da saúde.

Colaborar na resolução ou encaminhar devidamente os problemas das famílias/ indivíduos referenciados.

3.6.3 – Indicadores e metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
N.º de reuniões realizadas pelo NE			
% de reuniões do NE assistidas pelo elemento da UCC			
N.º de reuniões realizadas pelo CLAS			
% de reuniões do CLAS assistidas pelo elemento da UCC			
N.º de reuniões realizadas pelas CSF			
% de reuniões do CSF assistidas pelo elemento da UCC			
N.º de projetos comunitários com participação da UCC			

3.6.4 - Atividades

Desenvolvimento das atividades inerentes ao NE e participação nas reuniões

Quem: Enfermeira UCC

Como: Com a restante equipa de NE

Onde: CMP

Quando: Mensal e sempre que necessário

Avaliação: N.º de reuniões realizadas pelo NE
% de reuniões do NE assistidas pelo elemento da UCC

Desenvolvimento das atividades inerentes ao CLAS e participação nas reuniões

Quem: Enfermeira UCC

Como: Com a restante equipa de CLAS

Onde: CMP

Quando: Trimestral e sempre que necessário

Avaliação: N.º de reuniões realizadas pelo CLAS
% de reuniões do CLAS assistidas pelo elemento da UCC

Desenvolvimento das atividades inerentes ao CSF e participação nas reuniões

Quem:	Enfermeira UCC
Como:	Com a restante equipa de CSF
Onde:	Junta de Freguesia (JF)
Quando:	Trimestral e sempre que necessário
Avaliação:	N.º de reuniões realizadas pelas CSF % de reuniões do CSF assistidas pelo elemento da UCC

Colaboração nos projetos comunitários do Concelho

Quem:	Enfermeira UCC
Como:	Com a restante equipa
Onde:	CMP, JF, UCC
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	N.º de projetos comunitários com participação da UCC

3.6.5 – Serviços Mínimos

Não se aplica.

3.6.6 - Articulação

Unidades funcionais, Município de Pombal e outros parceiros da comunidade.

3.7 – Rendimento Social de Inserção - Núcleo Local de Inserção

O Rendimento Social de Inserção (RSI) consiste numa medida de proteção social criada para apoiar as pessoas e/ ou famílias que se encontrem em situação de grave carência económica e em risco de exclusão social sendo constituído por:

- Contrato de inserção para os ajudar a integrar-se social e profissionalmente;
- Prestação em dinheiro para satisfação das suas necessidades básicas.

Assim sendo quem recebe o RSI celebra e assina um Contrato de inserção onde constam um conjunto de deveres e direitos com objetivo de se integrarem social e profissionalmente (Segurança Social, 2015).

Os Núcleos Locais de Inserção (NLI) correspondem aos órgãos locais a quem compete a gestão processual continuada dos percursos de inserção dos beneficiários do RSI – Decreto-lei n.º 133/2012 de 27 de Junho e Lei n.º 257/2012 de 27 de agosto.

Os NLI têm a responsabilidade de elaborar e aprovar programas de inserção, a organização dos meios inerentes à sua prossecução e, ainda, o acompanhamento e avaliação da respetiva execução.

A saúde é também parceira fazendo parte dos NLI, partilhando as suas responsabilidades, através de uma enfermeira da UCC que integra esta equipa. A finalidade da sua intervenção é promover a vigilância de saúde dos beneficiários, promover o cumprimento do PNV dos beneficiários, promover ações de formação/ sensibilização no âmbito de cuidados de saúde, detetar, encaminhar e acompanhar as famílias com problemas específicos de saúde, como por exemplo alcoolismo ou toxicod dependência.

3.7.1 – População Alvo

Beneficiários do RSI e respetivos agregados familiares residentes no concelho de Pombal.

3.7.2 – Objetivos

Acompanhar 90% das famílias beneficiárias de RSI no cumprimento dos acordos de inserção na área da saúde

3.7.3 – Indicadores e metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
N.º de processos analisados			
N.º de ações contratualizadas na área da saúde			
% de beneficiários do RSI com acordo na área de intervenção de saúde acompanhados pela UCC			
N.º de VD realizadas			

3.7.4 – Atividades

Análise de processos dos beneficiários abrangidos pelo RSI

Quem:	Enfermeira UCC e restante NLI
Como:	Realização de reuniões quinzenais em conjunto com vários parceiros
Onde:	Serviço Local de Ação Social (SLAS)
Quando:	Quinzenalmente
Avaliação:	N.º de processos analisados

Deteção, acompanhamento e encaminhamento dos beneficiários do RSI e respetivas famílias

Quem:	Enfermeira UCC e restante NLI
Como:	Análise dos processos para verificação da vigilância de saúde, atualização do PNV e encaminhamento para unidades de saúde sempre que necessário.
Onde:	SLAS, UCC e comunidade
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	N.º de beneficiários do RSI acompanhados com acordo de inserção na área da saúde

Realização de VD

Quem:	Enfermeira UCC e restante NLI
Como:	Com a restante equipa de NLI sempre que avaliada a necessidade
Onde:	Comunidade
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	N.º de VD realizadas

3.7.5 – Serviços Mínimos

Não se aplica.

3.7.6 – Articulação

Com todas as unidades funcionais do centro de saúde e parceiros da comunidade.

3.8 – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) visa um novo paradigma de atuação centrado em cuidados integrados de reabilitação global, acompanhamento e manutenção, para pessoas com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, combinando simultaneamente, cuidados de saúde e de apoio psicossocial.

No Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, artigo 3º, alínea a) são definidos cuidados continuados integrados como

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A ECCI é definida como uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP 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 (DL 101/2006, de 6 de junho, artigo 27º).

Esta equipa apoia-se nos recursos locais (humanos e outros) disponíveis, no âmbito de cada CS e do serviço local da Segurança Social, conjugados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias. Integra os profissionais médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico e outros destinados à prestação de cuidados no domicílio, recorrendo à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do CS e da comunidade (DL 101/2006, de 6 de junho, artigo 27º).

A ECCI de Pombal foi criada em Janeiro de 2000 com 50 vagas, no entanto, em virtude da falta de recursos humanos foi, posteriormente, proposta a redução do número de vagas para 15. Funciona na sede do CS Pombal, sendo constituída por dois enfermeiros, um médico, uma assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista e uma fisioterapeuta, a tempo parcial.

A atividade domiciliária para esta equipa incorpora os princípios definidos para as atividades da rede e assegura, em estreita articulação com as outras equipas de prestadores, o cumprimento das seguintes atividades:

- ❖ Nas pessoas em situação de dependência: cuidados de saúde prestados no domicílio da pessoa em situação de dependência que, independentemente da causa ou idade, se encontre numa das seguintes situações:
 - Pessoas acamadas a maior parte do tempo e que dependam maioritariamente de terceiros para a realização das Atividades de Vida Diárias (AVD), com marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar autonomamente para fora dos seus domicílios;
 - Pessoas que pela intensidade dos cuidados necessários e decorrentes de critérios adiante apresentados, ultrapassam os limites da capacidade instalada das equipas;
- ❖ Aos familiares/cuidadores: suporte psicológico, formativo ou outro.

Numa fase inicial propõe-se uma ECCI com capacidade para 5 utentes, com horário 8-20 horas nos dias úteis, 9-12 horas fim-de-semana e feriado se necessário.

3.8.1 – População Alvo

Todas as pessoas com situação de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, dentro da área geográfica de abrangência da UCC Pombal, e cumulativamente:

- ❖ Necessidade de prestação de cuidados de saúde mais de três vezes por semana;
- ❖ Necessidade de prestação de cuidados de saúde mais de uma vez por dia;
- ❖ Necessidade de prestação de cuidados com intervenção superior a 90 minutos;
- ❖ Alta recente de unidade de internamento;
- ❖ Incapacidade de gestão do regime terapêutico;
- ❖ Necessidade de cuidados domiciliários para além dos dias úteis;
- ❖ Necessidade de cuidados domiciliários que requeiram grau de diferenciação que exceda a equipa básica: fisioterapia, psicologia, nutricionista.

Além dos critérios gerais de exclusão da RNCCI, consideram-se excluídos utentes que se encontram institucionalizados, incluindo lares e residências assistidas.

3.8.2 – Objetivos

Garantir o acompanhamento dos 5 utentes/familiares internados na ECCL e conseguir que 80% tenham visita domiciliária nas primeiras 24 horas após admissão na ECCL.

Desenvolver cuidados domiciliários promotores da saúde de índole preventiva, curativa e de reabilitação a indivíduos, famílias e grupos de risco.

Promover a autonomia dos utentes dependentes, assim como o reforço das suas capacidades e competências.

Desenvolver relações de parceria com estruturas de saúde, sociais de apoio domiciliário e criar estratégias de intervenção eficazes.

Manutenção de uma taxa de ocupação superior a 80 %.

3.8.3 – Indicadores e metas

Indicadores	Metas		
	2014	2015	2016
% de internados ECCI com 1ª visita nas primeiras 24 horas			
% internados na ECCI com registos mensais atualizados na plataforma da RNCCI			
Taxa de ocupação da ECCI			

3.8.4 – Atividades

Coordenação das atividades da ECCI e reuniões de equipa

Quem: Enfermeira UCC

Como: Através de reuniões de equipa semanais em que estarão sempre presentes as enfermeiras e restantes elementos da equipa que forem necessários para a discussão do caso em apreço, realização e atualização dos planos individuais, contactos pelos meios mais adequados.
Quinzenalmente reuniões com toda a equipa.
Reuniões com ECL sempre que convocados.

Onde: UCC e sala de reuniões do CS Pombal

Quando: Durante todo o ano

Avaliação:

Reuniões de equipa com cuidador principal

Quem: ECCI e Cuidador Principal

Como: Programado ou por iniciativa de elementos da equipa, sempre que há internamento da ECCI

Onde: UCC

Quando: Quinzenal e sempre que necessário

Avaliação:

Articulação com outros serviços

Quem: ECCI

Como: Através de contacto direto, e-mail, telefónico, plataforma da RNCCI ou outra forma de referenciação

Onde: UCC

Quando: Sempre que necessário

Avaliação:

Atualização de dados na plataforma da RNCCI e realização/atualização de base de dados da ECCI

Quem: ECCI

Como: Informaticamente na base de dados da ECCI e/ou plataforma da RNCCI

Onde: Sede da UCC

Quando: Sempre que necessário

Avaliação: % internados na ECCI com registos mensais atualizados na plataforma da RNCCI
Base de dados da ECCI

Transferência para outros níveis da RNCCI e encaminhamentos para outros serviços

Quem:	ECCL
Como:	Por iniciativa da ECCL ou por solicitação do utente/ cuidador. Através de contacto directo, e-mail, telefónico, na plataforma da RNCCI ou outro considerado conveniente
Onde:	UCC ou domicílio
Quando:	Sempre que necessário
Avaliação:	N.º de transferências para outros níveis da RNCCI N.º de encaminhamentos

3.8.5 - Serviços Mínimos

Assegurar prestação de cuidados de enfermagem no horário de funcionamento da ECCL.

3.8.6 – Articulação

Articulação com unidades funcionais do ACeS, Equipa Coordenadora Local (ECL), Equipa Coordenadora Regional (ECR), outros níveis de cuidados e outras tipologias da rede.

3.9 – Programa de Intervenção para Promoção de Cidadania em Saúde

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS) a promoção da cidadania em saúde corresponderá ao reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva.

Assim sendo, com este programa de intervenção pretendemos realizar iniciativas de sensibilização e educação para a saúde, tais como eventos relacionados com comemorações, dias específicos, ao nível institucional, local ou municipal. Visa a promoção da literacia, capacitação, empowerment e participação, tendo como eixos a difusão da informação credível e acessível, criando condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, bem como promovendo uma visão positiva em saúde.

3.9.1 – População Alvo

População do concelho de Pombal.

3.9.2 – Objetivos

Contribuir para o desenvolvimento da cidadania em saúde.

Promover a literacia e empowerment.

3.9.3 – Indicadores e metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
N.º de atividades planeadas			
N.º de atividades realizadas			
% de atividades realizadas			
N.º de participantes			
N.º de artigos publicados			
N.º de divulgações realizadas			
N.º de reuniões/contactos com parceiros			

3.9.4 – Atividades

Preparação, organização e divulgação de atividades

Quem: Equipa UCC

Como: Preparação/ organização / divulgação de actividades

Onde: UCC, comunidade, meios de comunicação social e CS

Quando: Sempre necessário

Avaliação: N.º de atividades planeadas

Realização de reuniões/ contactos com parceiros

Quem: Equipa UCC

Como: Reuniões/ contactos com parceiros

Onde: UCC ou local designado por parceiro

Quando: Sempre necessário

Avaliação: N.º de reuniões/ contactos com parceiros

Realização de ações/ sessões de educação para saúde

Quem: Equipa UCC

Como: Ações, sessões, rastreios.

Onde: Comunidade e CS

Quando: Sempre necessário

Avaliação: N.º de atividades realizadas

N.º de participantes

Divulgações e preparação de artigos para publicação

Quem: Equipa UCC

Como: Preparação da divulgação e pesquisa bibliográfica, redacção do artigo.

Onde: UCC

Quando: Sempre necessário

Avaliação: N.º de artigos publicados

N.º de divulgações realizadas

3.9.5 – Serviços Mínimos

Não se aplica.

3.9.6 - Articulação

Articulação com unidades funcionais do ACeS, comunidade e outros parceiros.

3.10 – Projeto “ATEC”

Em Junho de 2007 foi assinado um Protocolo para constituição de um Banco de Ajudas Técnicas de Pombal entre cinco instituições: Centro Distrital de Segurança Social – SLAS, Centro de Saúde de Pombal, Hospital Distrital de Pombal, Divisão de Ação Social do Município de Pombal e CERCIPOM.

O objetivo da criação deste banco foi rentabilizar os recursos existentes no concelho. Todas as instituições parceiras disponibilizaram as suas ajudas técnicas, que se encontram num armazém comum, estando registadas numa plataforma, à qual todas têm acesso. Sempre que alguém necessite, recorre ao banco e procede à disponibilização, mediante avaliação prévia.

3.10.1 – População Alvo

População do concelho de Pombal.

3.10.2 – Objetivos

Reunir para discussão de procedimentos, metodologias, práticas, resolução de problemas e gestão do ATEC e articular com serviços parceiros e, também, internamente.

Desenvolver atividades inerentes ao processo de empréstimo de ajudas técnicas à população de Pombal independentemente da instituição de origem.

3.10.3 – Indicadores e metas

Indicador	Metas		
	2014	2015	2016
% Reuniões de equipa			
N.º de avaliações realizadas			
N.º de doentes orientados para empréstimo			

3.10.4 – Atividades

Reuniões para discussão de procedimentos, metodologias, práticas, resolução de problemas e gestão do ATEC, articular com serviços parceiros e, também, internamente

Quem: Equipa do ATEC

Como: Plataforma do ATEC

Onde: UCC, comunidade

Quando: Ao longo do ano

Avaliação:

Atividades inerentes ao procedimento de empréstimo

Quem: Fisioterapeuta, assistente social e enfermeira

Como: Plataforma do ATEC

Onde: UCC, comunidade

Quando: Ao longo do ano

Avaliação:

3.10.5 – Serviços Mínimos

Não se aplica.

3.10.6 – Articulação

Articulação com as entidades parceiras, unidades funcionais e comunidade.

3.11 – Programa de Formação e Melhoria Contínua

O programa de formação tem como objetivo identificar e dar resposta às necessidades formativas de todos os profissionais que integram a UCC e que procuram um acompanhamento ao longo do seu desenvolvimento profissional para atualização e aprofundamento de competências.

Numa fase inicial e sempre que surjam novas atividades e/ou oportunidades o plano poderá estar sujeito a ajustamentos.

Prioritário será implementar estratégias no plano de formação para reforçar as competências relacionais e comunicacionais dos profissionais de saúde, tendo em conta as expectativas e necessidades dos cidadãos, com atenção particular a grupos de risco/vulneráveis.

3.11 – Necessidades formativas

Algumas das áreas já identificadas são correspondentes a todos os programas da presente carteira de serviços, em virtude da integração dos profissionais na unidade, tratando-se essencialmente de formação interna.

Os profissionais individualmente ou em grupo identificam as necessidades de formação, que serão propostas ao coordenador da UCC, carecendo da sua autorização. O plano de formação vai sendo sempre atualizado em função das necessidades.

A formação externa está sujeita ao número de horas consignadas em lei para o efeito, devendo, posteriormente, ser convertida em formação interna.

Os elementos com horário completo na UCC assumem, ainda, o compromisso de participar na orientação de estágios, desde que as instituições solicitem atempadamente, prestando todo o apoio à formação, assim como, na colaboração de trabalhos de investigação.

3.12 – Programa de Monitorização e Melhoria da Qualidade

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.

A carteira básica de serviços da UCC integrará os projetos e programas que tenham em conta a realidade de saúde e social do concelho de Pombal, não sendo esta realidade uma estática, a construção e evolução desta carteira tenderá a acompanhar a mesma.

O programa de monitorização e melhoria contínua é incluído na carteira básica de serviços desta UCC com o objetivo de melhorar os serviços prestados pela UCC e aumentar a satisfação de utentes e profissionais.

Será recolhida informação relativa aos indicadores, de forma periódica e organizada, com intuito de analisar a mesma e implementar medidas corretivas, sempre que se justifique.

6 – Carga Horária Anual Total

7 - Instalações e Equipamentos

As instalações da UCC serão no edifício da sede do CS de Pombal. De acordo com as orientações para a constituição e implementação das UCC¹⁶ a equipa carece de um posto de trabalho, preferencialmente open space, destinado às reuniões de preparação das atividades diárias, ajustado à dimensão desta equipa. Necessita também de uma sala de reuniões, que poderá ser partilhada com as restantes unidades funcionais, para reunir periodicamente e realizar outras atividades, tais como as reuniões com entidades parceiras ou ações dirigidas à população.

A UCC necessita, também, de um local de armazenamento dos materiais necessários à prossecução das suas atividades, onde conste um armário com material clínico a ser utilizado exclusivamente pela ECCI, com sistema de reposição por níveis de consumo.

Sugeríamos que aquando da organização do espaço se considere a hipótese de as instalações da URAP e USP ficarem próximas.

A prestação de cuidados da UCC assenta essencialmente na intervenção no domicílio ou comunidade pelo que se torna imprescindível a existência de viaturas disponíveis para assegurar o transporte dos profissionais.

Será necessário, também, a aquisição de fardamento/batas necessárias à prestação de cuidados no domicílio e as respetivas identificações institucionais para profissionais. Para a ECCI e realização de outras atividades asseguradas por esta unidade, será necessário assegurar o fornecimento de medicação, material de consumo clínico, material hoteleiro e administrativo.

¹⁶ <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientações-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-na-comunidade-pdf> acedido pela última vez a 17/11/2014

3 - Conclusão

A base do SNS são os cuidados de saúde primários que, sendo essenciais, são também os que mais têm contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em qualquer país.¹⁷

De acordo com Ferreira, A. (2014, p. 87-91) em Portugal ainda existe uma sobre oferta de recursos destinados a cuidados curativos, revelando, em contrapartida carência na prestação de cuidados prolongados e domiciliários, onde a necessidade é elevada, principalmente “*pela inversão demográfica e pela elevada carga de doença dos idosos e dos muitos idosos*”. Urge, portanto, investir nos cuidados domiciliários e continuados.

De acordo com o mesmo autor também as áreas da educação para a saúde e da prevenção, são ainda muito descuradas, “*Portugal investe apenas o equivalente a 2.1% da despesa corrente em saúde*” nos programas de prevenção, podendo o futuro estar comprometido se não for aumentado significativamente o investimento neste sector (Ferreira, A., 2014, p. 87-91).

No contexto da reforma dos CSP, as UCC surgem como resposta quer ao nível dos cuidados domiciliários, quer ao nível da prevenção, sendo as únicas a prestar cuidados enquanto equipas multiprofissionais numa perspetiva holística.

As UCC atuam ao nível individual em situações muito específicas, numa perspetiva de complementaridade, recaindo predominantemente a sua ação na comunidade, dirigida a cidadãos, famílias ou grupos com especial vulnerabilidade e risco, ou na comunidade mas dirigida à mesma como um todo.

A UCC de Pombal, tal como já foi referido anteriormente, está integrada no ACeS Pinhal Litoral, no qual existem mais três UCC: Marinha Grande, Leiria e Porto Mós. Todas foram recentemente constituídas, no decorrer do ano de 2014. A UCC de Pombal iniciou a sua atividade a 1 de Outubro de 2014, sendo a UCC mais recente do ACeS Pinhal Litoral. É contudo, provavelmente, uma das mais antigas nas atividades desenvolvidas e *modus operandi*.

O projeto que foi apresentado constitui o plano de ação da UCC de Pombal, ainda que com

¹⁷ <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientações-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-na-comunidade-pdf> acedido pela última vez a 17/11/2014

algumas alterações, como por exemplo, no programa de saúde escolar onde foi utilizado o novo PNSE.

O ponto de partida para elaboração deste plano foi a necessidade de concentrar os diferentes projetos pré existentes numa carteira de serviços estruturada. Desta forma foi possível dar uma maior visibilidade ao trabalho comunitário que já era desenvolvido, ainda que de uma forma muito incipiente e pouco organizada, rentabilizar os recursos disponíveis e justificar a necessidade de recursos, principalmente enfermeiros, e melhorar, significativamente, os cuidados prestados a este nível.

Com a realização do plano de ação foi demonstrada a necessidade, que se vinha a sentir na prática, de dar resposta às reais necessidades da população, justificando assim a integração de profissionais de enfermagem, ainda que aquém das necessidades, o que permitiu melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Em toda a região centro, de acordo com o Relatório de Atividades da ERA da ARS, Centro IP de 2014, verificou-se um aumento do número de UCC como se pode aferir no gráfico seguinte.

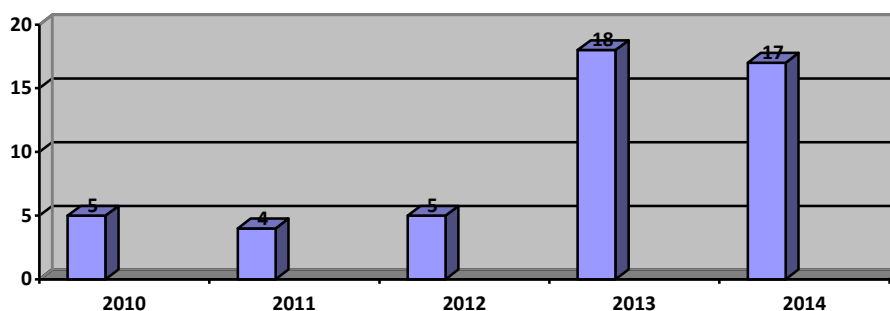


Gráfico 3 - Evolução do número de UCC na região centro por ano. Fonte: Apresentação da ERA, 2015.

De acordo com o mesmo relatório, atualmente 80,4% da população da região centro já se encontra abrangida por UCC, o que corresponde a 51 dos 77 concelhos com UCC em atividade. Muito provavelmente devido à metodologia adotada por esta entidade de reunir regularmente com as UCC em atividade ou a abrir a curto prazo.

Ao nível nacional, dados disponibilizados pela ACSS (2015)¹⁸, em abril de 2015, existiam 238 UCC em atividade.

¹⁸ http://www.acss.min-saude.pt/Portal/0/estat_nacional_2015_04_02_11_36_44.pdf acedido pela ultima vez a 29/04/2015

Neste contexto de alargamento da cobertura das UCC importa, agora, desenvolver mecanismos que permitam aferir e quantificar os resultados e ganhos em saúde para população e para o sistema de saúde, permitindo verificar a efetividade dos processos e intervenções.

Numa fase inicial apenas era realizada contratualização com as USF. Em 2015 iniciou-se a contratualização com as UCC, tal como é referido pela ACSS (2015):

“O processo de contratualização permite a definição negociada de objetivos, de indicadores e metas que contribuem para o aumento da responsabilidade e do compromisso das equipas pela obtenção de elevados patamares de desempenho assistencial e económico-financeiro, pelo que no caso das UCC devem ser consideradas as seguintes áreas de contratualização a nível nacional: Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Cuidados Continuados integrados (ECCI), Núcleo de apoio a Crianças e Jovens em risco (NACJR)/ Comissão de Proteção de Crianças e jovens (CPCJ); Preparação para a parentalidade / preparação para o parto; Projetos de intervenção comunitária; Redes Sociais da Comunidade.”¹⁹

No ano de 2015 todas as UCC do ACeS Pinhal Litoral contratualizaram, com base num conjunto de indicadores já operacionalizados com os respetivos bilhetes de identidade passíveis de serem monitorizados. Tal feito constitui mais um avanço na evolução desta tipologia de unidades, uma vez que significa que já existe uma preocupação efetiva com a monitorização do trabalho desenvolvido neste nível de intervenção dos CSP.

Apesar da pouca experiência efetiva no que concerne à prática profissional integrada no âmbito das UCC, comparativamente com os largos anos de existência do SNS, ficou claro que independentemente do rumo que se venha a tomar na área de saúde, não mais faz sentido falar em CSP sem contemplar os serviços prestados por estas unidades. Comunidade, prevenção, educação para a saúde, trabalho em equipa tornaram-se palavras-chave que não só definem a essência de uma UCC, como também dos CSP.

¹⁹ <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia-Contratualiza%C3%A7%C3%A3o-CSP-2015.pdf> acedido pela ultima vez a 29/04/2015

Bibliografia

Monografias e Periódicos

Biscaia, André R. et al (2008). *Cuidados Saúde Primários em Portugal*. Lisboa: Padrões Cultural Editora

Campos, António C. (2014). Entrevista a António Correia de Campos. *Gestão Hospitalar*. julho 2014, p. 25

Campos, António C. et al (2014). *40 Anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina

Campos, António C., Simões, Jorge (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina

Ferreira, António (2014). *A Reforma do Sistema de Saúde*. Vila do Conde: Verso da História

DGS (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: DGS

DGS (2011), *Maus tratos em crianças e jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: DGS

Estorninho, Maria João (2008). *Organização Administrativa da Saúde*. Coimbra: Almedina

Fernandes, Benjamim Vieira (2011). *A organização das Unidades de Cuidados na Comunidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho

Lopes, Licínio (2010). Coordenadores Otero, Paulo, Gonçalves, Pedro. *Tratado de Direito Administrativo Especial*. Volume III, Coimbra: Almedina

Segurança Social (2015). *Guia Prático Rendimento Social de Inserção*, Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP

Simões, Jorge (2004). *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Almedina

Legislação

Circular Normativa da Direção Geral de Saúde n.º7/DSE de 29/06/2006, Programa Nacional de Saúde Escolar

Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro

Decreto-lei n.º 11/93, de 15 de janeiro

Decreto-lei n.º 335/93, de 29 de setembro

Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de maio

Decreto-lei n.º 60/2003, de 1 de abril

Decreto-lei n.º 173/2003, de 1 de agosto

Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro

Decreto-lei n.º 80/2005, de 3 de junho

Decreto-lei n.º 42/2006 de 23 de fevereiro

Decreto-lei n.º 222/2007, de 29 de maio

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho

Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de junho

Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro

Decreto-lei n.º 102/2009, de 11 de maio

Decreto-lei n.º 281/2009, de 6 outubro

Decreto-lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro

Decreto-lei n.º 133/2012 de 27 de junho

Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro

Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro

Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro

Despacho n.º 31292/2008 de 5 de dezembro

Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril

Lei n.º 56/79 de 15 de setembro

Lei n.º 48/90 de 24 de agosto

Lei n.º 147/99 de 1 de setembro

Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro

Lei n.º 45/2005 de 29 de agosto

Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto

Lei n.º 11-A/2013 de 28 de janeiro

Lei n.º 257/2012 de 27 de agosto

Norma n.º 10 - Direção-geral de Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, de 31 de maio de 2013

Orientação da DGS n.º 014/2013. Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano Letivo 2013/2014

Portaria n.º 164/2012, de 22 de maio

Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro

Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril

Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de novembro

Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, DR I Serie-B N.º 276 – 29 de novembro de 2000

Internet

ARSC, IP retirado de <http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Paginas/aces.aspx> acedido pela última vez a 10/09/2014

Ministério da Saúde (2012) retirado de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/servicos/servicospersonalizados.htm> acedido pela última vez a 10/09/2014

https://www.google.pt/search?biw=1264&bih=933&noj=1&site=webhp&source=hp&q=programa+nacional+de+sa%C3%BAde+escolar+2014&oq=progra&gs_l=hp.1.0.35i39l2joi8.3551.4439.0.6933.7.6.0.0.0.147.726.0j5.5.0.msedr...0...1c.1.64.hp..3.4.579.0.tC2h6o3PCKE
acedido pela última vez a 20/02/2015

<http://pns.dgs.pt/> acedido pela última vez a 06/09/2013

http://www.cm-pombal.pt/seu_municipio/ambiente/documentos/agenda21_local.pdf acedido pela última vez a 06/09/2013

http://blog.srsleiria.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/10/Plano_de_Accao_2014-16.pdf acedido pela última vez a 19/11/2013

<http://blog.srsleiria.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/07/PerfildeSaudeACESPL.pdf>, acedido pela última vez a a 15/10/2013

<http://www.pordata.pt/Municipios/Familias+classicas+segundo+os+Censos+total+e+por+numero+de+individuos-33>, acedido pela última vez a 20/11/2013

<http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+mortalidade-367>, acedido pela última vez a 15/10/2013

<http://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+bruta+de+natalidade-327>, acedido pela última vez a 15/10/2013

<http://pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>, acedido pela última vez a 15/10/2013

<http://pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>, acedido pela última vez a 15/10/2013

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/index.html, acedido pela última vez a 15/10/2013

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/en/index.html, acedido pela última vez a 15/10/2013

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/index.html, acedido pela última vez a 15/10/2013

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a06.pdf> , acedido pela última vez a 30/10/2013

<http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525> acedido pela última vez a 16/10/2013

<http://www.umcci.min-saude.pt/Paginas/Default.aspx> acedido pela última vez a 15/10/2013

<http://www.dgeec.mec.pt/np4/248/>, acedido pela última vez a 20/02/2015

<http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/rede-de-nucleos-da-ascjr/o-que-sao.aspx> acedido pela última vez a 3/02/2015

<http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/rede-de-nucleos-da-ascjr/o-que-sao.aspx> acedido pela última vez a 3/02/2015

<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientações-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-na-comunidade-pdf> acedido pela última vez a 17/11/2014