



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S.JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PLANO DE AÇÃO DE UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC) DO CONCELHO DE ALANDROAL

CLÁUDIA DE JESUS DIAS XAVIER ROMA PEREIRA

Orientação: ERMELINDA DO CARMO VALENTE
CALDEIRA

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária*

Relatório de Estágio

Évora, 2013

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S.JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**PLANO DE AÇÃO DE UNIDADE DE CUIDADOS NA
COMUNIDADE (UCC) DO CONCELHO DE
ALANDROAL**

CLÁUDIA DE JESUS DIAS XAVIER ROMA PEREIRA

Orientação: ERMELINDA DO CARMO VALENTE CALDEIRA

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária*

Relatório de Estágio

Évora, 2013

*“A cidadania não é atitude passiva,
mas ação permanente, em favor da comunidade.”*

(Tancredo Neves)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar aqui expresso os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que ao longo deste percurso foram, das mais diversas formas, um importante apoio na consecução dos objetivos.

Á professora Ermelinda Caldeira, docente da Universidade de Évora- Escola Superior de São João de Deus, orientadora do relatório, pela sua disponibilidade e todo o apoio prestado.

Aos profissionais de saúde e funcionários do Centro de Saúde de Alandroal e Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa, pelo auxílio prestado no percurso deste trabalho de intervenção comunitária.

A todas as entidades do concelho de Alandroal, pelo seu contributo como mais-valia para o processo de diagnóstico e parceria.

Á minha família, que me apoiou e ajudou a ultrapassar os obstáculos que surgiram. A sua confiança e fé neste trabalho foram, e serão sempre, um motivo de ânimo.

Á minha filha Leonor de três anos, pelas vezes que me desligou o computador...

Muito Obrigada!

SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APITE – Associação de Proteção aos Idosos da Freguesia de Terena

ARS – Administração Regional de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSA – Centro de Saúde de Alandroal

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EIC – Equipas de Intervenção Comunitária

ERA - Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

GNR – Guarda Nacional Republicana

IP – Instituição Pública

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

PDS – Plano de Desenvolvimento Social

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

URAP – Unidades de Recursos e Assistência Partilhada

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP – Unidade de Saúde Pública

RESUMO

O Estágio que serviu de base a este relatório define-se como um processo de aprendizagem que implica a aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista e o aperfeiçoamento e capacidade de raciocinar e resolver problemas em Enfermagem Comunitária.

De acordo com o previsto no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, “*em cada Centro de Saúde funciona, pelo menos, uma Unidade de Saúde familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) ou serviços desta.*”.

No Centro de Saúde de Alandroal não está constituída uma Unidade de Cuidados na Comunidade. Este Funciona apenas como uma UCSP. Este trabalho foi realizado com o objetivo geral de elaborar um Plano de Ação de UCC para o concelho de Alandroal que suporte a candidatura à Administração Regional de Saúde IP e definiram-se como objetivos específicos: reunir contributos para o diagnóstico social e de saúde do concelho de Alandroal; definir prioridades de atuação tendo por base o levantamento das necessidades de saúde e sociais; fixar os objetivos do plano de ação da UCC; selecionar as estratégias do plano de ação da UCC; preparar operacionalmente o plano de ação da UCC; e definir os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC.

O trabalho desenvolvido teve por base o “Planeamento em Saúde” o que pressupôs estruturar o Plano de Ação da UCC de uma forma planeada e participada com a coresponsabilização dos diversos parceiros.

ABSTRACT

Action Plan for the Community Care Unit of the Municipality of Alandroal

This report is based on an internship that defines itself as a learning process which implies the Specialist's knowledge and abilities, as well as the improvement and capacity of thinking and solving problems, in Community Nursing.

According to what is established by n° 2, Article 7th, from the Decree-Law n° 28/2008, of February 22, *“on each Health Centre it works, at least, a FHU (Family Health Unit) or a PHCU (Personalized Health Care Unit) and a CCU (Community Care Unit) or its services.”*

There is no constituted UCC in Alandroal's health centre, it works only as a PHCU. This work was done with the general aim of creating an action plan for a UCC to the municipality, that could be able to support, regarding the application to the Regional Health Department IP, and there were settled the following specific aims: to gather contributes to the social and health diagnosis of the municipality of Alandroal; to define acting priorities according to the social and health needs. For the UCC action plan the goals were: to set the objectives; to select strategies; to prepare and set operational the plan; and to define its evaluation indicators.

The developed work was based in the “Planning in Health”, which supposes to structure the UCC action plan in a planned and shared way with the implication of the different partners.

ÍNDICE

	Pág.
1. Introdução.....	14
2. Análise do contexto.....	16
2.1 Caracterização do ambiente de realização do estágio final.....	18
2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos.....	22
2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.....	24
3. Análise da população alvo/utentes.....	27
3.1 Caracterização geral da população alvo/utentes.....	27
3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo.....	41
3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população-alvo.....	44
3.4 Recrutamento da população alvo.....	48
4. Análise reflexiva sobre os objetivos.....	52
4.1 Objetivos a atingir com a população alvo.....	53
5. Análise reflexiva sobre as intervenções.....	56
5.1 Metodologia.....	57
5.2 Fundamentação das intervenções.....	58
5.3 Análise sobre as estratégias acionadas.....	67
5.4 Recursos materiais e humanos envolvidos.....	71
5.5 Contatos desenvolvidos e entidades envolvidas.....	75
5.6 Análise da estratégia orçamental.....	76
5.7 Cumprimento do cronograma.....	77
6. Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo.....	79
6.1 Avaliação dos objetivos.....	79
6.2 Avaliação da implementação do programa.....	80
6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas.....	81
7. Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas.....	83
Conclusão.....	90
Referências bibliográficas.....	93
<u>Apêndices</u>	97
Apêndice I - Projeto de Estágio: Plano de Ação de UCC do Concelho de Alandroal.....	98

Apêndice II – Guião de cada entrevista -diagnóstico da situacional.....	113
Apêndice III – Plano de Ação de UCC do concelho de Alandroal.....	120
Apêndice IV – Orçamento para Elaboração do Plano de Ação da UCC.....	188

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Mapa do concelho de Vila Viçosa.....	19
Figura 2 – Mapa do concelho de Alandroal.....	27
Figura 3 – Configuração final do Território Educativo de Alandroal.....	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico I – Pirâmide Etária de Vila Viçosa.....	20
Gráfico II – Evolução da População Residente no concelho de Alandroal.....	29
Gráfico III – Evolução e Distribuição da população de Alandroal por Freguesias	29
Gráfico IV – Pirâmide Etária de Alandroal.....	30
Gráfico V – Estrutura Etária por Freguesias do concelho de Alandroal.....	31

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro I – Freguesias do concelho de Vila Viçosa, área geográfica e população residente.....	19
Quadro II – Distribuição da população residente no concelho de Vila Viçosa por grupo etário e sexo.....	20
Quadro III – utentes inscritos no CS de vila Viçosa por grupo etário e sexo.....	21
Quadro IV – Elementos da equipa de base e da equipa colaboradora da UCC de Vila Viçosa e respetivas horas semanais.....	23
Quadro V – Indicadores demográficos do concelho de Alandroal.....	32
Quadro VI – Tipo de Alojamento por freguesias no concelho de Alandroal.....	33
Quadro VII – Alojamentos familiares de residência habitual, segundo a existência de infraestruturas básicas.....	34
Quadro VIII – Nº de famílias Clássicas e institucionais no concelho de Alandroal.....	34
Quadro IX – População Escolar do Concelho de Alandroal (Ano Letivo 2012/2013)....	37
Quadro X – Alunos transportados pela frota camarária/freguesia (Ano Letivo 2012/2013).....	37
Quadro X I – Alunos subsidiados pelo Município de Alandroal (Ano Letivo 2012/2013).....	38
Quadro XII – Distância das Unidades de Saúde à sede do CS de Alandroal.....	39
Quadro XIII - Utentes do CS de alandroal inscritos/ freguesias.....	40
Quadro XIV – Nº de utentes inscritos no CS de Alandroal/ faixa etária e sexo.....	40
Quadro XV – Nº de elementos por categoria profissional do CS de Alandroal.....	41
Quadro XVI – Necessidades de Intervenção social e de saúde e respetivas áreas de Atuação do concelho de Alandroal.....	42
Quadro XVII – Prioridades de Intervenção segundo o método “grelha de Análise”.....	43

Quadro XVIII – Áreas prioritárias de intervenção e pacotes da UCC44

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Ratio de horas para Equipa de saúde Escolar para o Alandroal.....	72
Tabela 2 – Ratio de Horas para ECCI para o Alandroal.....	73
Tabela 3 – Ratio de horas e nº de enfermeiros respetivos para intervenção Comunitária no Alandroal.....	73
Tabela 4 – Nº de horas de enfermagem para Intervenção Comunitária no concelho de Alandroal/atividade.....	74

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e define-se como um processo de aprendizagem que implica a aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista e o aperfeiçoamento e capacidade de raciocinar e resolver problemas em Enfermagem Comunitária.

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

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

Com a nova política de saúde e com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pretende-se prestar cuidados de saúde personalizados e de maior qualidade visando ganhos em saúde das populações (Missão Para os Cuidados de Saúde Primários, 2009). A propósito, o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção

No Centro de Saúde de Alandroal não está constituída uma Unidade de Cuidados na Comunidade. Este Funciona apenas como uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Acresce ainda o fato de ter sido proposto em reunião de Equipa de

Coordenadores de UCC da Administração Regional de Saúde Alentejo, IP (ARS Alentejo, IP), a necessidade da implementação de uma UCC para o concelho de Alandroal, ou em alternativa a elaboração de um plano de ação conjunto com a UCC de Vila Viçosa até Abril de 2013. É neste contexto que foi proposto no Estágio Final que decorreu de Fevereiro a Junho de 2013 a elaboração de um plano de ação de UCC para o Concelho de Alandroal que suporte a candidatura à ARS Alentejo, IP.

Deste modo o relatório descrito nestas páginas tem por base o projeto de intervenção comunitária intitulado “ Plano de Ação de Cuidados na Comunidade (UCC) do concelho de Alandroal” tendo como objetivo geral: Elaborar um Plano de Ação de Unidade de Cuidados na Comunidade no concelho do Alandroal para candidatura à ARS Alentejo, IP e como objetivos específicos: a) definir prioridades de atuação tendo por base o levantamento das necessidades de saúde e sociais do concelho; b) fixar os objetivos do plano de ação da UCC; c) selecionar as estratégias do plano de ação da UCC; d) preparar operacionalmente o plano de ação da UCC; e e) definir os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC.

Estruturalmente, o relatório está organizado em sete capítulos que se complementam. Num primeiro momento analisa-se o contexto da implementação de uma UCC, enquadrado na reforma dos CSP e particularizando-se para o concelho de Alandroal. Em seguida faz-se uma caracterização do ambiente de realização do estágio: Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa e do processo de aquisição de competências adquiridas. Em seguida caracteriza-se a população alvo do projeto. O quarto capítulo é dedicado aos objetivos do projeto e transporta-nos para a descrição e reflexão sobre as intervenções que sustentam este relatório, metodologias, estratégias e recursos envolvidos. O sexto capítulo é dedicado à avaliação de todo o processo. Por ultimo seguir-se-á uma análise reflexiva das competências mobilizadas e adquiridas como Especialista de Enfermagem Comunitária e terminará com a conclusão.

O relatório está ainda organizado de acordo com o Anexo I do Programa do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na área relativa à estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Unidade de Cuidados na Comunidade: Candidatura

Com o intuito de fundamentar o processo de candidatura de uma UCC considera-se importante fazer uma breve revisão ao Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (Despacho 10143/2009 e Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro) e ao Documento de Suporte à Implementação da UCC (2009).

O programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os Cuidados Saúde Primários como o pilar central do sistema de saúde.

Nas linhas de ação prioritárias para o desenvolvimento dos Cuidados Saúde Primários (Jan./ 2006) refere que, “...*foi possível identificar alguns princípios que se vêm revelando fundamentais para a modernização dos centros de saúde como o “coração” do SNS e a estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde. De entre esses princípios destacam-se os seguintes: orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e responsabilização melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação.*”

O desenvolvimento da reforma dos Cuidados Saúde Primários demonstra que os profissionais dos Cuidados Saúde Primários, querem e podem trabalhar para o utente, famílias e comunidades, assim se lhes deem condições de trabalho. Nesta linha de pensamento, a reforma dos CSP visa tornar o sistema menos hospitalocêntrico e mais orientado para a prevenção da doença, para a proximidade entre o cidadão e os profissionais de saúde porque tal melhora a saúde. Pretende construir um sistema de saúde mais flexível e orientado para o cidadão, socialmente mais útil (MCSP, 2009)

O Dec. Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro contextualiza esta reforma e cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). O objetivo do ACES é aumentar a autonomia organizativa e colocar a gestão mais próxima do terreno. São serviços descentralizados da respetiva ARS. Assim, surgem as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Recursos e Assistência Partilhados (URAP) e as UCSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados). As URAP e as USP (Unidades de Saúde Pública) são transversais a cada agrupamento e têm como função uma URAP, gerir os recursos

humanos partilhados pelas diferentes unidades funcionais de um agrupamento; a outra (USP) visa promover a vigilância epidemiológica de todo o ACES.

As USF e as UCSP são unidades dirigidas para um ficheiro de utentes/famílias a quem se presta cuidados de vigilância da saúde e tratamento na doença ao longo do seu ciclo vital.

Uma Unidade de Cuidados na Comunidade presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A área geográfica de intervenção de cada UCC deverá corresponder à área geográfica do Centro de Saúde respetivo, podendo subdividir-se em áreas geográficas mais pequenas, de acordo com as problemáticas territoriais, a dimensão da população, bem como as suas necessidades de saúde e sociais (densidade populacional, acessibilidades, problemas sociais e de saúde identificados, índice de envelhecimento, entre outros) e a dispersão geográfica da área de intervenção desse centro de saúde (de acordo com o previsto no nº 2 de Artigo 7º, do decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, em cada cento de saúde, componente de um ACES, funciona, pelo menos, uma UCC ou serviços desta).

A equipa da UCC assenta em equipas multiprofissionais autónomas, designadas por Equipas de Intervenção Comunitária (EIC) para abordagens a grupos/comunidades em diferentes contextos e de acordo com o Plano Nacional de Saúde, por Equipas de Cuidados Continuados (ECCI) e por Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) para a intervenção à população idosa e/ou dependente.

Consideram-se áreas chave de desenvolvimento do seu plano de ação: intervenções com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência; intervenção em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade; projetos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população ao longo do ciclo de vida; intervenção integrada com

indivíduos dependentes e famílias/cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Cabe também à UCC a prestação de cuidados especializados, designadamente a preparação para a parentalidade, acompanhamento de comunidades de utentes do foro psiquiátrico, entre outros.

As atividades, projetos ou programas a seguir enunciados, integram a UCC, devendo, cada unidade, definir e contratualizar o seu plano de ação em conformidade com o diagnóstico efetuado:

- a) Diagnóstico de saúde da comunidade em parceria com a USP e a Rede social;
- b) Projetos de Intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade como projetos de luta contra a pobreza e exclusão social, projetos de desenvolvimento social, no âmbito da Rede Social e outras intervenções previstas no Plano Nacional de Apoio aos Idosos, projetos previstos no Plano de Desenvolvimento Social e outras intervenções territoriais de âmbito nacional ou comunitário;
- c) Proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, através dos programas já instituídos como sejam: Programa Nacional de Saúde Escolar; Proteção dos trabalhadores contra riscos de exposição aos agentes biológicos;
- d) Programa Nacional de Promoção e Proteção da Saúde nos Locais de Trabalho e Plano de Promoção e Vigilância da Saúde dos Trabalhadores em articulação com a USP.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O estágio que este relatório descreve desenvolve-se no Centro de Saúde de Vila Viçosa, na Unidade de Cuidados na Comunidade do concelho de Vila Viçosa.

O concelho de Vila Viçosa possui cerca de 5% do total da população do Alentejo Central, tem uma densidade populacional de 45,5% e ocupa uma área aproximadamente de 195km², que corresponde a 2,6% do distrito de Évora. Pertence ao Distrito de Évora e localiza-se na Região Alentejo, no Sul de Portugal. É confinado a Norte pelos Concelhos de Elvas e pelo distrito de Portalegre, a Sul pelo concelho de Alandroal a Oeste pelos concelhos de Borba e Redondo. Abrange uma área de cerca de 194.62,22 Km² e é composto por 5 freguesias e correspondentes aglomerados, a freguesia mais urbana é a

de Vila Viçosa (Conceição) abrangendo uma área de 32,79 km², sendo que a freguesia rural que ocupa maior território é a freguesia de Ciladas (São Romão) com uma área de 107,54 km² (Fig.1). Tem ainda a freguesia de São Bartolomeu em Vila Viçosa com características urbanas e as freguesias rurais de Pardais e Bencatel.



Fig.1 – Mapa do concelho de Vila Viçosa

O concelho de Vila Viçosa registou um ligeiro decréscimo populacional entre 2001 e 2011 que ronda os 552 habitantes (-6,22%), ao contrário do que aconteceu na Região e no País que apresentaram variações negativas, ainda que ligeiras. Na década decorrida entre 2001 e 2011, verificou-se um envelhecimento da população, ocorrido pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade.

Concelho	Freguesias	Área Km2	População Residente 2011	Densidade Populacional Hab. /Km2 2011
Vila Viçosa	Bencatel	36,26	1679	42,7
	Ciladas	107,54	1071	
	Vila Viçosa (Conceição)	32,79	4165	
	Pardais	17,83	546	
	Vila Viçosa (S. Bartolomeu)	0,21	858	
	Total	194,62	8319	

Quadro I – Freguesias do Concelho de Vila Viçosa, Área geográfica e População residente
Fonte: Censos 2011

A evolução da população segundo os grupos etários, apresenta-se semelhante à estrutura da população do país, exceto o número de indivíduos da faixa etária dos 25-64 anos que teve uma diminuição no município de Vila Viçosa face ao aumento no País.

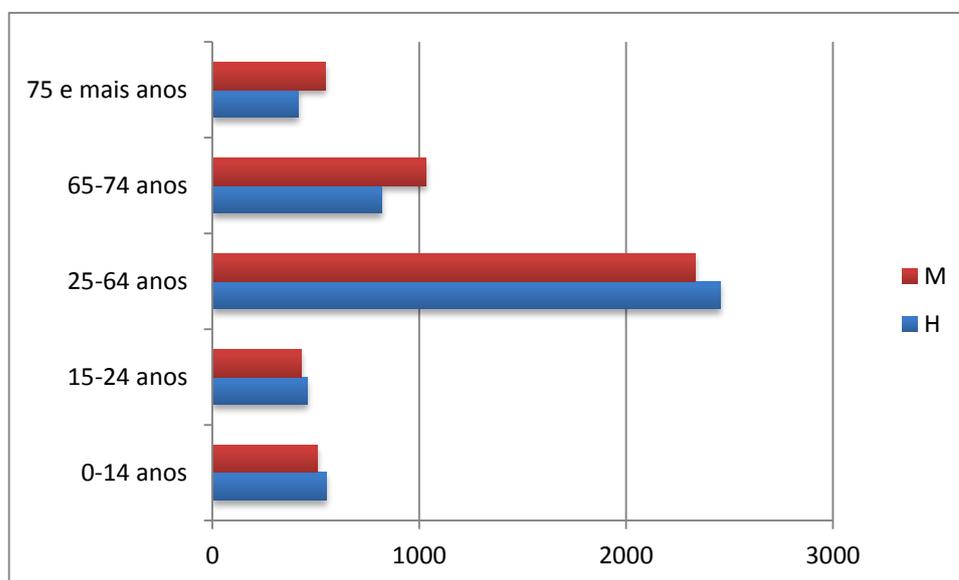
Verifica-se um envelhecimento tanto da base como do topo, indicando baixa taxa de natalidade, grande número de adultos, e uma razoável expectativa de vida, a chamada “transição demográfica”, indicando envelhecimento da população.

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Masculino/Feminino
0-14 Anos	550	507	1057
15 - 24 Anos	457	429	886
25 - 64 Anos	2454	2 336	4 790
65 E mais anos	819	1 034	1 853
Total	4280	4306	8 586

Quadro II - Distribuição da população residente no concelho de Vila Viçosa por grupo etário e sexo

Fonte: INE Estimativas Anuais da População Residente, 2010

Gráfico 1: Pirâmide Etária Vila Viçosa, 2011



Baseado em dados de Anuário Estatístico da Região do Alentejo – 2010 Ano de Edição: 2011

A tendência de diminuição da população residente tem sido progressiva pelo menos desde 1960. Esta década marca o ponto de rutura no contínuo crescimento

demográfico verificado entre o início do século e o final dos anos 50. Este decréscimo no crescimento populacional deve-se essencialmente ao gradual declínio da atividade agrícola e à concentração dos serviços e indústrias nos grandes centros urbanos.

O Centro de Saúde de Vila Viçosa tem 8.777 utentes inscritos, o que não perfaz o número total de habitantes do concelho. Esta população distribui-se da seguinte forma por grupo etário e sexo (ver quadro III):

Grupos etários	Masculino	Feminino	Total	%
0-4 Anos	167	136	303	3,46
5-9 Anos	167	162	329	3,75
10-14 Anos	208	195	403	4,59
15-19 Anos	214	207	421	4,80
20-24 Anos	235	221	456	5,20
25-29 Anos	281	255	536	6,11
30-34 Anos	291	272	563	6,41
35-39 Anos	329	333	662	7,54
40-44 Anos	331	291	622	7,09
45-49 Anos	363	372	735	8,37
50-54 Anos	337	336	673	7,67
55-59 Anos	294	295	589	6,71
60-64 Anos	225	250	475	5,41
65-69 Anos	214	238	452	5,15
70-74 Anos	212	261	473	5,39
75 E + anos	450	635	1085	12,36
Totais	4318	4459	8777	

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

Fonte: Centro de Saúde Vila Viçosa Base dados SINUS – Fevereiro, 2013

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

Os programas de carteiras de serviço que a UCC de Vila Viçosa contratualizou visam: a) Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade 2) Intervir em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar; 3) Integrar projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão

social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, tais como: acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado; participar nas atividades inerentes à rede social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos socioeconómicos; integrar projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam: cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; cuidados de reabilitação física; apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI; e por último integrar projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

De um modo geral, a equipa que constitui a UCC de Vila Viçosa neste momento dá resposta aos seguintes programas: Projeto de Intervenção Precoce; Saúde Escolar; Plataforma Contra a Obesidade; Equipa Coordenadora Local da RNCCI; Equipa Cuidados Continuados Integrados; Rendimento Social de Inserção; Rede Social e Saúde Ocupacional.

A UCC de Vila Viçosa funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 20h e Fins-de-semana e Feridos das 8h às 12h. Atende telefonicamente de segunda a sexta-feira das 8h às 20h e Fins-de-semana e Feridos das 8h às 12h.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

De acordo com Durán (1989), é necessário identificar os recursos humanos e os recursos materiais, pois o resultado de uma atividade é o resultado do uso de recursos e da forma como são utilizados.

A composição e motivação de uma equipa de trabalho é um aspeto da máxima importância para o sucesso de qualquer projeto de âmbito comunitário. A missão para os Cuidados de Saúde Primários reforça que a reforma dos Cuidados de Saúde Primários

depende da motivação dos profissionais para integrar equipas multiprofissionais e para trabalhar em equipa “ *A reforma dos cuidados dos saúde primários (CSP), iniciada em 2005, visa melhorar o desempenho dos centros de saúde através da sua reorganização em equipas multiprofissionais. O conceito essencial é trabalho em equipa. O elemento estrutural central é o de equipa.*” (Ministério da Saúde, 2010).

Tal como foi referido anteriormente, o estágio que serviu de base a este relatório decorreu na UCC de Vila Viçosa, e como tal contou com os recursos humanos e materiais desta. A equipa é composta por 1 enfermeira Chefe (Coordenadora), 1 enfermeira, 1 assistente operacional, uma assistente operacional, uma médica, uma psicóloga, uma terapeuta da fala, uma fisioterapeuta e uma higienista oral.

Equipa de base	Profissionais	Nº de horas semanais
	1 Enfermeiro chefe (coordenador)	29h
	1 Enfermeiro	35H
	1 Assistente operacional	35H
	1 Assistente técnico	35H
Equipa colaboradora	1 Médico	6h
	1 Higienista oral	2h
	1 Fisioterapeuta	4h
	1 Terapeuta da fala	4h
	1 Psicóloga	2h

Quadro IV - Elementos da equipa de base e da equipa colaboradora da UCC de Vila Viçosa e respetivas horas semanais

Fonte: Plano de Ação da UCC de vila Viçosa, 2010

Relativamente ao espaço físico estes profissionais ocupavam as instalações destinadas à UCC, no rés-do-chão da Unidade de Saúde de Vila Viçosa que também é composta por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. As instalações são novas, tendo sido inauguradas em Dezembro de 2013, e com boas condições de acesso. A equipa ocupa 5 gabinetes (Coordenação, ECL, Polivalente, Higiene Oral e um Armazém) e conta com uma viatura para a realização de todo o trabalho domiciliário e na comunidade.

2.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único do cuidado. É nesta interatividade que emerge com todo o seu efeito potencial formador, na interação com o doente, a família, com os grupos, com as equipas de trabalho e outros meios, que permitirá transformar o vivido em experiência e essa experiência em saberes, inscritos ao longo da vida pessoal/ profissional.

Segundo Serrano et. al. (2012) a resposta à variedade de relações que se estabelecem nos comportamentos observados, sustentados pelos vários paradigmas, e a existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem (saber empírico ou ciência de enfermagem, saber ético, saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem) mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar) e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transparência para outras situações).

Santos (1993) acrescenta ainda que várias têm sido as reflexões e práticas no domínio da formação em que se realçam as dimensões qualificantes dos contextos de trabalho como produtor de competências quer do domínio cognitivo (capacidade de tratamento das informações, raciocínio lógico e mais geralmente de saberes fazer mentais com elevado grau de polivalência) quer no domínio sócio relacional (autonomia, responsabilidade, motivação, sentido de iniciativa e capacidades relacionais).

Para os autores citados anteriormente é consensual que a formação é essencial e que o processo de cuidar nos diferentes contextos de trabalho coloca o desafio no desenvolvimento das capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências.

Segundo Benesse (1991) citado por Costa (1998:35) as competências “ *não são o desenvolvimento de dons inatos, nem a consequência de um «stock» inicial de informações, mas um processo interminável e inacabado de formação contínua, em que se desempenha um papel dinâmico a alternância entre a experiência, a prática, a reflexão crítica e as aquisições essenciais de conhecimentos*”.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b), o artigo 4º refere que são quatro os domínios das suas competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A Enfermagem Comunitária é a área de especialização em enfermagem que mais interage com o indivíduo no seu meio, no seu espaço sem barreiras protetoras ou subterfúgios. “ *A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade (...), assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde*” (OE, 2010:1).

O regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária refere que este integra as competências comuns e as especializadas, que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e/ou projetos de intervenção. Para isso, evidenciam-se, entre outras, as atividades de coordenação, gestão e avaliação dos cuidados aos indivíduos, famílias e/ou grupos (OE, 2010).

Segundo o Dec. Lei nº 28/2008 artigo 15 b) “ *o coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional*”. Deste modo tal designação impõe desafios e exigências ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, nomeadamente no que concerne à otimização das suas competências, em particular no âmbito do planeamento estratégico em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes.

Perante o contexto descrito, como enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, pretende-se que ao longo deste processo de competências referidas,

acrescidas das seguintes: desenvolver/ aprofundar conhecimentos na elaboração de um plano de ação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade; conceber e implementar o projeto de intervenção comunitária, definido de acordo com as necessidades da população e da comunidade; contribuir ativamente para o desenvolvimento da enfermagem e do trabalho na comunidade em parceria; desenvolver capacidades técnicas, comunicacionais e de liderança para os problemas detetados; e promover o acesso à equidade a cuidados de saúde específicos na comunidade.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO ALVO/UTENTES

Na realização de um projeto torna-se necessário “circunscrever o campo de análises empíricas no espaço geográfico e social, e no tempo” (Quivy e Campenhoudt, 1992:159).

A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos), que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1999). A população Alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. Definiu-se como população alvo do projeto de intervenção que serve de base a este relatório: A População Residente no Concelho de Alandroal.

3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO ALVO/UTENTES

Localização



Figura 2 – Mapa do Concelho de Alandroal

O concelho de Alandroal situa-se no sul do país, no Alentejo Central e mais especificamente no distrito de Évora. Este concelho faz fronteira com o concelho de Vila Viçosa (a Norte), de Elvas (a Nordeste), de Redondo (a Oeste), de Reguengos de Monsaraz e Mourão (a Sul). Faz ainda fronteira com Espanha (a Este) ao longo de uma linha de 60km delineada pelo Rio Guadiana.

Enquadramento Geodemográfico

Com 542Km² de área, o concelho de Alandroal é constituído por seis freguesias, Capelins, Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora do Loreto, Santiago Maior, São Braz dos Matos e São Pedro. Por sua vez estas seis freguesias reportam-se a três vilas, Alandroal, Juromenha e Terena e a quinze aldeias, Aldeia de Faleiros, Ferreira de Capelins e Montejuntos, Rosário, Cabeça de Carneiro, Casas de Mares, Lages, Marmelos, Orvalhos, Pias, Seixo, Sete Casinhas, Venda, Mina do Bugalho e Hortinhas.

Em termos de área, a freguesia do Loreto é a freguesia mais pequena do concelho, ocupando apenas 5,5% do total da sua área, e a freguesia de Alandroal é a maior com uma ocupação de 30,3% da área total.

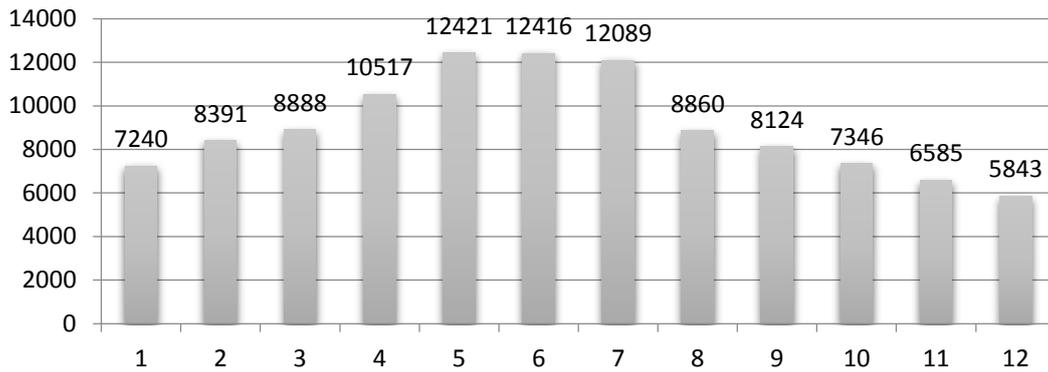
As povoações do concelho encontram-se geograficamente bastante dispersas, existindo por esse motivo múltiplas habitações em montes de difícil acesso.

A região do Alentejo é, simultaneamente, a maior e menos povoada região do país, abrangendo uma área que corresponde a aproximadamente 5,53% da população de Portugal Continental.

O concelho de Alandroal tem 5843 habitantes. A freguesia de Santiago Maior tem 2292 habitantes e destaca-se como a freguesia com maior densidade populacional, seguindo-se da freguesia de Nossa Senhora da Conceição com 1867 habitantes. Nossa Senhora do Loreto é a freguesia que apresenta menor densidade populacional com apenas 107 habitantes.

A tendência de diminuição da população residente tem sido progressiva pelo menos desde 1960. Esta década marca o ponto de rutura no contínuo crescimento demográfico verificado entre o início do século e o final dos anos 50. Este decréscimo no crescimento populacional deve-se essencialmente ao gradual declínio da atividade agrícola e à concentração dos serviços e indústrias nos grandes centros urbanos.

Gráfico II – Evolução da População Residente no Concelho de Alandroal

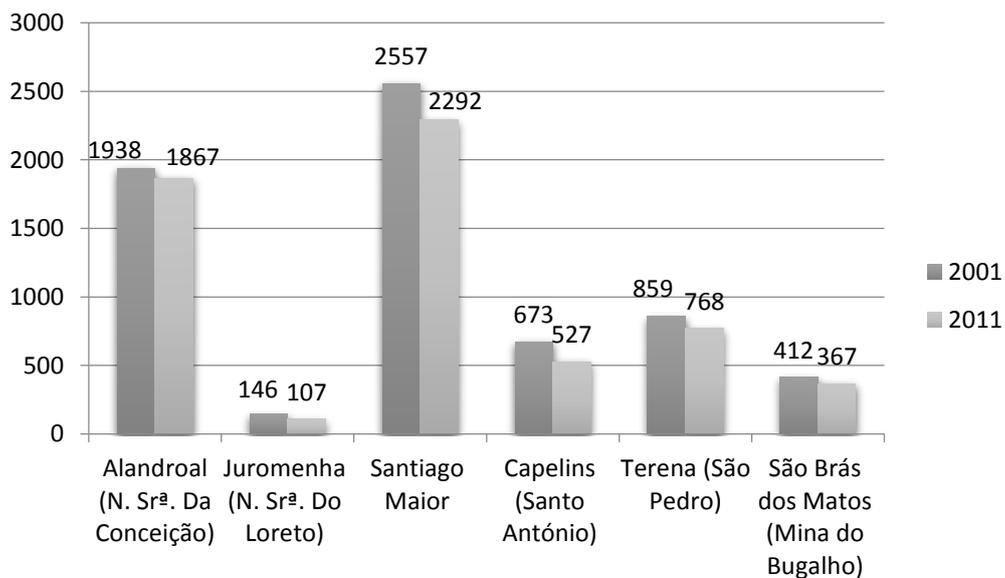


Fonte: INE, Censos 2011

1900; 1910; 1920; 1930; 1940; 1950; 1960; 1970; 1981; 1991; 2001; 2011

Pela análise do gráfico II e III verifica-se que entre as décadas de 1900 e 1950 se registou um crescimento da população local na ordem dos 29%, enquanto, nas décadas de 1960 e 2011 houve uma inversão dessa tendência e registou-se uma perda de população de aproximadamente 50%. Na década de 1970 registou-se uma diminuição da população em relação à década de 1960 de cerca de 26%. Nas décadas seguintes, 1981, 1991, 2001 e 2011 os decréscimos foram, respetivamente de 9,58 e de 11,27%.

Gráfico III – Evolução e Distribuição da População de Alandroal por Freguesias

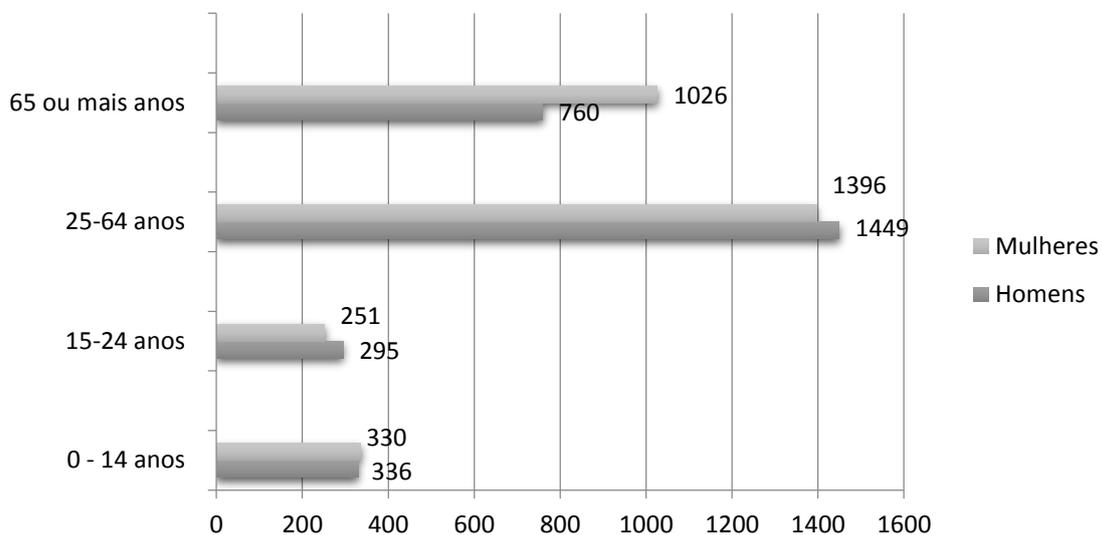


Fonte: INE, Censos 2011

Os fluxos migratórios da população do concelho para os grandes centros urbanos, para o litoral e para os núcleos urbanos dos concelhos vizinhos têm vindo a provocar uma tremenda erosão demográfica, existindo mesmo freguesias no concelho onde o despovoamento poderá chegar a representar, se não for contrariado a tempo, uma morte a longo prazo.

Analisando a Pirâmide Etária do concelho de Alandroal verifica-se uma forte tendência para o envelhecimento da população. Nesta perspetiva há um maior número de indivíduos com idades entre os 25 e os 64 anos e com mais de 65 anos do que com idades entre os 15 e os 24 e com menos de 14 anos (ver gráfico IV).

Gráfico IV - Pirâmide Etária de Alandroal



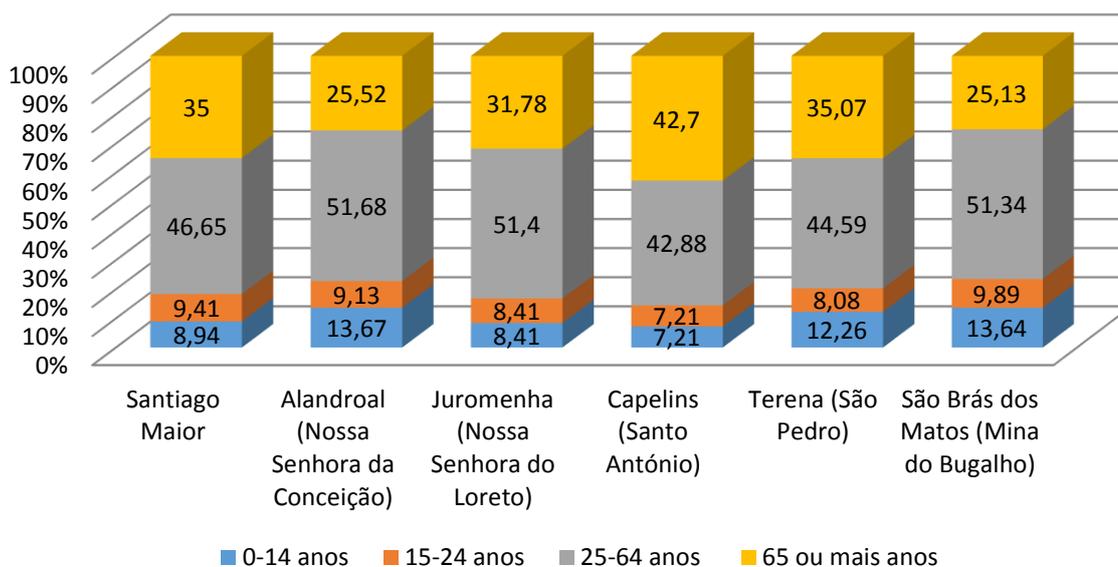
Fonte: INE, Censos 2011

Feita a análise da estrutura etária concelhia importa proceder a uma análise por freguesia.

São comuns a todas as freguesias as elevadas percentagens de pessoas com 65 anos ou mais e as reduzidas percentagens de jovens entre os 0 e os 14 anos de idade. No que respeita à população ativa (25-64 anos) verificam-se também percentagens relativamente baixas e que revelam um decréscimo em relação aos anos anteriores.

É nas freguesias de Capelins (42,7%), Terena (35,07%) e Santiago Maior (35%) que esta situação se torna mais preocupante. As freguesias de Alandroal e de São Brás dos Matos são as que apresentam uma maior percentagem de crianças entre os 0 e os 14 anos e também uma menor percentagem de pessoas com 65 anos ou mais (ver gráfico V).

Gráfico V – Estrutura Etária por Freguesias do concelho de Alandroal



Fonte: INE, Censos 2011

Conclui-se que na maioria das freguesias do concelho de Alandroal a percentagem de indivíduos com 65 anos ou mais é superior à percentagem de indivíduos entre os 0 e os 14 anos e entre os 15 e os 24 anos.

Pela análise do quadro V, a estrutura populacional encontra-se duplamente envelhecida devido à existência de poucos jovens adultos e muitos idosos em percentagens desfavoráveis. A taxa de envelhecimento é de 264% ou seja, por cada 100 jovens (0-14 anos) no concelho existem 264 idosos.

A percentagem de potencialmente ativos é de 59,04%, e resulta da divisão entre a população que se situa entre o fim da escolaridade obrigatória e o início da velhice pela população total. O índice de juventude é de 37,35%, ou seja por cada 100 idosos no concelho existem 37,35 jovens dos 0 aos 14 anos.

O índice de longevidade compara o peso dos idosos mais jovens (65 e mais anos) com o peso dos idosos menos jovens (75 e mais anos) que é de 58,28%, ou seja por cada 100 idoso com 65 e mais anos, existem 58,28 idosos com 75 e mais anos.

O índice de dependência de jovens é de 19,03%, ou seja por cada 100 potencialmente ativos (15-64 anos) existem 19,03 jovens com idade entre 0 e 14 anos de idade.

O índice de dependência total mede o peso do conjunto dos jovens e dos idosos na população potencialmente ativa e no Alandroal é de 69,45%, quer isto dizer que por cada 100 pessoas com idade entre 15 e 64 anos existem 69,45 pessoas com idades compreendidas entre os 0 e 14 anos e 65 e mais anos.

O índice de juventude por população ativa mede o grau de envelhecimento da população potencialmente ativa que é de 93,93%, ou seja por cada 100 pessoas com idades compreendidas entre 40 e 64 anos existem 93,93 pessoas com idade entre os 15 e 39 anos.

Através dos censos 2011 foi possível calcular o índice de renovação da população ativa que é de 106,78% o que relaciona o volume potencial da população que está a entrar em atividade com o volume potencial da população que se está a reformar. Portanto por cada 100 pessoas que se estão a reformar existem 106,78 pessoas que estão a entrar em atividade.

Indicadores demográficos do Concelho de Alandroal	Percentagem
Índice de envelhecimento	264%
% de potencialmente ativos	59,04%
Índice de juventude	37,35%
Índice de longevidade	58,28%
Índice de dependência de jovens	19,03%
Índice de dependência total	69,45%
Índice de juventude por população ativa	93,93%
Índice de renovação da população ativa	106,78%
Taxa de Mortalidade Geral	12,5%

Quadro V – Indicadores demográficos do concelho de Alandroal

Fonte: Censos de 2011

Por último através dos Censos 2011, foi também possível calcular a taxa de mortalidade geral e que representa o número total de óbitos e dado local e período/população do mesmo local e período X 100.

Habitação

Relativamente à habitação verifica-se que a maioria da população residente habita em alojamentos do tipo clássico, não existindo barracas no concelho (ver quadro VI)

	Total	Tipo de Alojamento	
		Clássicos	Outros
Santiago Maior	319	318	1
Alandroal	4497	4496	1
Alandroal (Nossa Senhora da Conceição)	1259	1259	0
Juromenha (Nossa Senhora do Loreto)	132	131	1
Santiago Maior	1455	1455	0
Capelins (Santo António)	614	614	0
Terena (São Pedro)	738	738	0
São Brás dos Matos (Mina do Bugalho)	299	299	0

Quadro VI – Tipo de Alojamento por Freguesia no Concelho de Alandroal

Fonte: Censos, 2011

O quadro VII mostra que 99,41 % das habitações do concelho possuem água canalizada e que 99,53% possuem rede de esgotos.

No que respeita à presença de instalações de duche ou banho, os resultados não são tão positivos, na medida em que, existem ainda 118 habitações sem estas infraestruturas, o que corresponde em termos percentuais a 4,96% das habitações do concelho.

	Total	Água		Esgotos		Instalação de banho ou duche	
		Com água canalizada	Sem água canalizada	Com esgotos	Sem esgotos	Com instalação	Sem instalação
Alandroal	2379	2365	14	2368	11	2261	118
Santiago Maior	160	159	1	160	0	157	3
Alandroal (N. S. Conceição)	740	737	3	738	2	706	34
Juromenha (Nossa Senhora do Loreto)	46	46	0	46	0	44	2
Santiago Maior	878	876	2	876	2	830	48
Capelins (Santo António)	244	240	4	240	4	231	13
Terena (São Pedro)	326	323	3	323	3	309	17
São Brás dos Matos (Mina do Bugalho)	145	143	2	145	0	141	4

Quadro VII – Alojamentos Familiares de residência habitual, segundo a existência de infraestruturas básicas.

Fonte: censos, 2011

Famílias

Segundo os dados fornecidos pelos censos de 2011 existem no concelho de Alandroal 2384 famílias das quais, 2381 são famílias clássicas e 3 institucionais

	Nº de famílias Clássicas	Nº de famílias Institucionais	
Alandroal	740	2	Fonte: INE, Censos 2011
Juromenha	46	0	
Santiago maior	877	1	
Capelins	243	0	
Terena	326	0	
São Braz dos Matos	149	0	
Alandroal (Total)	2381	3	

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

Fonte: Censos, 2011

Níveis de Instrução

De acordo com os dados fornecidos pelo INE (Censos, 2011) o concelho de Alandroal apresenta valores de analfabetismo superiores aos registados no país e na região. Sendo a taxa de analfabetismo no concelho de 25,42%, ao passo que no Alentejo e no continente essa percentagem é de 22,42% e de 19,04%, respetivamente. Essas diferenças também se registam ao nível dos ensinos secundário, pós-secundário e superior.

Estes resultados poderão fundamentar-se pelas elevadas taxas de envelhecimento e de migração que se verificam no concelho e, que condicionam consequentemente, o desenvolvimento do mesmo.

Educação no Concelho

A educação é um dos direitos fundamentais dos cidadãos portugueses. Para que a oferta educativa seja possível é necessário que se reúna um conjunto variado de condições objetivas, que assentem numa multiplicidade de equipamentos educativos e de recursos humanos.

No respeitante à organização da oferta formativa integrada no ensino tradicional, realça-se a existência de apenas um Agrupamento de Escolas no concelho de Alandroal.

Tendo em conta as características sociodemográficas do concelho, a taxa de instrução, a taxa de insucesso escolar e o índice de abandono escolar, torna-se necessário repensar a educação dos alunos, que no concelho, se encontram cada vez mais isolados em escolas com fracos recursos. É fundamental quebrar este isolamento através da oferta de espaços educativos em que, as dinâmicas de grupo criadas pela concentração dos alunos no mesmo espaço lhes permitam a aquisição de todas as competências preconizadas nos programas e estruturas curriculares dos vários ciclos da escolaridade obrigatória.

Neste sentido, foram criados dois Centros Escolares nos dois focos populacionais de maior dimensão do concelho, designadamente, em Alandroal e em Santiago Maior. O Centro Escolar de Alandroal resultou da reconversão da Escola EB1/JI Diogo Lopes Sequeira de Alandroal, ao passo que o Centro Escolar de Santiago Maior resultou da reconversão e ampliação da Escola EB1/JI de Aldeia das Pias. Os dois centros escolares

asseguram a educação plena, quer nos espaços de aprendizagem formal, como as salas de aula e a biblioteca, quer nos espaços desportivos e lúdicos.

O Centro Escolar de Alandroal dá resposta às populações de Alandroal, Rosário e Mina do Bugalho e o Centro Escolar de Santiago Maior às populações de Orvalhos, Ferreira de Capelins, Montejuntos, Cabeça de Carneiro, Aldeia da Venda, Casas Novas de Mares, Aldeia das Pias, Lajes, Marmelos, Seixo, Sete Casinhas e Aldeia de Faleiros. Inicialmente previa-se a transferência dos alunos de Terena e Hortinhas para o Centro Escolar de Alandroal, contudo a distância entre estas duas localidades e a sede de concelho inviabilizou esta hipótese e serve, conseqüentemente, de justificação para a pertinência da criação de um Centro Escolar na freguesia de S. Pedro (Terena). Este centro escolar dará também resposta aos alunos de Ferreira de Capelins e Montejuntos, que no momento estão integrados no Centro Escolar de Santiago Maior.

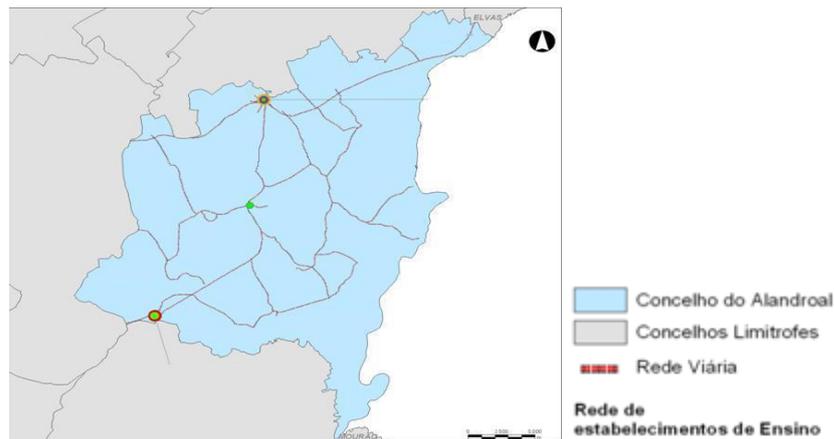


Figura 3 – Configuração Final do território Educativo de Alandroal
Fonte: PDS do Concelho de Alandroal, 2009

O quadro IX mostra a população escolar dividida pelas escolas do concelho (Ano letivo 2012/2013).

Pela dispersão geográfica do concelho, foi necessário criar um circuito de transporte pela frota camarária.

O quadro X mostra o número de alunos transportados das diferentes aldeias (Ano letivo 2012/2013).

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

Escolas	População Escolar				
	JI	1º CEB	2º/3º CEB	E. Prof.	Total
JI do Alandroal	50	–	–	–	50
Centro Escolar do Alandroal	–	74	216	12	302
Centro Escolar de Santiago Maior	40	79	–	–	302
JI de Montejuntos	4	–	–	–	4
EB1/JI de Terena	20	25	–	–	45
Total	114	178	216	12	520

Quadro IX - População Escolar do Concelho de Alandroal (Ano letivo 2012/2013)

Fonte: Agrupamento Vertical do Alandroal

Freguesias	Nº de Alunos transportados em frota Camarária (Ano letivo 2012/2013)
Santiago Maior	67
Alandroal	34
Terena	29
Juromenha	3
Capelins	16
Mina do Bugalho	12
Total	161

Quadro X - Alunos Transportados pela frota camarária/ Freguesia (ano letivo 2012/2013)

Fonte: Município de Alandroal, 2012

Os subsídios de ação social escolar são atribuídos pela câmara municipal mediante apresentação do comprovativo do escalão de abono familiar (atribuído pela segurança social). Sendo que os alunos que se enquadram no escalão 1 são integrados no escalão A no subsídio de ação social escolar e recebem 50 euros por ano letivo e o fornecimento gratuito do almoço. Os alunos que integram o escalão B recebem 40 euros por ano letivo e o fornecimento gratuito do almoço (ver quadro XI)

Escalão	Capitação	N.º Alunos subsidiados pelo Município de Alandroal
A	Escalão 1 do abono de família	30
B	Escalão 2 do abono de família	49

Quadro XI - Alunos Subsidiados pelo município de Alandroal (Ano Letivo 2012/2013)

Fonte: Município de Alandroal, 2012

Emprego e Atividade Económica

Em termos de profissões dominantes o município do Alandroal caracteriza-se pelo domínio de empregos pouco qualificados. De facto surgem nas primeiras posições os operários, artífices e trabalhadores não qualificados, o pessoal dos serviços e vendedores e operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, que no seu conjunto representam 74,2% dos trabalhadores do concelho (Censos, 2001).

Por seu lado, profissões como os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores das empresas, os especialistas das profissões intelectuais e científicas e os técnicos e profissionais de nível intermédio, não apresentam mais que 9,6% da massa laboral do município (Censos, 2001).

Pela análise do tecido económico do município do Alandroal, os dados mostram que a porção mais significativa pertence ao sector da agricultura, produção animal, caça, silvicultura e pescas, correspondendo a 24,3% das sociedades localizadas no concelho, logo seguido do sector das indústrias transformadoras, com 17,8% (Censos 2001).

Em termos genéricos pode afirmar-se que as sociedades sedeadas no município do Alandroal estão viradas, essencialmente para a prestação de atividades relacionadas como o setor primário e do âmbito local. Neste sentido, em sectores como o comércio por grosso e a retalho, reparação automóvel e bens pessoais (que representam 12,15% das sociedades mas agregam apenas 3,95% do emprego das mesmas) e o transporte, armazenagem e comunicações (12,1% das sociedades, mas apenas 1,6% do emprego) predominam as Microempresas, nomeadamente de carácter familiar (Censos, 2011).

Saúde

O Centro de Saúde de Alandroal está integrado no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (Instituição Pública) desde 09/10/12 resultante da fusão dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e Alentejo Central II (Portaria nº 308/2012. DR nº 195, série I de 09/10/2012).

A sede fica localizada no concelho de Alandroal e é constituído por dez unidades de saúde (ver quadro XII). Presta assistência a todos os utentes residentes nestas freguesias bem como outras não residentes, tendo neste momento cerca de 5845 utentes inscritos.

Unidade de saúde	Distância à sede (Alandroal)
Santiago maior	23.3 Km
Orvalhos	17 Km
Hortinhas	15 Km
Terena	10.4 Km
Ferreira de Capelins	18.4 Km
Monte Juntos	21.3 Km
Cabeça de Carneiro	21 Km
Rosário	11.3 Km
Mina do bugalho	9.9 Km
Juromenha	16.7 Km

Quadro XII – Distância das Unidades de saúde à sede do centro de saúde de Alandroal

Fonte: Município de Alandroal, 2012

Os utentes inscritos no centro de saúde são maioritariamente adultos e envelhecidos e encontram-se em freguesias muito dispersas, tal como se pode verificar no quadro XIII e XIX:

Unidades de Saúde (CSA)	Nº Utentes Inscritos (CSA)
Sede	1875
Cabeça de Carneiro	263
Ferreira de Capelins	221
Hortinhas	238
Juromenha	76

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

Mina do Bugalho	330
Montejuntos	309
Orvalhos	176
Rosário	332
Santiago Maior	1511
Terena	514
Total	5845

Quadro XIII – Utentes do Centro de Saúde de Alandroal (CSA) inscritos por freguesias

Fonte: Centro de Saúde Alandroal Base dados SINUS – Abril 2013

Grupos Etários	Masculino	Feminino	Total	%
0-4 anos	87	89	176	3.01
5-9 anos	107	103	210	3.59
10-14 anos	129	116	245	4.19
15-19 anos	132	114	246	4.21
20-24 anos	145	143	288	4.93
25-29 anos	153	132	285	4.88
30-34 anos	169	156	325	5.56
35-39 anos	192	213	405	6.93
40-44 anos	231	151	382	6.54
45-49 anos	196	213	409	7.00
50-54 anos	207	183	390	6.67
55-59 anos	169	182	351	6.01
60-64 anos	144	164	308	5.27
65-69 anos	147	162	309	5.29
70-74 anos	175	229	404	6.91
75 e + anos	441	671	1112	19.02
Totais	2824	3021	5845	100

Quadro XIV – Nº de Utentes inscritos do Centro de Saúde de Alandroal por faixa etária e sexo

Fonte: Centro de Saúde Alandroal Base dados SINUS – Abril 2013

O Centro de Saúde de Alandroal é constituído por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população regendo-se pelo princípio da garantia, acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados.

A missão do centro de saúde implica que uma parte substancial da sua atividade e cuidados se dirijam á comunidade que serve, incluindo abordagens preventivas e de promoção da saúde no âmbito ambiental a grupos específicos, abordagens de prevenção terciária dirigidas ao individuo ou às famílias, entre outras. A promoção da saúde

constitui, pois, uma das principais funções dos centros de saúde, á qual deve der dada prioridade, já que constitui o núcleo essencial da filosofia e estratégia dos Cuidados de Saúde Primários.

As atividades realizadas no centro de saúde são: Vacinação; Consulta aberta; Ambulatório; Apoio domiciliário; Consultas a diabéticos e hipertensos; Cuidados continuados; Consultas de saúde infantil; Consultas de saúde materna; Consultas de planeamento familiar; Consulta de Hipo coagulação; Intervenção precoce; Saúde escolar; Projetos de intervenção comunitária; Consultas de telemedicina; Vigilância de saúde pública; Educação para a saúde; Formação e Gestão de recursos.

O centro de saúde funciona das 9H-21H durante a semana e nos fins-de-semana das 9H-15H, tendo como objetivos gerais a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação de acordo com o Plano Nacional de Saúde e o Plano de Saúde da sua Região de Saúde, adaptando-os de acordo com as prioridades, necessidades e problemas existentes na comunidade com a seguinte equipa:

Categoria profissional	Nº de elementos no quadro
Médicos	2
Enfermeiros	6
Enfermeiro Especialista	1
Administrativos	10
Auxiliares	9

Quadro XV - Nº de elementos por categoria profissional do Centro de Saúde de Alandroal

Fonte: Centro de saúde de Alandroal (UCSP), 2012

3.2 Cuidados e Necessidades Específicas da população-Alvo

Para Andrade (2006) a fundamentação de qualquer projeto é o conhecimento da realidade, das necessidades sentidas e do desejo de manter ou mudar uma situação. Desta forma, a identificação dos problemas de saúde e sociais da população em estudo permitirá uma intervenção mais adequada.

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

Considerando os resultados obtidos no diagnóstico de situação de saúde e social, pode-se concluir que existem onze áreas de intervenção as quais os programas da carteira da UCC darão resposta.

Grupos sociais	Necessidades de intervenção social e de saúde (diagnóstico situacional)	Áreas de atuação
Idosos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criação de serviços de apoio e proximidade ➤ Promoção do acesso aos cuidados de saúde 	Melhoria do Acesso dos idosos aos cuidados de saúde Serviço de apoio e proximidade ao idoso
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Envelhecimento ativo 	Envelhecimento ativo
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevenção de maus tratos ➤ Promoção da segurança 	Segurança no idoso
População ativa (adulta)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção de hábitos saudáveis ➤ Prevenção da diabetes e colesterol elevado 	Promoção de estilos de vida saudáveis no adulto
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção da vigilância de saúde 	Promoção da vigilância de saúde no adulto
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevenção de riscos e complicações no trabalho 	Saúde Ocupacional
Crianças e Jovens	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saúde escolar: higiene oral, higiene familiar, acompanhamento psicológico, alimentação, sexualidade, planeamento familiar, oftalmologia e epidemias ➤ Promoção da vigilância de saúde no adolescente ➤ Redução do abandono escolar precoce 	Saúde Escolar Abandono escolar Promoção da vigilância de saúde no adolescente Risco de exclusão social de famílias desprotegidas
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução do risco de Exclusão de famílias desprotegidas 	
Família	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução do risco de Exclusão de famílias desprotegidas 	

Quadro XVII - Necessidades de intervenção social e de saúde e respetivas áreas de atuação elaborado com base no diagnóstico de saúde e social do Concelho de Alandroal

Assim, considerando as áreas de intervenção acima mencionadas e os critérios do método “Grelha de Análise” (Tavares, 1990), nomeadamente a importância do problema, a relação problema e fator de risco, a capacidade técnica de intervir e a exequibilidade do

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

projeto, definiu-se a prioridade para cada uma das áreas consideradas necessitadas de intervenção, com a participação da equipa de enfermagem do CSA e da UCC de Vila Viçosa (ver quadro XVII).

Área de intervenção	Importância da intervenção	Relação da intervenção /fatores de risco	Capacidade técnica de intervenção ao nível da UCC	Exequibilidade ao nível da UCC	Prioridade
Melhoria do Acesso dos idosos aos cuidados de saúde	(+)	(-)	(+)	(+)	5
Serviço de apoio e proximidade ao idoso	(+)	(+)	(+)	(+)	1
Envelhecimento ativo	(+)	(+)	(+)	(-)	2
Segurança no idoso	(+)	(-)	(-)	(+)	7
Promoção de estilos de vida saudáveis no adulto	(-)	(+)	(+)	(+)	9
Promoção da vigilância de saúde no adulto	(+)	(-)	(-)	(-)	8
Saúde Ocupacional	(-)	(+)	(+)	(-)	10
Saúde Escolar	(+)	(+)	(-)	(+)	3
Abandono escolar	(+)	(-)	(+)	(+)	5
Promoção da vigilância de saúde no adolescente	(+)	(-)	(-)	(+)	6
Risco de exclusão social de famílias desprotegidas	(+)	(+)	(-)	(+)	4

Quadro XVII – Prioridades de Intervenção segundo o método “Grelha de Análise”

Deste modo com base no nível de prioridade das áreas de Intervenção foram definidos os programas da UCC (Ver quadro XVIII).

Áreas de Atuação	Nível de prioridade	Programas da UCC
Serviço de apoio e proximidade ao idoso	1	Rede Social
Envelhecimento ativo	2	ECCI (equipa de Cuidados Continuados Integrados) Envelhecimento ativo RSI (Rede social de Inserção) Saúde Escolar Intervenção precoce Promoção de estilos de vida saudáveis no adulto
Saúde Escolar	3	
Risco de exclusão social de famílias desprotegidas	4	
Melhoria do Acesso dos idosos aos cuidados de saúde	5	
Promoção da vigilância de saúde no adolescente	6	
Segurança no idoso	7	
Promoção da vigilância de saúde no adulto	8	
Promoção de estilos de vida saudáveis no adulto	9	
Saúde ocupacional	10	

Quadro XVIII – Áreas prioritárias de intervenção e programas da UCC

Com o objetivo de dar resposta às áreas prioritárias de intervenção no concelho do Alandroal, procedeu-se à elaboração de um projeto que delineasse a elaboração do plano de ação da UCC de Alandroal (ver apêndice I)

3.3 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO ALVO

O Concelho do Alandroal definido socio demograficamente como um concelho, constituído por povoações muito dispersas e isoladas. É um concelho com poucos recursos socioeconómicos e com baixa empregabilidade, o que contribui para a fraca fixação da população mais jovem no concelho. A desertificação é evidente, e atualmente as medidas adotadas que contrariem essa realidade têm sido pouco eficazes. É um concelho envelhecido, com baixa literacia, cuja fonte de rendimentos provém principalmente da agricultura, criação de gado e indústria de transformação.

A comunidade do Alandroal é uma comunidade Alentejana e como tal as suas características e necessidades de intervenção na comunidade são semelhantes às dos restantes concelhos Alentejanos.

Banza (2012) descreveu o concelho de Grândola (Baixo Alentejo) como uma população envelhecida, que mantém fortes características de ruralidade e isolamento, tal como o concelho de Alandroal. A densidade populacional de Grândola é apenas de 17 habitantes por quilómetro quadrado, um índice de dependência de idosos de 41,46%, um índice de dependência total de 61,48% e um índice de dependência de jovens de 20,1%. Cerca de 25% da população do concelho não tem qualquer nível de instrução, o que lhes veda o acesso à informação.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno crescente e mundial, facto este que se deve à conjugação de variáveis como o aumento da esperança média de vida, o declínio das taxas de natalidade e fecundidade e de mortalidade ou até dos novos modelos familiares, melhores condições ambientais e de saúde, ao avanço técnico-científico e da aplicação de adequadas políticas sociais e de saúde pública. Porém, viver mais tempo, não é sinónimo de viver melhor. Há cada vez mais pessoas que sofrem até ao fim das suas vidas pelo efeito das perdas funcionais e/ou autonomia quer pelo envelhecimento natural, quer por doença crónica (Banza, 2012).

O concelho de Grândola por ser marcado por este fenómeno reflete a necessidade de se desenvolver o projeto de Intervenção em Saúde Comunitária “ Envelhecimento Ativo – Amadurecer em Saúde” com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, inserida em grupos (Banza, 2012).

Assente numa parceria da UCC com a Universidade Sénior, identificaram-se os níveis de dependência /autonomia nos idosos da Universidade Sénior e conhecer as suas necessidades de informação em matéria de saúde. Para tal recorreu-se ao Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) utilizado em Portugal para a RNCCI e que é um instrumento de avaliação que integra e tem como principais objetivos avaliar e monitorizar um conjunto de implementação biopsicossocial. Após o tratamento dos dados em Microsoft Office Excel foram identificadas as prioridades de intervenção do projeto, seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde (Banza, 2012).

Após ter sido cumprido o programa de formação com os temas: envelhecimento ativo; adequação dos cuidados às necessidades das pessoas; e promoção do

desenvolvimento de ambientes capacitadores foi possível concluir que é possível trabalhar em parceria com outros setores da comunidade em prol do bem comum e da dignidade da pessoa humana independentemente da sua condição social ou da idade; que é essencial a criação de dinâmicas que permitam a continuidade destes cuidados a uma maior abrangência, que de fato traduza resultados mensuráveis, em ganhos de saúde; que pesquisar, perceber e partilhar resultados e conhecimentos sobre os idosos, afigura-se uma prática elementar para que seja possível propiciar melhores condições às pessoas nesta fase de complicado processo de envelhecimento; e por último que os idosos além de maior motivação, poderão sentir-se mais fortalecidos pelo conhecimento adquirido incitando-os a refletir e a agir (Banza, 2012).

Sendo o envelhecimento ativo uma das prioridades identificadas para o plano de ação da UCC do Alandroal, serve o projeto citado anteriormente de fundamentação às intervenções planeadas.

A expectativa do programa “ Envelhecimento ativo” como carteira adicional par a UCC de Alandroal prende-se com a promoção da articulação e coordenação de recursos e serviços existentes, para otimizar uma resposta, a um problema emergente, estimulando a qualidade e sustentabilidade dos cuidados prestados e pela focalização da atenção de uma equipa multidisciplinar na problemática do envelhecimento ativo, estimulando a reflexão sobre o papel de cada interveniente, no seu desempenho enquanto detentores de uma responsabilidade que se quer cada vez mais partilhada, no sentido de estimular a capacitação da comunidade.

O concelho de Arraiolos é um concelho que pertence ao distrito de Évora e à região de saúde do ACES Alentejo Central da ARS Alentejo, IP, tal como o concelho de Alandroal. É uma região caracterizada pela desertificação das áreas rurais, por um índice de envelhecimento populacional muito elevado e um baixo nível de qualificações da população ativa.

Pinto (2012) desenvolveu e implementou um projeto na área da promoção da saúde sexual na adolescência para alunos do 2º ciclo que pretendia contribuir para o conhecimento e compreensão dos fatos e comportamentos que integram a sexualidade, incentivar comportamentos sexuais responsáveis, cultivar a capacidade de tomar decisões bem fundamentadas e facilitar a comunicação sobre temas sexuais na população alvo escolhida.

Segundo Costa (2009) adolescência é um período importante enquanto tempo de formação, estruturação de valores, atitudes e comportamentos, sendo o adolescente considerado como o seu agente fundamental enquanto os outros funcionam como agente facilitadores de decisão, conducentes à aquisição de estilos de vida saudáveis. Esta etapa do desenvolvimento tem características próprias e tarefas bem definidas, onde ocorrem alterações fundamentais de ordem biológica, cognitiva e social e que só por si tornam a adolescência distinta das outras etapas do ciclo vital.

A educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva nos jovens. Esta constitui um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis (Pinto, 2012).

No âmbito da educação para a saúde a educação sexual implica também a consciencialização do desenvolvimento dos jovens por parte dos agentes educativos envolvidos (de forma direta ou indireta), como famílias, escolas, comunidade, instituições, organizações não-governamentais, autarquias, institutos públicos e particulares, locais de lazer e de diversão (Reis e Matos, 2009). Deste modo é inegável que fazer educação para saúde na escola é uma prioridade para os Cuidados de Saúde Primários por ocuparem o primeiro nível de assistência do sistema de saúde e um papel ponderante na alteração dos hábitos de risco dos cidadãos (Martins, 2008).

Após a realização do diagnóstico de situação que sustentou a hipótese da necessidade de intervenção nesta área problemática que é a educação sexual em meio escolar e a implementação do projeto foi possível concluir que a promoção da saúde sexual é essencial na capacitação dos jovens em áreas como “O conceito de sexualidade”, “Puberdade”, “Mitos acerca da sexualidade”, “ Sexualidade e género”, “ Sistema reprodutor e reprodução”, “ Gravidez”, “Aborto” e “ Métodos contraceptivos”.

O presente estudo vem fundamentar também a escolha da promoção da saúde sexual em alunos do 2º ciclo do plano de ação da UCC de Alandroal, apontada também no diagnóstico de situação do concelho como área prioritária de intervenção.

A adolescência é um período importante enquanto tempo de formação, estruturação de valores, atitudes e comportamentos, sendo o adolescente considerado como o seu agente fundamental enquanto os outros funcionam como agentes facilitadores

de decisão, conducentes à aquisição de estilos de vida saudáveis, sendo a educação sexual a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens.

Nesta linha de pensamento o plano de ação da UCC de Alandroal no programa de saúde escolar para a adolescência pretende com a sua consecução um aumento de conhecimentos, por parte dos adolescentes da sua comunidade escolar contribuindo não só para o “*empowerment*” dos alunos, mas também dando ferramentas de ensino aos docentes.

3.4 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

A área geodemografia de intervenção de cada UCC, deverá corresponder à área geográfica do (s) respetivo (s) CS, podendo, no entanto, subdividir-se em áreas geográficas mais pequenas, de acordo com as problemáticas territoriais, a dimensão da população, bem como, as suas necessidades de saúde e sociais (densidade populacional, acessibilidades, problemas sociais e de saúde identificados, índice de envelhecimento, entre outros) e a dispersão geográfica da área de intervenção. Assim, a população abrangida por esta unidade funcional corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da sua área de influência. Deste modo, são candidatos aos cuidados prestados pela UCC toda a população residente no concelho de Alandroal.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Nesta perspetiva as atividades, projetos ou programas, que integram a carteira de serviços da UCC, devem ser dirigidas para a seguinte população:

- Comunidade escolar do concelho com programas no âmbito da proteção e promoção de Saúde e prevenção da doença na comunidade, tal como o Programa Nacional de Saúde Escolar;

- Pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, através de projetos de intervenção como seja o acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade; cooperar com outras unidades funcionais no tocante a ações dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial com recurso a unidades móveis e na criação de redes de apoio às famílias; promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado;
- Famílias com deficientes recursos socioeconómicos através da participação em atividades inerentes à Rede social nomeadamente vigilância de saúde e acompanhamento social;
- Crianças do programa de Intervenção Precoce;
- Indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI através dos cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, cuidados de reabilitação física; apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados e educação para a saúde dos doentes, familiares e cuidadores informais;
- Toda a população ao longo do ciclo de vida através de projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes ou que venham a existir, em parceria com outras instituições que podem ajudar na aquisição de hábitos de saúde saudáveis.

O plano de ação da UCC do concelho de Alandroal pretende precisamente definir a população alvo dos programas da sua carteira de serviços tendo bem definido os seus critérios de recrutamento e referenciação, nomeadamente:

Rede social – visa contribuir para a erradicação da pobreza e da exclusão social que atingem em particular grupos de população mais vulnerável, destacando-se as pessoas idosas, as pessoas com deficiências e os outros imigrantes, havendo necessidade de ter em especial atenção as estratégias de intervenção para estes grupos alvo. Um trabalho de parceria alargada abarcando vários atores sociais de diferentes naturezas e áreas de intervenção (Decreto-Lei nº 115/2006 de 14 de Junho).

Rendimento Social de Inserção (RSI) – destina-se a pessoas ou famílias que necessitam de apoio para melhor integração social e profissional, em situação de carência económica grave, que cumpram as condições de atribuição.

Apenas têm acesso ao RSI, os agregados familiares cujo património sejam, cada um deles, superior a 60 vezes o valor do Indexante dos Apoios Sociais (IAS) cujo montante cifra-se em 419,22euros. Para tal o processo obedece aos seguintes requisitos: a) ter residência legal em Portugal; b) Residir em Portugal há pelo menos três anos, salvo se se tratar de cidadãos estrangeiros pertencentes a países que integram a União Europeia, ou Espaço Europeu (Liechtenstein, Noruega e Islândia) e Suíça, que não se encontrem a exercer atividade em Portugal e a descontar para o sistema português; c) estar em situação de carência económica grave; d) ter 18 anos ou mais exceto se estiver grávida, for casado ou viver em união de facto há mais de 2 anos, tiver menores a cargo (que dependam exclusivamente do agregado familiar) e as pessoas com idade inferior a 18 anos desde que se encontrem em situação de autonomia económica; e) estar inscrito no Centro de Emprego da área onde mora, se estiver desempregado e apto para trabalhar; f) fornecer à Segurança Social os documentos necessários para verificar a sua situação económica g) comprometer-se (assinando um acordo) a cumprir o Programa de Inserção ou se estiver previamente inscrito no Centro de Emprego a assinar e cumprir o seu Plano Pessoal de Emprego; h) ter decorrido o período de um ano após a cessação de contrato de trabalho sem justa causa por iniciativa do requerente; i) Não se encontrar em prisão preventiva ou a cumprir pena de prisão em estabelecimento prisional ou institucionalizado em equipamentos financiados pelo estado.

Intervenção precoce – A intervenção precoce na infância definida como o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Dirige-se essencialmente a crianças entre os 0 e 6 anos, com 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, bem como as suas famílias. A referenciação das crianças é feita às equipas de intervenção precoce, designadamente por solicitação da família, por profissionais da saúde, da educação e da ação social, bem como por profissionais de outros serviços ou de instituições particulares da segurança social através da informação sobre situação da criança e outra tida por conveniente. A seleção dos casos para apoio e intervenção precoce

é feito pelas equipas de intervenção direta com base na avaliação da criança efetuada nos centros de desenvolvimento, consultas de desenvolvimento ou noutras estruturas especializadas em desenvolvimento, e de acordo com os critérios de elegibilidade a definir pelas equipas de coordenação (Despacho conjunto n.º 891/99 DR N.º 244, II série de 19/10/99 Pág. 15566)

ECCI - A ECCI é 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 (cf. Artigo 27.º do DL 101/2006, de 6 de Junho). A população alvo com critérios de admissão são todas as pessoas com perda de autonomia, portadores de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social, designadamente: pessoas com dependência funcional; pessoas idosas com critérios de fragilidade; pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física progressiva ou permanente e pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal. Reúnem ainda critérios de admissão pessoas com critérios para inclusão numa das unidades de internamento da rede que recusem o mesmo; pessoas com alta de uma unidade de internamento da rede, que necessitem da continuidade de cuidados; pessoas com alta hospitalar, que necessitem de continuidade de cuidados mas não reúnam critérios de inclusão nas unidades de internamento da rede, cuidadores informais que necessitem de treino e residentes temporários com inscrição esporádica no C.S. que respeitem um dos critérios anteriores.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

No Planeamento em Saúde após o diagnóstico da situação com a determinação da tendência natural da evolução dos problemas procede-se à etapa seguinte, a fixação dos objetivos.

Nesta perspetiva, o objetivo assume-se aqui como *“o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzindo em termos de indicadores de resultado ou de impacto”* (Imperatori & Giraldes, 1998:45).

O plano de ação de UCC do concelho de Alandroal segue as fases do processo de Planeamento em Saúde: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação, pelo que os seus objetivos foram traçados respeitando esta linha sequencial.

Deste modo, definiu-se como objetivo geral: Elaborar o plano de ação da UCC do concelho de Alandroal que suporte a candidatura à ARS Alentejo, IP até Abril de 2013.

Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho;
- Definir prioridades de atuação tendo por base o levantamento das necessidades de saúde e sociais do concelho;
- Fixar os objetivos do plano de ação da UCC;
- Selecionar as estratégias do plano de ação da UCC;
- Preparar operacionalmente o plano de ação da UCC;
- Definir os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC.

4.1 OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO

Uma Unidade de Cuidados na Comunidade tem como objetivo geral prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

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 e concorrendo assim, de modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

Os cuidados de saúde por ela prestados devem ser definidos considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre os programas em desenvolvimento

Segundo o Documento de Suporte à Implementação da UCC (MCSP, 2009), a indicação dos objetivos do plano de ação devem ser apenas dois ou três por programa, e num só parágrafo. Devem ser quantificados e temporizados com meta de concretização no fim do triénio. Os objetivos de redução de prevalência como a redução de mortalidade ou morbidade devem ser eliminados. Devem ser SMART ou seja, suficientes, não devem ser em número excessivo; mensuráveis; ambiciosos, evitando os não alcançáveis, realistas e temporizados. No plano de ação devem assim, ser definidos objetivos gerais que envolvam as atividades de todos os grupos.

Os programas e projetos que integram o plano de ação da UCC do Alandroal, foram traçados mediante o diagnóstico social e de saúde da comunidade e as orientações técnicas definidas pelo Documento de Suporte à Implementação da UCC. A sua Implementação impõe o estabelecimento de parcerias como a UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e a Rede Social e propõe intervir:

Com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência:

- Rede Social e Rendimento de Inserção Social: participação ativa na identificação, avaliação, encaminhamento e promoção da vigilância de saúde das pessoas/famílias com problemáticas sociais e de saúde.
- Intervenção precoce: participação na avaliação e definição de planos de acompanhamento e intervenções nas situações identificadas.

Em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade como o Programa Nacional de Saúde Escolar:

- Participar nas atividades de apoio à inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde Especiais, designadamente no papel de interface entre a escola e os serviços de saúde;
- Promover a segurança no espaço escolar e contribuir para a prevenção dos acidentes rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho;
- Potenciar o projeto educativo/aprendizagem através da dinamização e operacionalização de diferentes estratégias que conduzam à adoção de estilos de vida saudáveis, nas áreas temáticas identificadas como prioritárias: Saúde mental, Saúde Oral, Alimentação saudável, Atividade física, Ambiente e Saúde, Segurança, Saúde sexual e reprodutiva, Consumo de substâncias ilícitas, Doenças transmissíveis e Violência em meio escolar;
- Participar ativamente em reuniões com a comunidade escolar e nos momentos de planeamento e avaliação do trabalho desenvolvido e a desenvolver;
- Participar no desenvolvimento de projetos de promoção de saúde em áreas prioritárias, como por exemplo o atendimento a jovens em contexto escolar – “Gabinete do Adolescente” (projeto já implementado desde 2005 na UCSP);
- Promover o acesso da população alvo prevista no Programa Nacional de Saúde Oral, aos cuidados de saúde orais e promover educação para a saúde nos diferentes grupos etários;
- Participar em atividades do Programa Nacional de Combate à Obesidade, contribuir para a recolha de dados para a Plataforma de suporte a este

programa e desenvolver atividades de promoção de estilos de vida saudável e de combate à obesidade infantil.

Em projetos de intervenção comunitária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que englobem:

- Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Cuidados de reabilitação física;
- Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

Outros projetos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população ao longo da vida:

- Intervir junto da população idosa visando a promoção do envelhecimento ativo, ao ar livre, na comunidade, em instituições de acolhimento e nos locais de lazer, através da dinamização de atividades pela equipa da UCC e das atividades desenvolvidas em parceria com as entidades do concelho.
- Intervir junto da população ativa com vista à promoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção das doenças cardiovasculares, através de atividades desenvolvidas, como sessões de educação para a saúde, realizadas pela equipa da UCC em parceria com as entidades empregadoras do concelho e nas atividades desenvolvidas em parcerias com outras entidades.
- Outras intervenções no âmbito do PNS, adequadas às necessidades das populações abrangidas e tendo em conta as estratégias locais de saúde.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Os Cuidados de Saúde Primários são o pilar fundamental do Serviço Nacional de Saúde, pois são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção e proteção da saúde, a prevenção e prestação cuidados na doença, bem como a eficaz ligação e articulação com os outros níveis do sistema de forma a garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que os cuidados de saúde primários se revistam como elemento chave na obtenção da saúde para todos.

Desta forma é fundamental que se identifiquem os problemas, fatores determinantes, bem como necessidades de saúde para que as abordagens a delinear sejam as adequadas. Para que isto aconteça é pois necessário por um lado planear e não apenas dar resposta à procura dos cuidados de saúde, bem como trabalhar com outros sectores, estabelecer parcerias de forma a promover a literacia e a capacitar.

Relativamente ao primeiro aspeto, ou seja relativamente ao planear em saúde este consistiu em elaborar um plano de ação de uma UCC, face às necessidades sentidas, pretendendo-se alcançar uma melhoria no estado de saúde de uma população, comunidade, e assim obter ganhos em saúde.

Imperatori & Giraldes (1993) referem seis tipos de razões para a necessidade do planeamento da saúde: os recursos são escassos, logo têm que ser utilizados de forma o mais eficaz e o mais eficiente; necessidade de intervenção nas causas dos problemas, de forma a evitar que o problema se repita; necessidade de definição de prioridades; evitar intervenções isoladas e por isso desajustadas; necessidade de racionalização de infraestruturas que são caras; e por último, utilização polivalente e integral de equipamentos.

No que, ao segundo aspeto diz respeito, ou seja à intervenção comunitária, esta é uma abordagem onde o trabalho é feito em parceria e colaboração com as comunidades, é um trabalho de grupo devidamente pensado e delineado, em que se pretende a capacitação dos indivíduos provocando uma mudança, não um trabalho individual e estanque, mas sim uma intervenção próxima articulada com a rede de recursos da comunidade e exercida de forma continuada, assegurando certamente os resultados que se pretendem.

O plano de ação da UCC de Alandroal é um projeto de Intervenção Comunitária. As intervenções delineadas com base no planeamento em saúde visam a resolução de problemas e a promoção das potencialidades da comunidade através de uma ação concertada entre vários agentes e da própria comunidade local.

5.1 METODOLOGIA

A Ordem dos Enfermeiros (2010) reconhece no enfermeiro especialista em saúde comunitária a responsabilidade e a competência para participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos com vista à capacitação da comunidade. Compete ao enfermeiro de Saúde Comunitária responsabilizar-se por identificar necessidades de indivíduos, famílias e grupos, de dada área geográfica, assegurar a continuidade de cuidados e estabelecer a articulação necessária, numa prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários. Revê-se nesta metodologia o planeamento em saúde.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), o planeamento na saúde é definido como um processo para estabelecer prioridades consensuais, objetivos e atividades para o setor da saúde, à luz das políticas, das intervenções dos recursos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que o conceito de planeamento refere-se ao ato de planear como um fim a atingir. Segundo a perspetiva encontrada no Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos (Schiefer, 2006), o processo de planeamento inicia-se a partir de um diagnóstico da situação em concreto, em direção ao reconhecimento dos objetivos gerais do projeto, identificando, por último, as ações que se esperam que conduzam à concretização desses mesmos objetivos. Por outras palavras, o planeamento nasce de uma ideia preliminar de projeto, de forma a encontrar uma resposta adequada à situação em causa, quando surge um técnico capaz de colocar em prática essa ideia, adequando-a ao contexto institucional da situação.

Imperatori e Giraldes (1993) definem o planeamento como a aplicação da lógica na vontade de transformar a realidade, apresentando três premissas capazes de sustentar esta afirmação, como a racionalidade das decisões, a capacidade de moldar a realidade, tendo por base um modelo pré-definido e, por fim, ser possível referir-se ao futuro.

O desenho do planeamento, segundo Imperatori e Giraldes (1993), deve conter três fases importantes, nomeadamente a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução); a execução e a avaliação. Estas fases não devem nunca esquecer a máxima do planeamento, isto é, um processo que se pretende contínuo, em todas as suas vertentes, pois a mudança é constante.

Para o desenho do projeto que serviu de base a este relatório efetuou-se o percurso de trabalho e planeamento que compõem o respetivo índice: diagnóstico de situação; desenho de projeto (com definição do tema, população alvo, horizonte temporal, resultados esperados, objetivos, estratégias, e avaliação); o planeamento das atividades das atividades e respetivo programa foram também etapas deste trabalho.

O projeto foi-se constituindo passo a passo cumprindo-se os desígnios da metodologia de trabalho por projeto: um trabalho flexível que se foi ajustando de forma contínua e dinâmica, resultante de um trabalho em equipa de discussão e planeamento em grupo com profissionais da UCC de Vila Viçosa e da UCSP de Alandroal.

5.2 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Considerando os objetivos do projeto, foi necessário realizar várias intervenções no centro de saúde e na comunidade do Alandroal, para a obtenção de um ponto de partida e de uma direção comuns.

Inicialmente, houve necessidade de identificar os intervenientes e criar uma apresentação com a intenção de revelar a essência do projeto. Esta apresentação teve um carácter de abertura, flexibilidade e interatividade, uma vez que se pretendia alguma permeabilidade a alterações, críticas e sugestões. Para tal, foi necessário fazer uma consulta das diretrizes nacionais que definem a candidatura de uma UCC no âmbito da reforma dos CSP, numa perspetiva organizacional, para melhor definir o projeto, a sua exequibilidade e sustentabilidade.

Segundo o Documento de Suporte à Implementação da UCC (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009) o plano de ação de uma UCC traduz o seu programa de atividades na prestação de cuidados de saúde e sociais, de forma personalizada e comunitária, contendo o compromisso assistencial, objetivos, indicadores e metas a

atingir nas áreas de acessibilidade, do desempenho assistencial da qualidade e da eficiência.

Tendo em conta o desenvolvimento do Plano de Ação para a candidatura de uma UCC para o Alandroal, o primeiro objetivo do presente relatório compreende a reflexão e análise do diagnóstico situacional que é a primeira etapa do planeamento em saúde.

Num processo lógico de planeamento, o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico de situação. Este diagnóstico deverá corresponder às necessidades de saúde das populações. A concordância entre diagnósticos e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividades. Só a partir da definição de diagnóstico é que será possível começar a atuação. É também importante ressaltar a noção dinâmica de diagnóstico, pois este nunca acaba. É uma atividade permanente, resultado das modificações contínuas da realidade e também do planeamento ser um processo contínuo, cíclico, onde o diagnóstico da situação se relaciona com a etapa de avaliação e com o progressivo conhecimento da situação (Imperatori e Giraldes,1993).

O diagnóstico da situação não é um exercício académico e portanto deve ser ao mesmo tempo suficientemente rápido para permitir a ação em tempo útil e suficientemente profunda para que as medidas de solução sejam pertinentes. O tempo estimado pra esta tarefa recomenda-se que não se ultrapasse os 4 a 6 meses, evidentemente dependendo da complexidade da situação, tamanho da área, pessoal disponível para esta atividade.

Com o intuito de realizar o diagnóstico da situação será necessário ter em conta diversos elementos que a permitirão caracterizar: a) a população, b) o meio; c) o inventário dos recursos e a sua distribuição; d) os custos dos serviços de saúde. Pretende-se também nesta fase realçar a relação da saúde com os fatores causais, e a definição dos problemas de saúde: descrição do nível de saúde da população; estudo dos fatores condicionantes; explicação da situação; prognóstico e definição dos problemas de saúde (Imperatori e Giraldes,1993). Por outras palavras, qualquer projeto deve ser precedido por um diagnóstico da situação que servirá para definir prioridades e em função disso planear intervenções adequadas às necessidades dos utentes alvos.

Deste modo definiu-se como objetivo primeiro do projeto de intervenção: Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho de Alandroal até Jan/2013 com vista a elaboração de um plano de ação de UCC para candidatura à ARS Alentejo, IP, mais especificamente:

- Caracterizar socio demograficamente a população do concelho de Alandroal;
- Caracterizar a população do concelho de Alandroal ao nível da Saúde;
- Caracterizar os recursos da comunidade nomeadamente equipamentos de saúde e sociais.

Assim, de Novembro de 2012 a Janeiro de 2013 foram pesquisados indicadores demográficos e sociodemográficos, procedeu-se à pesquisa de consenso (brainstorming) e à utilização da entrevista semiestruturada (método qualitativo).

A Pesquisa de consenso para além, de consistir na deteção dos problemas e das necessidades, serve também para sensibilizar e motivar os diversos profissionais para a importância do trabalho a realizar e dos problemas sobre os quais se pretende intervir. Os participantes dos grupos de pesquisa de consenso são suscetíveis de serem agentes promotores de um projeto. A pesquisa de consenso utilizada foi o “*Brainstorming*” que propõe que um grupo de pessoas - de duas até dez pessoas - se reúnam com o intuito de expor os seus pensamentos e as suas ideias para que possam chegar a um denominador comum eficaz e com qualidade, gerando assim ideias inovadoras que levem o projeto adiante. Deste modo, no dia 18.12.12 Realizou-se um “*Brainstorming*” com a equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Alandroal com o intuito de: 1) conhecer a sensibilidade da equipa para integrar a UCC; 2) identificar as necessidades de saúde da população identificadas pela equipa; e 3) definir os elementos a integrar na equipa.

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Trata-se de um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam um grande rigor. Este método é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos e preenche três funções: 1) servir de método exploratório para examinar conceitos, relações entre as variáveis e conceber hipóteses; 2) servir de principal instrumento de medida de uma investigação; 3) servir de complemento a outros métodos, tanto para explorar resultados não esperados, como avaliar os resultados obtidos com outros métodos ou ainda mais em profundidade.

A entrevista não estruturada ou não uniformizada é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas mas deixadas à descrição do entrevistador. Apresenta diversos graus de estrutura: pode ser parcialmente estruturada ou inteiramente não estruturada. Na entrevista semiestruturada, o responsável apresenta

uma lista de temas a cobrir, fórmula questões a partir destes temas e apresenta-os ao entrevistado segundo uma ordem que lhe convém (Fortin, 1999).

Para o **diagnóstico da situação** de 17.11.12 a 5.12.12 foram elaborados individualmente os guiões das entrevistas semiestruturadas (Apêndice II) para as entidades chave, nomeadamente: o Presidente da Câmara de Alandroal; o Presidente da “ Choupana” (IPSS), o Diretor do Agrupamento de Escolas de Alandroal; o Vice-Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Alandroal, o Comandante do Destacamento Territorial de Reguengos de Monsaraz e os Responsáveis de 3 Unidades Empregadoras do Concelho (Empresa Agrícola do Sr. B. M., Lar da Santa Casa da Misericórdia de Alandroal e Queijaria F.).

De 5.12.12 a 8.01.13 foram realizadas as entrevistas às entidades chave referidas anteriormente e a marcação do dia, hora e local das mesmas foi realizada de acordo com a preferência das entidades que se disponibilizaram para participar no estudo. As entrevistas variaram entre nove (9) a vinte e quatro (24) minutos tendo sido utilizado um gravador de voz. Após a realização das oito (8) entrevistas mencionadas considerou-se ter atingido a saturação dos dados, uma vez que os dados encontrados passaram a ser semelhantes (Streubert & Carpenter, 2002).

Durante a realização das entrevistas, teve-se a preocupação de respeitar as técnicas de comunicação, particularmente através da escuta ativa, dando liberdade aos participantes para se expressarem livremente e respeitando os silêncios. Sempre que se considerou necessário foram introduzidas questões com vista à clarificação de conceitos.

Os dados foram colhidos ao longo do estágio nomeadamente entre o mês de Novembro de 2012 e Janeiro de 2013 junto das identidades chave entrevistadas, da equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Alandroal e da pesquisa dos indicadores mencionados anteriormente.

Para a análise das entrevistas procedeu-se a uma análise qualitativa dos dados adquiridos. A utilização desta metodologia permite-nos descrever com maior exatidão os fenómenos e os factos da realidade em estudo.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), a metodologia qualitativa distingue-se, fundamentalmente, nos seguintes aspetos: a) a atenção do investigador centrar-se preferencialmente no processo e não tanto nos resultados; b) é descritiva; c) o ambiente

natural é a fonte de dados em que o investigador assume um papel essencial; d) os dados são analisados tendencialmente através do método indutivo; e) o significado é fundamental.

A forma como as experiências humanas são interpretadas é múltipla e variada. Deste modo, tornou-se imprescindível recorrer a uma metodologia que possibilitasse uma pluralidade de interpretações acerca de uma mesma realidade. Streuber e Carpenter (2002) consideram que a metodologia qualitativa permite compreender e interpretar a experiência subjetiva num determinado contexto.

Após a audição das entrevistas, procedeu-se à transcrição das mesmas para suporte informático (*word*), respeitando integralmente a linguagem utilizada pelos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram lidas diversas vezes e, a partir daí procedeu-se à análise dos dados de acordo com Streubert e Carpenter (2002). Começou-se por atribuir códigos a toda a informação contida nas mesmas, privilegiando as palavras dos entrevistados (códigos substantivos). Não obstante, os autores consideram que a colheita e análise dos dados deve ter início a partir do momento que o investigador ouve as descrições do fenómeno, porque desde logo começa a analisá-lo. Consequentemente passou-se à criação de grupos ou categorias de dados

Ao longo do processo de codificação, foi-se comparando as categorias entre si, o que permitiu encontrar novas categorias, características e relações entre elas. Em seguida procedeu-se à criação de grupos ou categorias de dados de acordo com a sua semelhança.

Após a análise do “*brainstorming*” e das entrevistas foi possível constatar que:

O Concelho de Alandroal foi definido sociodemográfica mente como um concelho, constituído por povoações muito dispersas e isoladas. É um concelho com poucos recursos socioeconómicos e com baixa empregabilidade, o que contribui para a fraca fixação da população mais jovem no concelho. A desertificação é evidente, e atualmente as medidas adotadas que contrariem essa realidade têm sido pouco eficazes. É um concelho envelhecido, com baixa literacia, cuja fonte de rendimentos provém principalmente da agricultura, criação de gado e indústria de transformação.

A população idosa do concelho de Alandroal representa cerca de 29,76% da população do concelho. Foi caracterizada socio demograficamente pelos atores sociais entrevistados e pela equipa de enfermagem como uma população com baixa escolaridade

com uma percentagem significativa de analfabetismo e portanto sem capacidade para ler e escrever. Esta baixa literacia associada à dispersão geográfica, ao isolamento geográfico vem de certa forma torna-los no alvo mais vulnerável da população concelhia. Associada a esta vulnerabilidade acresce também a solidão que os assola, resultados pela emigração e êxodo rural dos seus familiares. É todo este contexto que expõe os idosos do concelho às “burlas” cuja taxa tem sido elevada e aos maus-tratos, não apenas físicos mas também psicológicos, tal como referiu o elemento entrevistado da GNR.

É uma população com poucos recursos socioeconómicos resultantes de reformas baixas e sem meios de transporte o que tem dificultado o acesso aos cuidados de saúde. Foi definida como uma população com grandes necessidades de apoio a diferentes níveis: social, económico, de saúde e psicológico.

Ao nível da saúde foram identificadas dificuldades na autogestão da medicação, resultando na sobreposição e a dificuldade de acesso ao médico de família como o principal elo de ligação ao Serviço Nacional de Saúde.

A equipa de enfermagem identificou a presença de alguns hábitos menos saudáveis nesta população como a ingestão de carne de porco e de sal em excesso, uma alimentação pouco variada, a falta de exercício físico e o desinteresse por atividades culturais.

Foram identificadas como principais necessidades desta população a criação de um serviço proximidade e de acompanhamento na ausência da família, a criação de unidades móveis no concelho e uma intervenção ao nível do envelhecimento ativo.

No concelho de Alandroal a população adulta, depara-se com a fraca empregabilidade, poucos recursos socioeconómicos, culturais e de lazer o contribui para a fraca fixação desta faixa etária, tendo que se deslocar para meios com maior oferta.

Para a equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Alandroal, a população adulta recorre essencialmente aos Cuidados de Saúde Primários ao nível da vacinação, planeamento familiar, acidentes de trabalho e em situações de doença aguda. Apontam como principal necessidade de intervenção a promoção da vigilância de saúde.

A população potencialmente ativa do concelho é de cerca de 59% (Censos, 2011). Segundo as três entidades empregadoras entrevistadas, a saúde ocupacional é assegurada por empresas creditadas, embora a sua assistência seja incompleta.

O trabalho rural é praticado em ambiente saudável, raramente se manuseiam substâncias ativas, não é violento e portanto as doenças profissionais são raras. O trabalho no campo expõe os trabalhadores a condições ambientais desfavoráveis, pelo que é fundamental adotar medidas que contrariem os seus efeitos ao nível da saúde.

Ao nível dos trabalhadores do lar de idosos foram identificadas necessidades de formação na prevenção de complicações músculo-esqueléticas.

No concelho de Alandroal as crianças e os jovens representam cerca de 20,75% (Censos 2011) da população total.

Pelas características sociodemográficas do concelho as crianças e os jovens vivem inseridas num meio disperso, isolado, com poucos recursos. Deste modo, as respostas sociais na área de apoio às crianças e suas famílias são deficitárias apesar dos esforços da rede social local.

A equipa de enfermagem alertou para o fato de algumas crianças não realizarem o número de refeições necessárias inerentes a uma alimentação saudável e das dificuldades que os pais têm para manter os seus filhos no ensino resultado da crise económica que o país atravessa. Algumas intervenções têm sido feitas pelas entidades de apoio social do concelho, no sentido de reduzir o abandono escolar precoce como refeições gratuitas, a oferta de manuais escolares, transporte escolar e explicações.

Como necessidades de intervenção na área da saúde escolar foram identificadas a: higiene oral; a higiene familiar; acompanhamento psicológico; fisioterapia, terapia da fala, alimentação, oftalmologia, sexualidade, planeamento familiar e epidemias.

As crianças recorrem com alguma frequência para a vigilância de saúde ao nível de consultas e vacinação no entanto esta vigilância reduz com a entrada na adolescência.

O consumo de substâncias psicotrópicas (ilícitas) pelos jovens é baixa não constituindo um foco problemático.

Face à opinião dos atores sociais e entidades empregadoras do concelho perante uma possível parceria com a UCC eles demonstraram disponibilidade, abertura, receptividade e motivação. Complementaridade, fomentação e encaminhamento, são as expectativas encontradas face à futura UCC.

A equipa de enfermagem do centro de saúde demonstrou na sua maioria motivação para integrar uma equipa de UCC, uma vez que esta permite maior qualidade e disponibilidade nos cuidados praticados na comunidade. Pelas características do concelho a equipa referiu a necessidade de integração de 3 elementos na equipa.

Tal como é descrito no plano de ação (ver anexo) no ponto 2 (dois) foi realizada uma caracterização da população/utentes do concelho do Alandroal, relativamente à sua localização territorial através da consulta de um mapa geográfico e realizado um enquadramento geodemográfico. Nesse enquadramento geodemográfico foi feita uma análise da evolução da população do concelho de 1900 até aos censos atuais (2001), foi também analisada a distribuição da população pelas diferentes freguesias do concelho, pela idade e por sexo (Pirâmide etária). Foram ainda analisados e pesquisados os indicadores demográficos nos censos de 2011: Índice de envelhecimento, % de potencialmente ativos, índice de juventudes, Índice de longevidade, índice de dependência de jovens, índice de dependência total, índice de juventude por população ativa e índice de renovação da população ativa.

Com base nos Censos de 2001, foi caracterizada a habitação do concelho relativamente ao tipo de Alojamento e segundo a existência de infra-estruturas básicas. Caracterizaram-se também as famílias quanto ao número de famílias clássicas e ao número de famílias institucionais. Foi também caracterizado o tecido económico do concelho: principais atividades e profissões.

De seguida caracterizou-se o concelho relativamente aos níveis de instrução e educação com base nos dados fornecidos pelo Município de Alandroal e pelos censos de 2011. Descreveu-se a população escolar e a área de abrangência do agrupamento vertical do Alandroal, os alunos transportados em frota camarária e os alunos subsidiados.

Por último e caracterizando a população na sua área de saúde, procedeu-se a uma descrição da sede do Centro de Saúde de Alandroal (UCSP) e das distâncias às diferentes extensões de saúde que o compõem. Com base nos dados consultados no SINUS do Centro de saúde de alandroal foram também caracterizados os utentes inscritos na sede e unidades de saúde distribuídos pela idade e género (pirâmide etária).

Segundo a MCSP (2009: 25) a caracterização da área de influência e dos utentes inscritos e residentes inclui a “ ... *caracterização sumária da área de influência da UCC*

e indicação no nº total de utentes inscritos distribuídos por idade e género (pirâmide etária) incluindo também a “caracterização dos cidadãos residentes e não inscritos no centro de saúde como exemplo: escolas, fábricas, praias...”

De Janeiro a Fevereiro de 2013 foram **definidas as prioridades de atuação** com base no levantamento das necessidades de Saúde e Sociais do concelho. Para tal definiu-se os critérios de decisão, atribuindo-lhe os pesos respetivos estimando e comparando os problemas, tal como foi referido no capítulo 3 (ponto 3.2).

Posteriormente através da grelha de análise determinou-se as prioridades partindo dos seguintes critérios: importância do problema; relação entre a necessidade e fatores de risco; capacidade técnica da UCC resolver o problema; e exequibilidade do projeto ou da intervenção ao nível da UCC segundo as orientações do Documento de Suporte à Implementação da UCC. As áreas prioritárias de intervenção do plano de ação de UCC são: Serviço de apoio e proximidade ao idoso; Envelhecimento ativo; Saúde Escolar; Risco de Exclusão social de famílias desprotegidas; Melhoria do acesso dos idosos aos cuidados de saúde; Promoção da vigilância de saúde no adolescente; Segurança no idoso; Promoção da vigilância de saúde no Adolescente; Promoção da vigilância de saúde no adulto; Promoção de estilos de vida saudáveis no adulto; e Saúde Ocupacional.

Deste modo, e com base nas áreas prioritárias de intervenção definiram-se os **programas da carteira básica da UCC**, cujos planos de ação responderão às necessidades priorizadas.

Assim, no ponto 3 (três) do Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal (ver apêndice III) foram definidos os programas e projetos que integram o plano de ação da UCC. Estes foram traçados mediante o diagnóstico social e de saúde da comunidade descrito no capítulo 3 e as orientações técnicas definidas pelo Documento de Suporte à Implementação da UCC.

De Fevereiro a Março de 2013 foram **definidos os objetivos do plano de Ação da UCC** bem como os objetivos específicos para cada programa da sua carteira (Ver plano de ação da UCC, ponto 3 e 4 do Apêndice III).

Após Consulta de outros planos de ação de UCC, nomeadamente, UCC de Vila Viçosa, Alter Crato e UCC da Castanha e do Documento de Suporte à Implementação da UCC, foram formulados os objetivos projetando e prevendo os problemas. Por último

procedeu-se à tradução dos objetivos em objetivos operacionais: Metas. O Plano de ação têm um horizonte temporal de três anos, havendo para cada ano uma meta específica (ver plano de ação da UCC, apêndice III, ponto 4)

Segundo a MCSP (2009:25) a “Indicação do (s) objetivo (s) (apenas 2 ou 3 por programa), num só parágrafo. Este deve ser quantificado e temporizado (meta de concretização no fim do triénio).”

Durante o mês de Março de 2013 **foram Seleccionadas as estratégias para cada programa do plano de ação do plano de ação da UCC de Alandroal**. Seleccionou-se a estratégia mais adequada aos recursos físicos e financeiros disponíveis e estimou-se em relação aos custos associados (ver plano de ação da UCC, apêndice III, ponto 4).

Durante o mês de Abril de 2013 foi **preparado operacionalmente o plano de ação da UCC** definindo para cada atividade dos programas; o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; como deve ser feito e avaliação da atividade face ao objetivo que se pretende atingir. Nesta fase foi também calculado a carga horária para cada programa/ profissional da UCC, Definido a liderança e a equipa do plano de ação, estimados os custos do plano de ação e definidas as parcerias de atuação conjunta. (ver plano de ação da UCC, apêndice III, ponto 4).

Ainda durante o mês de Abril foram **definidos os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC** com um horizonte temporal de três anos identificando a fórmula de cálculo de cada indicador tendo por base documento de suporte à implementação da UCC (ver plano de ação da UCC, apêndice III, ponto 4).

Segundo a MCSP (2009:25) deve-se proceder à “ *Identificação do (s) indicador (es) que permitirá (ão) avaliar em determinado (s) momento (s) expresso (s) o desenvolvimento do programa em direcção ao (s) objetivo(s), com indicação clara da fórmula de cálculo.*” Assim, no plano de Ação da UCC (ver anexo, ponto 4) foram referidos para cada indicador o seu nome, tipo de indicador e a fórmula de cálculo para cada programa da carteira da UCC.

5.3 ANÁLISE SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Uma das etapas mais relevantes no processo de planeamento em saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes, (1993) é a seleção das estratégias, já que se pretende apresentar formas de intervenção que conduzam ao atingir dos objetivos definidos.

É de todo verdade que o planeamento estratégico conduz ao desenvolvimento dos serviços. Como se definiu anteriormente a intervenção em problemáticas multifatoriais como é o caso de uma UCC, requerem pluridisciplinaridade, pelo que o estabelecimento de parcerias acrescenta valor aos resultados; os subsídios dos seus membros são potenciados no que cada um oferece de melhor. A qualidade, integridade e profissionalismo, com enfoque no trabalho de equipa, torna-a produtiva e promove o seu reconhecimento e proximidade na comunidade.

Deste modo, a principal estratégia assentou na estruturação de um plano de ação de uma UCC, com base no compromisso, no trabalho de equipa e em parceria, capaz de em complementaridade promover sinergias que conduzam ao seu objetivo geral: a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário no Concelho de Alandroal.

De forma a planear os programas prioritários da UCC, foram delineadas as estratégias que visam alcançar os objetivos traçados, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde prioritários, nomeadamente a “educação para a saúde”, o “*empowerment*” e o “estabelecimento de parcerias”.

Educação para a Saúde

A educação para a saúde tem vindo, progressivamente a tornar-se central nas práticas de enfermagem, podendo ser desenvolvida em diferentes contextos e principalmente na área dos Cuidados de Saúde Primários. Ao nível da comunidade exige intervenção, nas diferentes fases da vida dos indivíduos ou dos grupos no seu contexto, para que estes adquiram condições de realizar escolhas, que favoreçam o seu autocuidado.

Segundo Pinto et al. (2007), desde o início do século, os enfermeiros no desempenho profissional, ensinam a pessoa, sendo esta uma função que se torna imprescindível perante as transformações da conceção de saúde e da organização dos cuidados, concluindo que a educação não é uma livre escolha do enfermeiro, mas uma obrigação profissional ligada à qualidade e à responsabilidade dos cuidados. Verifica-se desta forma, que a promoção da saúde é parte integrante da profissão de enfermagem, através da educação, considerando sempre a pessoa no centro dos cuidados.

A educação para a saúde tornou-se tão importante para o cumprimento dos objetivos da pessoa, que é alvo de leis e regulamentos que regem a profissão de

enfermagem. Na consulta dos Padrões de Qualidade, nos enunciados descritivos da OE (2001), torna-se clara a natureza do mandato social da profissão de enfermagem e a missão educativa dos enfermeiros, seja na dimensão promoção da saúde, seja na dimensão da readaptação funcional. Desta forma, num contexto de procura contínua da excelência no exercício, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançar o potencial de saúde máximo. Nos enunciados consideram-se como elementos estruturantes da promoção da saúde, entre outros: “ *a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; - a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e de desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente* (OE, 2001 p.12).

Ao nível da UCC do Alandroal a Educação para a Saúde é apontada como uma estratégia para mudanças de comportamentos que engloba atividades preventivas e curativas no âmbito individual e coletivo desencadeando uma consciência crítica dos indivíduos na melhoria da sua qualidade de vida e do seu exercício para com a cidadania (Ester et.al., 2009).

“ Empowerment ”

Na atualidade têm-se verificado importantes alterações nos sistemas de Saúde, quer ao nível do conceito de Saúde e doença quer ao nível das políticas de Saúde. o modelo vigente centra-se na promoção da Saúde com foco no cidadão, perspetivando-o como alguém livre com capacidades e habilidades de liderança do seu processo de vida e de saúde. Nesta nova filosofia surgiu o conceito de “*empowerment*” entendido como um processo de “dar poder” que, induzido ou conquistado, permite aos indivíduos ou unidades familiares aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania.

Ouschan (2000) citado por Pereira et. al. (2011:1) definiu “*empowerment*” como “*(...) um processo social de reconhecimento, promoção e aumento da capacidade dos cidadãos irem de encontro à satisfação das suas próprias necessidades, resolverem os seus problemas e mobilizarem os recursos necessários no sentido de controlarem a sua vida*” .

Todas estas alterações nos paradigmas da Saúde implicam uma redefinição de papéis, nomeadamente das equipas de Saúde, cujas intervenções deverão passar pelo estabelecimento de uma relação de ajuda, promoção da adesão ao esquema terapêutico, capacitação e educação para a saúde como formas de potenciar o “*empowerment*” libertando o cidadão para que possa atingir uma maior autonomia e ganhos em saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2003:7) definiu *como* uma das competências básicas dos enfermeiros de cuidados gerais o atuar “*de forma de a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis*”.

Nesta perspetiva é fundamental que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que lhe permitam implementar dinâmicas de intervenção promotoras da saúde, da autonomia e do “*empowerment*” do cidadão (indivíduo, família e comunidade) na, e para, a construção dos seus projetos de Saúde. Assim se compreende que o papel do enfermeiro nesta área esteja a ganhar cada vez mais visibilidade já que esta é uma das áreas de excelência do exercício da profissão.

Ao nível do plano de ação da UCC do Alandroal o “*empowerment* é considerado uma estratégia que visa o envolvimento dos cidadãos em processos de autorrepresentação (*self-advocacy*); cooperação, nos processos de tomada de decisão, numa autorresponsabilização pelo seu estado de Saúde; o Desenvolvimento pessoal para a autonomia, autoconfiança e capacidade de iniciativa dos cidadãos dos cuidados de Enfermagem são conceitos fundamentais de “*empowerment*”; e a adequação de mecanismos de envolvimento e participação dos cidadãos no diagnóstico, conceção, desenvolvimento e avaliação dos cuidados prestados (Pereira, 1999).

Estabelecimento de Parcerias

Apesar de não existir uma definição única para parceria, surge com alguma consistência, a ideia de um estilo de trabalho que visa promover a partilha continuada de informação para benefícios mútuos, através da conjugação de esforços para resolver problemas comuns, em contextos onde os membros são considerados como partes integrantes de uma rede, com níveis semelhantes de poder e em que os papéis e funções específicas, são acordados entre os parceiros.

O conceito de parceria segundo Castells (2002: 606) enquadra-se na problemática das redes, razão pela qual importa analisar o conceito de rede. A rede constitui uma articulação de nós, através de um certo número de ligações. ” A distância, ou intensidade e frequência da interação entre dois pontos, ou posições sociais é menor, ou mais frequente, ou mais intensa se ambos os pontos forem nós de uma rede do que se não lhe pertencerem”.

Na realidade as redes implicam uma pluralidade de uniões e trajetos alternativos, com o intuito de reforçar o poder de ligação e incluir regras e atores que asseguram o funcionamento da estrutura, de fontes de informação e conhecimento, recursos financeiros, logísticos e humanos e condições específicas, técnicas, económicas, sociais, políticas e ambientais. Uma rede real é definida por ligações técnicas e um conjunto de regras e normas, que favorecem as iniciativas dos atores para estabelecer relações específicas que se podem alterar ao longo do tempo.

Assim, neste contexto e porque é aplicável ao plano de ação da UCC de Alandroal, a parceria constitui uma forma de trabalho que possibilita a dinamização da rede local, para promoção potencial efetiva de objetivos comuns. O conceito de parceria permite aprofundar a abordagem em rede na medida em que centra a atenção em pressupostos - chave na relação entre atores, que têm tradução nas dinâmicas locais subjacentes a determinado projeto. A relação que se estabelece pode envolver múltiplos parceiros, com interesses diversos na realização do projeto em causa (Castells, 2002)

No Plano de Ação de UCC de Alandroal, o estabelecimento de parcerias surge como um processo de ação conjunta com vários atores ou protagonistas coletivos ou individuais do concelho de Alandroal, que se aglutinam à volta de um objetivo partilhado, disponibilizando recursos para em conjunto definirem e negociarem estratégias e caminhos que viabilizam o referido objetivo, avaliando continuamente os seus resultados.

5.4 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A identificação dos recursos humanos e materiais é essencial, já que da sua determinação dependerá o processo de planeamento (Tavares, 1990). Os recursos deverão ser adequados às necessidades estimadas como garantia do sucesso das intervenções.

Segundo o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro, nº 2 do artigo 11º, a equipa profissional do plano de ação de uma UCC deverá seguir a seguinte composição: (...) *enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas,*

terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.”

A propósito a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009) refere que “*uma UCC deve assentar em equipas técnicas multidisciplinares constituídas por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, terapeutas da fala, nutricionistas/dietistas, em permanência ou em colaboração parcial, sendo afetos a esta unidade todos os elementos que exerçam maioritariamente a sua atividade nesta unidade funcional. Estes profissionais desenvolvem a sua atividade em estreita articulação e complementaridade com as outras unidades funcionais do ACES*”

O ACES afeta à (s) UCC os recursos necessários ao cumprimento do plano de ação e estabelece mecanismos que favoreçam e assegurem a articulação e complementaridade dos cuidados e a utilização eficiente de recursos comuns que, segundo o princípio da economia de meios, devem ser partilhados com as diversas unidades funcionais que o constituem.

Relativamente aos recursos humanos a afetar a esta unidade deverão ser tidos em conta os critérios enformadores para o cálculo de pessoal para cada área disciplinar de prestação de cuidados de saúde, designadamente as características geodemográficas e sociais, de saúde e ambientais da população, sendo o próprio ACES a definir os respetivos mapas de pessoal (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009). Deste modo, torna-se pertinente descrever os ratios de horas para cada programa da UCC do Concelho de Alandroal, de forma a calcular o número de elementos de enfermagem que integrarão a equipa multidisciplinar. Para o programa de saúde escolar o ratio é calculado segundo o Plano Nacional de saúde Escolar: 24H/semana por cada 2500 alunos. Assim, tendo em conta que o Alandroal tem uma população escolar de 706 alunos o ratio de horas para a equipa de saúde escolar será de 7 como é possível verificar na tabela 1.

Tabela 1 – Ratio de horas para Equipa de Saúde Escolar para o Alandroal

<i>Concelho</i>	<i>Nº de alunos</i>	<i>Ratio horas</i>	<i>Equipa saúde escolar (médico e/ou enfermeiro) 24 horas/2500 alunos</i>
<i>Alandroal</i>	706		7

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

O rácio definido para lugares de ECCI, segundo as orientações da ERA e da CRV varia entre 7 a 8 lugares por cada 100 idosos, por concelho, pelo que é usada a fórmula de 7,5% da população idosa, com base nos dados dos censos 2011. De seguida formulou-se o número de horas de enfermagem para a ECCI por concelho, tendo em conta que por cada lugar de ECCI são alocadas 7 horas de enfermagem. Feitos os cálculos, o rácio de horas semanais de enfermagem para Cuidados continuados para o concelho de Alandroal é de 13 lugares (Ver tabela 2)

Tabela 2 – Ratio de horas para ECCI para o Alandroal

<i>Concelho</i>	<i>Idosos</i>	<i>ECCI ratio (7,5%) camas/lugares</i>
<i>Alandroal</i>	1777	13

O artigo 10º do Despacho nº 10143/2009 orienta para a afetação de recursos humanos nas UCC se basearem nos critérios enformadores para o cálculo de pessoal para cada área disciplinar de prestação de cuidados, tendo sempre em conta as características geodemografias e sociais da população, ambientais e de saúde. Para a elaboração do plano de ação da UCC de alandroal, foi usado o rácio indicado pela Missão para os Cuidados de saúde Primários, no documento orientador para a constituição das UCC, de uma média de um enfermeiro por cerca de 5000 residentes. Daí resultou a tabela nº 3 com as necessidades totais de horas de enfermagem/ enfermeiros do concelho de Alandroal

Tabela 3 – Ratio de horas e nº de enfermeiros respetivos para Intervenção comunitária no Alandroal

<i>Concelho</i>	<i>População</i>	<i>Idosos</i>	<i>Rácio 35h Enf/5000 hab</i>	<i>Nº de Enfermeiros para intervenção comunitária</i>
<i>Alandroal</i>	5843	1777	40.9	1.2

Com base na tabela anterior existe uma grande disparidade entre o número de enfermeiros usando o ratio de 1 enfermeiro por cada 5000 habitantes e as necessidades face á população idosa que se reflete no número de camas em ECCI tendo em conta que

cada utente em ECCI necessita de 7 horas/semana de enfermagem. Sem esquecer que a estes dados ainda acresce o número de horas necessário para dar resposta á intervenção comunitária, grupos vulneráveis e outros programas no âmbito da carteira básica da UCC do Alandroal. Acresce também ainda a dispersão geográfica do concelho e as características da população que obrigam a flexibilizar este ratio. Acresce também o fato de que o histórico das ECCI existentes permitir aferir a necessidade de aumentar ou diminuir a oferta, quer pela lista de espera, quer pela taxa de dotação.

Na falta de uma fórmula segura para calcular as dotações necessárias considera-se que o cálculo tem de ser realizado numa base local, orientado e adequado às necessidades concretas das pessoas, bem como às características geográficas do território. Assim com base no grupo de trabalho dos coordenadores da Unidades de cuidados na comunidade do Aces Alentejo Central foi elaborada a seguinte tabela para o concelho de Alandroal que procura espelhar as horas de enfermagem necessárias por área de intervenção sob as quais se baseou o cálculo dos recursos de enfermagem e a carga horária do plano de ação da UCC de Alandroal (ver tabela 4):

Tabela 4 – Nº de horas de Enfermagem para intervenção Comunitária no concelho de Alandroal/ atividade

<i>Atividades</i>	Nº de horas (semanais) de enfermagem na intervenção comunitária para o concelho de Alandroal
<i>Saúde escolar</i>	7 H
<i>Vagas de ECCI</i>	70 H (7hx 10 camas)
<i>Crianças e jovens</i>	7 H
<i>NLI</i>	4 H
<i>Rede social</i>	2 H
<i>Intervenção comunitária</i>	2 H
<i>Grupos vulneráveis</i>	5 H
<i>Coordenação</i>	5 H
<i>Total de horas de enfermagem</i>	102 H
<i>Nº de enfermeiros da UCC</i>	2.9

Deste modo a equipa de UCC de Alandroal será constituída por 2,9 enfermeiros, ou seja, três enfermeiros.

A equipa multidisciplinar a propor para o presente projeto será então composta por três elementos de enfermagem, um assistente operacional, um assistente técnico, um médico, um higienista oral, um fisioterapeuta, um terapeuta da fala e um psicólogo.

Segundo a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009), deverá ser disponibilizada uma área física convenientemente apetrechada e de dimensão adequada ao número de profissionais e funções que executam, assim como os meios adequados ao desenvolvimento das atividades na comunidade.

Assim, prevê-se que os recursos materiais envolvidos sejam as instalações do Centro de Saúde de Alandroal, o material de equipamento para o funcionamento da equipa multidisciplinar, equipamento específico para as atividades de enfermagem, médicas e psicólogo e material de escritório. O Centro de Saúde de Alandroal, já possui um ginásio totalmente equipado com material de fisioterapia.

5.5 CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

As entidades envolvidas no projeto foram o Centro de Saúde de Alandroal, A Câmara Municipal de Alandroal, A Santa Casa de Misericórdia de Alandroal, A “Choupana”, o Lar de Idosos “Cantinho Amigo”, “APITE”, Centro Social e Paroquial do Alandroal, ARS Alentejo, IP e Instituto da Segurança Social IP (Nossa Senhora da Conceição), UCC de Vila Viçosa e um elemento de enfermagem da ERA.

Ao longo deste capítulo expressam-se os contatos desenvolvidos, aquando da realização das intervenções e dos recursos humanos envolvidos.

Ao nível do Centro de Saúde de Alandroal (UCSP) estabeleceu-se o contato com a Enfermeira Responsável, com o Coordenador (Clínico) e a Coordenadora técnica.

Na comunidade contactou-se os atores sociais do concelho e 3 maiores entidades empregadoras para diagnóstico de situação e projeção de possíveis parcerias, nomeadamente: Sr. Presidente da Câmara Municipal do Alandroal, Sr. Presidente da Choupana, Entidade Patronal Fabril, Entidade Patronal de Empresa Rural, Responsável

do Instituto da Segurança Social IP (Nossa Senhora da Conceição), Responsável do Gabinete de Inserção Profissional do Município de Alandroal, Responsável do Gabinete de Ação Social do Município de Alandroal, responsável do Centro Social e Paroquial de Alandroal, Vice Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Alandroal, Vice-presidente da Associação “ APITE” de Terena.

Ao nível da ARSA, IP estabeleceu-se o contato com o Diretor Executivo do Agrupamento dos Centros de Saúde, a Diretora Clínica do Agrupamento dos Centros de Saúde e Enfermeiro do Conselho Clínico.

Para orientação na elaboração do plano de ação estabeleceu-se o contato com um elemento de enfermagem da ERA e com a Enfermeira chefe da UCC de Vila Viçosa.

Para a previsão dos custos de implementação do projeto, que será abordado em seguida estes foram obtidos por intermédio da enfermeira Chefe de UCC de Vila Viçosa, e uma empresa de material informático/escritório.

5.6 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

No planeamento em saúde é extremamente importante definir e combinar os recursos humanos, materiais e financeiros (Imperatori & Giraldes, 1982).

Na visão do sistema de saúde, o dinheiro gasto nas intervenções comunitárias deveria considerar-se particularmente bem gasto, porque o investimento em recursos humanos, logística e equipamentos, trará benefícios económicos e ao nível do bem-estar humano de uma comunidade.

No projeto que serve de base a este relatório os recursos materiais afetados resultam sobretudo dos custos da aquisição de equipamentos como o computador, impressora com tinteiros e gravador de voz para as entrevistas (ver apêndice IV).

Os custos financeiros resultam também do custo das deslocações para a realização das entrevistas, do “brainstorming” e para a participação na reunião de grupo dos Coordenadores de UCC do ACES Alentejo, Central. Estas deslocações foram feitas em transporte próprio e com um custo associado de 0,36€/Km (Portaria 1553-D/2008, de 31/12, após Decreto-Lei 137/2010, de 28/12).

Relativamente aos recursos humanos, foi calculada a carga horária de enfermagem no planeamento e realização do Plano de Ação de UCC do concelho de Alandroal. Essa carga horária envolveu a fase de diagnóstico de situação com elaboração dos guiões das entrevistas, a sua aplicação e análise e a preparação e realização do brainstorming. Envolveu também a participação na reunião do grupo de trabalho dos coordenadores de UCC do ACES, Alentejo, Central e as restantes fases do projeto, determinação de prioridades, de objetivos, metas, estratégias, atividades e a definição de indicadores de avaliação. Por último calculou-se também a carga horária para a redação do plano de Ação da UCC (ver apêndice IV).

Para calcular os custos associados à carga horária multiplicou-se o número de horas pelo valor/hora do vencimento de enfermagem (8.17 €) segundo as tabelas salariais da ARS, Alentejo, IP. Deste modo o orçamento para a realização do Plano de Ação da UCC foi estimado em 4132.22€ (ver apêndice IV).

5.7 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma é um elemento essencial para a vida do projeto, pois servirá como base referencial para a execução e acompanhamento do mesmo, bem como para futuras avaliações (Carvalhosa, et al. 2010).

O cronograma deste projeto (ver ponto 2.4 do Apêndice I) foi cumprido na globalidade uma vez que todas as atividades foram realizadas nas datas previstas, bem como os restantes aspetos da operacionalização.

De Novembro de 2012 a Fevereiro de 2013 foi realizado o diagnóstico Social e de saúde do concelho de Alandroal através da Pesquisa de indicadores demográficos e socioeconómicos; da Realização do “Brainstorming” (pesquisa de consenso) com a equipa de enfermagem, e das entrevistas aos atores sociais do concelho três unidades empregadoras do Concelho (fabril, lar de idosos e trabalho rural). Para a realização das entrevistas semiestruturadas foram elaborados os respetivos guiões e analisado o seu conteúdo

De Janeiro a Fevereiro de 2013 foram definidas as prioridades de atuação com base no levantamento das necessidades de Saúde e Sociais do concelho e de Fevereiro a

Março de 2013 foram fixados os objetivos do plano de Ação da UCC bem como os objetivos específicos para cada programa da sua carteira. Por último procedeu-se à tradução dos objetivos em objetivos operacionais: Metas.

Durante o mês de Março de 2013 foram selecionadas as estratégias para cada programa do plano de ação do plano de ação da UCC de Alandroal. Selecionou-se a estratégia mais adequada aos recursos físicos e financeiros disponíveis e estimou-se em relação aos custos associados.

Durante o mês de Abril de 2013 foi preparado operacionalmente o plano de ação da UCC definindo para cada atividade dos programas, calculado a carga horária para cada programa/ profissional da UCC e estimados os custos do plano de ação e definidas as parcerias de atuação conjunta. Ainda durante o mês de Abril foram definidos os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC.

Ao longo da elaboração do plano de ação foi realizada pesquisa bibliográfica.

O presente relatório foi realizado ao longo do estágio e terminará com a sua entrega em Agosto de 2013.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação em saúde corresponde ao processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos, traduzidos por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. A sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão.

Sendo designada como a última etapa do processo de planeamento em saúde, a avaliação integra-se também em cada uma das etapas anteriores uma vez que “ o planeamento da saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico. Em saúde não se poderá considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la (Giraldes e Imperatori, 1993).

A finalidade da avaliação será melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência. Desta forma, avaliar significa determinar o valor das intervenções realizadas.

Segundo a OMS (1991) citada por Tavares (1990) a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Sendo a etapa final do planeamento integra-se também em cada uma das fases das suas etapas. Avaliar de forma correta é a única forma de compara o estado inicial e final da população- alvo. Avaliar é calcular o valor das intervenções efetuadas. Avalia-se para melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência.

Neste projeto a avaliação foi um processo contínuo e transversal a todas as etapas do seu desenvolvimento.

6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

O principal objeto da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo (Tavares, 1990).

Relativamente ao cumprimento dos objetivos definidos, estes foram atingidos. O objetivo geral estava planeado para ser atingido até ao final do mês de Abril de 2013 foi atingido. O plano de ação de UCC de Alandroal foi apresentado à ARS Alentejo, IP embora em plano de ação conjunto com o concelho de Vila Viçosa.

Relativamente aos objetivos específicos, como são interdependentes do objetivo geral, também foram planeados para serem atingidos até ao final do Mês de Abril de 2013 embora cada objetivo tivesse planeado para um horizonte temporal específico nomeadamente:

- De Novembro de 2012 a Janeiro de 2013 após o levantamento das necessidades de saúde e sociais do concelho foram definidas prioridades de atuação do Plano de Ação de UCC do concelho de Alandroal;
- Durante o mês de Fevereiro de 2013 foram fixados os objetivos do plano de ação da UCC;
- De Fevereiro a Março de 2013 foram seleccionadas as estratégias do plano de ação da UCC;
- Durante o mês de Abril de 2013 foi preparado operacionalmente o plano de ação da UCC e definidos os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC.

6.2 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Segundo Imperatori & Giraldes (1982:85) o programa é definido como “ *o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo* ”

Este relatório apenas se refere a um projeto de intervenção comunitário. Segundo os autores citados anteriormente o projeto é definido como “ *uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa* ” (1982:85).

Nesta perspetiva, sendo um programa constituído por vários projetos, face ao tempo limitado disponível, a intenção é transformar este projeto num programa, uma vez

que está planeado para ser desenvolvido em quatro fases: elaboração, operacionalização, implementação e consolidação.

O presente relatório apenas pretende avaliar a primeira fase, que consiste na sua conceção e elaboração propriamente dita.

Relativamente ao objetivo geral do projeto: Elaborar o Plano de Ação de UCC do Concelho de Alandroal para candidatura à ARS Alentejo, IP até Abril de 2013, os profissionais que colaboraram para a sua execução previram uma avaliação no final de cada etapa do processo de planeamento do plano de ação com o objetivo de avaliar todo o trabalho e empenho da equipa e se possível alterar estratégias.

Relativamente ao Plano de Ação de UCC de Alandroal propriamente dito, este está definido para um horizonte temporal de três anos. Deste modo, foram estabelecidas metas anuais para cada indicador que traduz os objetivos a alcançar para cada programa da UCC. Os indicadores a contratualizar propostos regem-se pelos indicadores propostos pela missão de Cuidados de Saúde Primários (2009).

A monitorização e avaliação das UCC são incumbência do ACES, num processo global de avaliação e acreditação de todas as unidades funcionais do respetivo ACES e devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação, e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como fatores corretivos e niveladores da matriz nacional.

A monitorização e avaliação da UCC têm por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de autoavaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre UCC.

6.3 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

Para Tavares (1990) a avaliação ainda que possa ser considerada a última etapa do planeamento em saúde, poderá relançar um novo ciclo, e se for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico e à reformulação de objetivos e metas.

A primeira avaliação ocorreu no final do mês de Janeiro aquando do final da realização do diagnóstico situacional. Nessa avaliação foi possível constatar a necessidade de caracterizar também as famílias do concelho de Alandroal e quantificar e caracterizar as valências das instituições sociais do concelho, obedecendo assim aos requisitos do documento de suporte á implementação de UCC (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009).

A segunda avaliação ocorreu no final da segunda etapa do projeto, ou seja, na determinação de prioridades. Nesta fase foi necessário acrescentar a necessidade de intervenção ao nível da população ativa, nomeadamente ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis, quer pelas necessidades de saúde identificadas no diagnóstico de situação, quer pela necessidade de intervenção referida pelo Plano Nacional de Saúde.

Na terceira fase de avaliação do projeto ocorrida na fase de estabelecimento de objetivos e estratégias no final de Março de 2013 a equipa referiu a necessidade do recurso a outros planos de ação de UCC implementados na mesma região de saúde de forma a obedecer aos critérios propostos pela ERA e pelo ACES Alentejo Central.

Na quarta e última fase da avaliação do projeto a equipa envolvida no programa propôs a necessidade de reformular a carga horária do plano de ação de acordo com a indicação do ACES de que o plano de ação seria apresentado em conjunto com o concelho de Vila Viçosa e os recursos humanos da equipa colaboradora seriam partilhados.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

As estruturas de saúde tem-se empenhado a instigar e a estimular a visão de que a pessoa está no centro do sistema de cuidados e que as decisões tomadas se devem basear nos resultados em saúde. Desta forma, o sistema tem de assentar num planeamento, estruturado no conceito de valor para os seus utilizadores, pois o que se pretende de facto, não é melhorar os cuidados de saúde, mas obter e melhorar ganhos efetivos em saúde (Ferreira, 2010).

A Ordem dos enfermeiros (2008) tem afirmado que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo essencial na resposta de proximidade aos cidadãos, deve ser orientada para a obtenção dos ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade e equidade. Neste contexto, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) é uma grande oportunidade para responder de forma efetiva às reais necessidades em cuidados de saúde dos nossos concidadãos, tendo para isso que ter a capacidade de inovar e antecipar as suas respostas face aos novos desafios e solicitações que vão emergindo.

Segundo o decreto-lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro Artigo 15 b) *“O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional;”*

Ao coordenador da UCC, e de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 14.º do Decreto- Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro citado no Despacho nº 10143/2009 artigo 7º compete: a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional; b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES; c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade; d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas e a observância das mesmas; e) Elaborar o regulamento interno da unidade, com audição da equipa multidisciplinar em reunião geral, e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo; f) Elaborar o relatório anual executivo do ACES

Ainda de acordo com o despacho citado anteriormente, artigo 7º compete, também, ao coordenador da UCC: “a) *Coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de acção e dos princípios orientadores de atividades;* g) *Representar a unidade perante o director da actividade da UCC;* b) *Coordenar a gestão dos processos e determinar os actos necessários ao seu desenvolvimento.*”

A Ordem dos Enfermeiros (2010), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista artigo 4º refere que são quatro os domínios das suas competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Este projeto de articulação expressa uma responsabilidade profissional, ética e legal, para promover o acesso e a equidade a cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário essencialmente a pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Por outro lado, pretende também, ser um instrumento que vise a gestão de cuidados e a melhoria contínua da qualidade. No mesmo regulamento (OE, 2010, b), artigo 6º) o enfermeiro especialista deve desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica, representando este projeto um esforço e um exemplo disso mesmo.

A elaboração e implementação de um plano de ação de uma UCC, nomeadamente da UCC do Concelho de Alandroal pressupõe o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista, nomeadamente neste projeto especialista em enfermagem Comunitária.

A Ordem dos Enfermeiros (2010b p.2), designa no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, no artigo 4.º, alínea a) que este profissional: “*Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;*”. Este projeto revela a capacidade de estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade específica, após a análise contextual, e de integrar na tomada de decisão as necessidades em saúde avaliadas, mediante as orientações estratégicas das políticas definidas. Este pretende ser um instrumento de resolução/ minimização de problemas, conciliando os

recursos disponíveis e otimizando os recursos necessários à realização das diferentes atividades, através da metodologia de planeamento em saúde.

O mesmo Regulamento, ainda no artigo 4.º, alínea c (OE, 2010b, p.2), menciona que este especialista: *“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;”*. Com base na pesquisa e revisão teórica das orientações nacionais e das diretivas organizacionais, no âmbito da Implementação de uma UCC, traduziu-se neste projeto e neste relatório, o empenho e a necessidade de elaborar o plano de ação do concelho de Alandroal de acordo com os objetivos e diretrizes do Plano Nacional de Saúde em vigor. Revela-se fundamental, planear e implementar alterações, ainda que modestas, avaliando o seu impacto e, de forma sustentada e suportada na evidência, potencia-las, agregando-as a outras iniciativas em curso no terreno. Foi esse o propósito ao implementar em parceria, um programa de intervenção em saúde como o Plano de ação de uma UCC. Perante as necessidades identificadas e contextualizadas, foi feito o planeamento de forma a ser exequível e sustentável. Ante as necessidades identificadas e contextualizadas e os meios disponíveis para uma intervenção abrangente na problemática em causa, mobilizaram-se recursos e articularam-se sinergias no atingir de objetivos comuns e de ganhos em saúde.

Neste projeto manifesta-se a participação do enfermeiro Especialista em Enfermagem comunitária na coordenação, promoção, implementação e monitorização do mesmo, introduzindo elementos de aperfeiçoamento e colaboração na realização do protocolo de referenciação entre diferentes instituições na comunidade.

A Ordem dos Enfermeiros (2010, b,p.2), no mesmo Regulamento, no seu artigo 4.º, alínea d, refere que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária: *“realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo -demográfico.”* Com este projeto, lançou-se um desafio ao investimento em estratégias locais, de identificação de necessidades e de risco ou vulnerabilidade de grupos da comunidade, no caso presente a população residente do concelho de Alandroal, de forma a conjugar esforços e pro-atividade, no sentido da melhoria na qualidade das respostas colocadas em prática na comunidade.

Considerou-se elementar conhecer as necessidades das pessoas com quem nos propusemos trabalhar, considerando o seu contexto e enquadramento sócio -demográfico, envolvendo no processo alguns dos decisores locais. Desta forma articulada com outros

sectores de intervenção social, pretendeu-se contribuir para a vigilância epidemiológica do fenómeno saúde-doença no âmbito comunitário que ocorre na área geo -demográfica da UCC.

No projeto que se pretende implementar, a conceção e execução de um Programa de Intervenção, direcionado para a promoção de saúde, pelo estímulo à aquisição de competências que imprimam mudanças no estilo de vida, com foco na Comunidade do Alandroal, enquadra-se nas competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária como descrito pela OE (2010b), em Regulamento, no seu artigo 4º, alínea b: “ *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.* ”

Cabe assim aos enfermeiros especialistas, um papel relevante no seio da equipa de saúde. Veja-se que no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a, p. 3), o artigo 4.º refere que “são quatro os domínios de competência comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”. Neste projeto de parceria, está patente a responsabilidade profissional, ética e legal, para promover o acesso à informação e promoção da saúde, baseada em cuidados de proximidade específicos, de um grupo. Em simultâneo pretende-se que seja uma ferramenta que facilite a melhoria contínua da qualidade e a gestão de cuidados numa postura de aprendizagem profissional com e para os outros. O Regulamento citado anteriormente refere, no artigo 6.º, que o Enfermeiro Especialista deve desempenhar um papel dinamizador e de suporte no incremento de iniciativas estratégicas da organização, no campo da governação clínica, desempenhando este projeto um esforço e um exemplo disso.

No domínio da gestão dos cuidados, o mesmo Regulamento de Competências, (OE, 2010a, p.4), no seu artigo 7.º, alínea a e b)) refere que o enfermeiro especialista em saúde comunitária: “*Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;*” e “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.*”

Envolver os responsáveis das organizações, e toda a equipa de projeto, facultando informação com base na evidência científica como suporte à tomada de decisão, foi estruturante deste projeto, do desenho à operacionalização. Há que continuar a promover

o trabalho em equipa e em rede, como garantia de maior eficácia na intervenção. Comum a todo o processo foi a necessidade de apelar à negociação, na obtenção de consensos e à liderança, para a conservação de um caminho comum. Consideramos este projeto, um contributo sólido e defensável para a afirmação da enfermagem comunitária e do trabalho em equipa multidisciplinar.

No que respeita às aprendizagens profissionais a OE (2010a, p.4) refere, no artigo 8.º, alínea a, do mesmo Regulamento que o enfermeiro Especialista: *“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.”* Realizar este projeto conduziu a contributos organizacionais, profissionais e pessoais. A nível organizacional destaca-se a otimização de recursos, pela articulação dos mesmos, visando obter ganhos em saúde de forma integrada e mais eficaz; melhorar as sinergias entre sectores da comunidade com objetivos comuns e redução de custos diretos e indiretos na intervenção; melhorar o acesso aos serviços de saúde, pela capacitação do grupo alvo. Estes contributos possibilitam *per si* maximizar a eficiência global do serviço de saúde e nos parceiros, promovendo a procura da excelência da prática. Em termos profissionais e pessoais, os benefícios resultam da maior proximidade nos cuidados, do compromisso com as pessoas e do respeito pela sua dignidade e valor, num empenhamento que é de fortalecimento de uma rede formal de trabalho. Com a realização do plano de ação da UCC de Alandroal desenvolveram-se competências técnicas no planeamento em saúde, metodologia de projeto, avaliação e monitorização, comunicação (na escuta ativa, na assertividade, no respeito, pelo outro, na cooperação e na negociação), gestão (da mudança, do tempo, da informação e da inovação do trabalho).

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a, p.4) no artigo 8.º, alínea b), no domínio das aprendizagens profissionais *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.”*

É de todo sabido que num projeto, não existe um modelo acabado, ou melhor forma de fazer ou iniciar. A sua adequação nasce do conhecimento de cada contexto, das suas particularidades, determinantes incontornáveis da melhor forma de o realizar. Ainda assim, e pese embora, o planeamento feito e as intervenções realizadas há que esperar o seu impacto no futuro e o seu alargamento a um grupo mais representativo da comunidade, para se poder responder em sentido pleno às necessidades de saúde de uma comunidade.

Elaborar e implementar um projeto desta natureza, exigiu, persistência, determinação, flexibilidade, respeito, curiosidade, honestidade, frontalidade, objetividade e visão de futuro alicerçada no presente. Não é tarefa fácil manter o rumo num projeto e nos seus objetivos, quando no dia-a-dia, a prática, nos sugere muitos outros domínios e desafios por abraçar. Com este projeto desafiamos o presente, mas particularmente o futuro, em que teremos que provar ser capazes de melhorar até à excelência. Mobilizaram-se e desenvolveram-se competências, mas identificamos já, outras a desenvolver no futuro, como seja, aumentar conhecimento e habilidades em métodos e técnicas de pesquisa, de forma a poder utilizar a evidência resultante da avaliação sistemática e sistematizada no desempenho diário, por forma a gerar e melhorar o conhecimento que promove as boas práticas.

A elaboração do Plano de ação da UCC de Alandroal exigiu paciência, flexibilidade, respeito, reciprocidade, atitude de curiosidade, honestidade, recetividade e comunicação eficaz, numa ótica de sustentabilidade. Outras competências adquiridas e ainda não mencionadas foram a capacidade de adaptação, de trabalho, a criatividade, a persistência para promover as relações interpessoais, a obtenção de consensos e o desenvolvimento da coesão de grupo.

A investigação, a avaliação e a melhoria da qualidade visam diminuir a variabilidade e a identificar e normalizar boas práticas (Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010). Deste modo, a avaliação sistematizada que gera evidência, formação contínua e investigação e a melhoria contínua da qualidade, são as quatro engrenagens que conduzem à evolução e melhoria das equipas nomeadamente da comunidade (Gomez-Batiste et al., 2005).

Numa equipa multidisciplinar como é o caso da equipa de uma UCC, há também competências a desenvolver, sobretudo no que toca a critérios e fatores que influenciam a qualidade do que se faz e os resultados. Nesta ótica é necessário desenvolver no seio da equipa, o suporte à prestação de cuidados nesta matéria, por via da formação contínua e da investigação-ação.

Relativamente à investigação, esta deve também dirigir-se para a melhoria contínua da prestação de cuidados, para a qualidade e para a gestão clínica, estruturados em articulação com outros serviços, dando robustez ao trabalho em parceria e em rede. Além da capacitação dos utentes que defendemos essencial aos seus processos de

transição, também os profissionais devem desenvolver-se no sentido da autonomização para decidir e fazer escolhas fundamentadas. Cada vez mais a integração de conceitos como autonomia, responsabilização individual e “*empowerment*”, deve ser uma filosofia do dia-a-dia.

Manter a parceria agora estruturada e melhorá-la no futuro, é uma das apostas da futura UCC do Alandroal. A sustentabilidade dos sistemas, assenta no trabalho em rede e no desenvolvimento de estratégias locais, só são viáveis e úteis se houver partilha de conhecimentos, experiências e recursos, sendo que estas são as conexões que manterão o projeto vivo (Breiddal, 2009).

A prática deve ser baseada na evidência. Deve-se apostar no desenvolvimento e testar os instrumentos de avaliação e medida, desenvolver os indicadores de avaliação, desenvolver mecanismos de partilha das aprendizagens resultantes da avaliação e incluir esta aprendizagem no terreno. A existência de projetos-piloto também ajudam a melhorar e a fortalecer os projetos, uma vez que permitem testar, construir e melhorar o sistema (HC, 2008).

É este o caminho para a acreditação (HC, 2008), que deve conjugar processos internos de autoavaliação com outros de avaliação externa da organização, no âmbito do programa nacional de acreditação em saúde (MCSP, 2007).

CONCLUSÃO

Os Cuidados de Saúde Primários significam uma abordagem no desenvolvimento da saúde. Focam as necessidades de saúde das pessoas e da sociedade e abrangem a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença, os serviços terapêuticos e de reabilitação. A sua finalidade é proporcionar o primeiro ponto de contato para as necessidades de saúde de uma dada população através de serviços compreensivos, continuados, integrados e acessíveis, no planeamento dos quais as pessoas deverão intervir.

A prática de enfermagem, analisada na visão holística, sugere o uso e desenvolvimento de ajuda, por isso a base para a ação de enfermagem são o Homem, ser tridimensional, e os conceitos de saúde e ambiente. As ações de ajuda podem dirigir-se às dimensões físico, psíquico e social da existência. Na teoria, as ações podem ser diferenciadas com base no aspeto visado ou que é usado como meio para a ação. Na prática, contudo, os métodos de ajuda estão muito interligados e complementam-se. Os cuidados de enfermagem podem ser divididos em unidades para a promoção e manutenção da saúde, em cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais. Em cada um dos casos pretende-se dar resposta às necessidades dos utentes através de diferentes métodos de ajuda, tais como, providenciar a alimentação e higiene, motivar ou orientar o indivíduo, família ou comunidade. O indivíduo pode ser ajudado a adotar um estilo de vida saudável, a manter relações humanas e a cooperar de forma independente. Trabalhando nos Cuidados de Saúde Primários, diretamente com a comunidade, os enfermeiros podem, usando métodos de ajuda, influenciar o ambiente das pessoas promovendo a saúde e prevenindo a doença (Santos, 1993).

Nos Cuidados de Saúde Primários os enfermeiros podem *“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”*, através da implementação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (Artigo 11º, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro). Esta unidade tem como missão a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico, social de âmbito domiciliário e comunitário, sendo a sua população alvo os utentes, famílias e grupos mais vulneráveis,

em situação de maior risco e/ou dependência física e funcional e/ou doença que requeira acompanhamento próximo.

O concelho de Alandroal é definido sociodemograficamente como um concelho, constituído por povoações muito dispersas e isoladas. É um concelho com poucos recursos socioeconómicos e com baixa empregabilidade, o que contribui para a fraca fixação da população mais jovem no concelho. A desertificação é evidente, e atualmente as medidas adotadas que contrariem essa realidade têm sido pouco eficazes. É um concelho envelhecido, com baixa literacia, cuja fonte de rendimentos provém principalmente da agricultura, criação de gado e indústria de transformação.

O plano de ação de UCC para o concelho de Alandroal foi traçado com base no seu diagnóstico de saúde e social. Para tal procedeu-se à consulta de indicadores demográficos e Socioeconómicos, a pesquisas de consenso (entrevistas semiestruturadas) junto dos atores sociais chave do concelho, e algumas entidades patronais. Por último realizou-se também um “*Brainstorming*” junto da equipa de enfermagem do centro de saúde.

Após o diagnóstico de saúde e social do concelho determinaram-se as áreas prioritárias de intervenção da UCC, nomeadamente: Rede Social; ECCI (equipa de Cuidados Continuados Integrados); Envelhecimento ativo; RSI (Rede social de Inserção); Saúde Escolar; Intervenção precoce; Promoção de estilos de vida saudáveis no adulto. De seguida para cada área prioritária delinear-se os objetivos a atingir traduzidos em metas; definiram-se estratégias, planearam-se atividades e estabeleceram-se indicadores de avaliação seguindo a metodologia de Planeamento em Saúde.

A elaboração do Plano de Ação de UCC do Concelho de Alandroal permitiu mobilizar e consolidar competências como enfermeira especialista em enfermagem Comunitária, na medida em que este constitui um exemplo de como integrar conhecimentos fundamentados para que se possam tomar decisões estratégicas que influenciam a gestão, numa ótica de prática sistémica e sustentável, para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da qualidade. Também se revela um projeto baseado em conhecimentos técnico-científicos e especializados no contexto organizacional de cuidados na comunidade, e uma abordagem multidisciplinar, de trabalho em equipa e em parceria, espelhando a responsabilidade ética, social e profissional que enfermeiro especialista possui, revelando capacidade para integrar como coordenador e aplicar o seu

conhecimento lidando com questões complexas e desenvolvendo soluções para os problemas identificados na comunidade.

O planeamento estratégico, a avaliação e monitorização, a formação e investigação, a melhoria da qualidade e a perspetiva de futuro são fundamentais e interdependentes para as boas práticas e o alcance da excelência dos cuidados de Enfermagem. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolver competências que o permitam participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e/ou projetos de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, C. 2006. *A Saúde como Projeto Individual, Dinâmico, Contínuo e Subjectivo!* Disponível:http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&listar_tudo=yes#article224 [Data da visita: 22/12/2009].

Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (2013). *Constituição das Equipas das UCC do ACES Alentejo Central. Propostas do Grupo de Trabalho das UCC. Évora 22P.*

Banza, Maria Manuela Serra (2012). *Envelhecimento ativo – Amadurecer em Saúde.* Relatório realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária apresentado ao Instituto Politécnico de Beja, Escola superior de Saúde em 2012. 97P. disponível:<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3968/1/projecti%20de%20intervencao%20em%20saude%20comunitariaamadurecer%20em%20saude.pdf>

Breiddal, S. (2009). *The “how-to” guide to hospice palliative care twinning projects.* Disponível: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf7pubs/palliat/2009-twinning-jumelage-eng.pdf

Carpenter, D. & Streubert, H. 2002. *Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando o Imperativo Humano.* 2.^a Edição. Lusociência, Lisboa.

Castells, M. (2002). *A Sociedade em Rede.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Carvalhosa, S., Domingos, A., e Sequeira, C. (1010). *Modelo lógico de um Programa de Intervenção comunitária.* Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n3/v28n3a08.pdf.

Costa, A. (2009). *A Educação sexual numa Escola do 3º Ciclo do ensino básico.* In Educação para a saúde no século XXI. Teorias, modelos e Práticas. Vol. II. Edição: Universidade de Évora.

Costa, Maria Arminda Mendes (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados.* Fim de Século Edições, Lda. Lisboa. ISBN 972-754-125-9 pág.19-45

Decreto - Lei Nº 28/2008. “DR 1ª Série”. 38 (2008 – 02 – 22) 1182 – 1189

Decreto- Lei Nº 115/2006. “DR 1ª Série”. A (2006 – 06 – 14) 4276 – 4282

Despacho Nº 891/1999. “DR 2ª Série”. 244 (1999-10-19) 15566.

Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da saúde, departamento de Estudos e Planeamento em saúde.

Ferreira, P.L., Antunes, P., Portugal, S. (2010). *O valor dos cuidados Primários: Perspetiva dos utilizadores das USF-2009*. Lisboa: Ministério da saúde – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures.Lusociência.1999.P.115-130

Gómez-Batiste, X., Porta, J., Tuca., & Stjernsward, J. (2005). *Organización de Servicios Y programas de Cuidados Paliativos*. Madrid: Áran

Health Canada (2008). Implementation guide to advance care planning in Canada: A case study of Two Health Authorities. Disponível: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/palliat/2008-acp-guide-pps/acp-guide-pps-eng.pdf

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Resultados definitivos. Disponível: http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html.

Imperatori, Emílio e Giraldes, Maria do Rosário (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas

Imperatori, Emílio e Giraldes, Maria do Rosário (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, 3º Ed., Lisboa P. 5-132.

Martins, F. (2008). *Educar para a saúde - uma prioridade nos Cuidados de Saúde Primários*. Revista Sinais Vitais. Nº 78. Pág.41.43

Ministério da Saúde decreto-lei nº 281/2003 de 8 e 3 Novembro. *Criação da rede de prestação de cuidados continuados*

Ministério da Saúde Despacho conjunto nº 891/99 do Diário da República nº 244, II série de 19/10/99 pág. 15566

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2011/2016*, Lisboa: Direção Geral da Saúde ISBN 972-675-108-X.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009). *Documento de Suporte à implementação de UCC*. 41P.

Ordem dos Enfermeiros (2010,a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/LegislacaoOE/Regulamento_competências_comuns_enfermeiros.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010,b.). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Em linha [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislaçãoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf]

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Proposta da ordem dos enfermeiros modelo organizacional da Unidade de Cuidados da comunidade resumo* (UCC). Pág. 1-6

Ornelas, J. E. Moniz. *Parcerias Comunitárias e Intervenção Preventiva*. Revista Análise Psicológica, 1 (25), 153-158, 2007

Ouschain, R; Weeney, J; Jonhson, L. (2000). *Dimensions of patient “ Empowerment” Implication of Professional services Marketing*. Health Marketing Quarterly

Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Alandroal (Período 2008-2010). 66P

Pereira, C. (1999). *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. Revista Nursing. Nº 267.

Pinto, Helena Isabel Excelente (2012) *Promoção da saúde sexual nos alunos do 2º ciclo da Escola E.B.2,3/S Cunha Rivara de Arraiolos*. Relatório Final de Mestrado em Enfermagem comunitária apresentado à Universidade de Évora. 10P.

Pinto, P., Fernandes, a; Botelho, M. (2007). *Envelhecimento ativo e estilos de vida saudáveis: a atividade física*. Fórum Sociológico, nº 17. II série, 43-51. Disponível em <http://forumsociológico.fcsh.unl.pt/Detalhes.aspx?ID=Ed17art5.html>

Quivy, Raymond; Campenhou, Luc (1992). *Manual de Investigação em Ciências sociais*. Lisboa: Grávida; P.155-207.

Santos, Maria Aldina Bandeira Correia dos (1993). *Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária – Estudo de caso*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação na Área da Pedagogia da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. 1993 P. 69-96

Schiefer, Ulrich et al. (2006). *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação*. Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos, Cascais, Principia. 287P.

Tavares, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Edição: Ministério da saúde. Cadernos de Formação 2.

Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Viçosa (2001). *Plano de Ação 2011/2013*. 51P.

UCC Altercrato (2010). Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade. Concelhos de alter do Chão e Crato. 73P.

Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2010). Indicadores de desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade. Disponível: <http://www.mcsp.min-saúde.pt/imgs/contente/page 95/indicadoresdaucv.pdf>

Apêndices

Apêndice I

(Projeto de Estágio: Plano de Ação de UCC do Concelho de Alandroal)



Mestrado em Enfermagem Comunitária 2012/2013

PROJETO DE ESTÁGIO:

**Plano de Ação de Unidade de Cuidados Na Comunidade (UCC) do
Concelho de Alandroal**

Cláudia de Jesus Dias Xavier Roma Pereira

Évora, 2013

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários promovem a saúde comunitária, mantendo, protegendo e melhorando a saúde da comunidade, através dos esforços organizados, que permitem a satisfação de necessidades coletivas, através da identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade, e, entre esta e a sociedade alargada. São assim considerados como a base do Sistema de Saúde, assumindo um papel fundamental na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Com a nova política de saúde e com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pretende-se prestar cuidados de saúde personalizados e de maior qualidade visando ganhos em saúde das populações (Missão Para os Cuidados de Saúde Primários, 2009).

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

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

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

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

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

No Centro de Saúde de Alandroal não está constituída uma Unidade de Cuidados na Comunidade. Este Funciona apenas como uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Assim, este trabalho foi realizado com o objetivo de elaborar um plano de ação de UCC que suporte a candidatura à Administração Regional de Saúde IP.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROJETO

2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES NA ÁREA DE INFLUÊNCIA

O concelho de Alandroal situa-se no Sul do país, no Alentejo Central e mais especificamente no distrito de Évora. Este concelho faz fronteira com o concelho de Vila Viçosa (a Norte), de Elvas (a Nordeste), de Redondo (a Oeste), de Reguengos de Monsaraz e Mourão (a Sul). Faz ainda fronteira com Espanha (a Este) ao longo de uma linha de 60km delineada pelo Rio Guadiana.

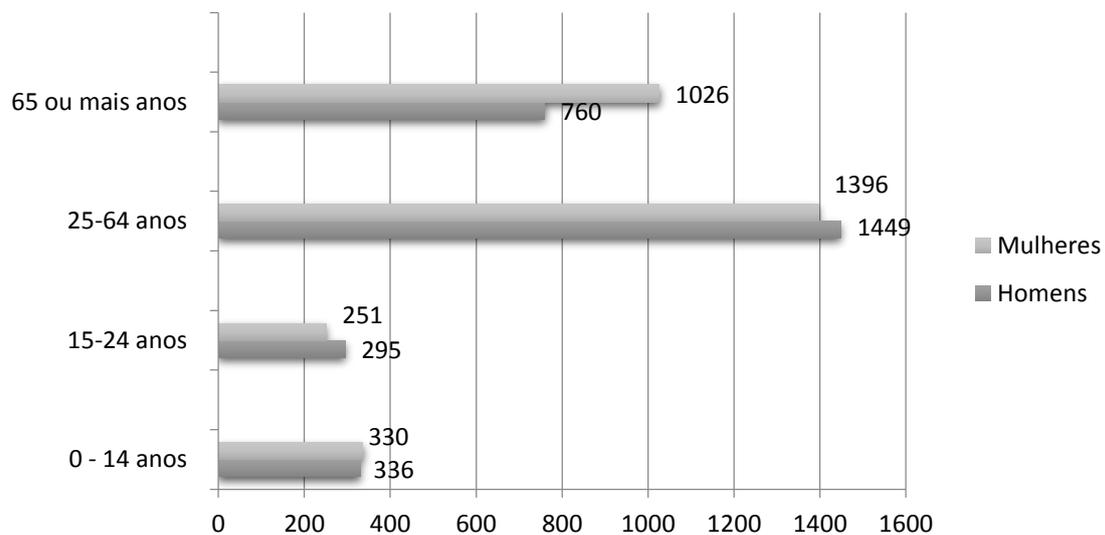
Com 542Km² de área, o concelho de Alandroal é constituído por seis freguesias, Capelins, Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora do Loreto, Santiago Maior, São Braz dos Matos e São Pedro. Por sua vez estas seis freguesias reportam-se a três vilas, Alandroal, Juromenha e Terena e a quinze aldeias, Aldeia de Faleiros, Ferreira de Capelins e Monte-juntos, Rosário, Cabeça de Carneiro, Casas de Mares, Lages, Marmelos, Orvalhos, Pias, Seixo, Sete Casinhas, Venda, Mina do Bugalho e Hortinhas.

O concelho de Alandroal tem 5843 habitantes. A freguesia de Santiago Maior tem 2292 habitantes e destaca-se como a freguesia com maior densidade populacional, seguindo-se da freguesia de Nossa Senhora da Conceição com 1867 habitantes. Nossa Senhora do Loreto é a freguesia que apresenta menor densidade populacional com apenas 107 habitantes.

A tendência de diminuição da população residente tem sido progressiva pelo menos desde 1960. Esta década marca o ponto de rutura no contínuo crescimento demográfico verificado entre o início do século e o final dos anos 50. Este decréscimo no crescimento populacional deve-se essencialmente ao gradual declínio da atividade agrícola e à concentração dos serviços e indústrias nos grandes centros urbanos.

Analisando a Pirâmide Etária do concelho de Alandroal verifica-se uma forte tendência para o envelhecimento da população. Nesta perspetiva há um maior número de indivíduos com idades entre os 25 e os 64 anos e com mais de 65 anos do que com idades entre os 15 e os 24 e com menos de 14 anos.

Gráfico I - Pirâmide Etária de Alandroal



De acordo com os dados fornecidos pelo INE (censos 2011) o concelho de Alandroal apresenta valores de analfabetismo superiores aos registados no país e na região. Sendo a taxa de analfabetismo no concelho de 25,42%, ao passo que no Alentejo e no continente essa percentagem é de 22,42% e de 19,04%, respetivamente. Essas diferenças também se registam ao nível dos ensinos secundário, pós-secundário e superior.

Estes resultados poderão fundamentar-se pelas elevadas taxas de envelhecimento e de migração que se verificam no concelho e, que condicionam consequentemente, o desenvolvimento do mesmo.

Em termos de profissões dominantes o município do Alandroal caracteriza-se pelo domínio de empregos pouco qualificados. De facto surgem nas primeiras posições os operários, artífices e trabalhadores não qualificados, o pessoal dos serviços e vendedores e operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, que no seu conjunto representam 74,2% dos trabalhadores do concelho (Censos, 2001).

Tendo em conta as características sociodemográficas do concelho, a taxa de instrução, a taxa de insucesso escolar e o índice de abandono escolar, torna-se necessário repensar a educação dos alunos, que no concelho, se encontram cada vez mais isolados em escolas com fracos recursos. Neste sentido, no concelho do Alandroal existem dois centros escolares que dão resposta às necessidades educativas de 520 alunos no presente ano letivo, dos quais, 160 são transportados em frota camarária.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA UCSP DO ALANDROAL

O Centro de Saúde de Alandroal está integrado no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (Instituição Pública) desde 9.10.12. resultante da fusão dos agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e Alentejo Central II (Portaria nº 308/2012. DR nº 195, série I de 9/10/2012.

A sede Fica localizada no concelho de Alandroal e é constituído por dez unidades de saúde (ver quadro I). Presta assistência a todos os utentes residentes nestas freguesias bem como outras não residentes, tendo neste momento cerca de 5983 utentes inscritos.

Os utentes inscritos no centro de saúde são maioritariamente adultos e envelhecidos e encontram-se em freguesias muito dispersas.

Quadro I – Distância das Unidades de saúde à sede (Alandroal)

Unidade de saúde	Distância à sede (Alandroal)
Santiago maior	23.3 Km
Orvalhos	17 Km
Hortinhas	15 Km
Terena	10.4 Km
Ferreira de Capelins	18.4 Km
Monte Juntos	21.3 Km
Cabeça de Carneiro	21 Km
Rosário	11.3 Km
Mina do bugalho	9.9 Km
Juromenha	16.7 Km

O Centro de Saúde de Alandroal é constituído por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população regendo-se pelo princípio da garantia, acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados.

A missão do centro de saúde implica que uma parte substancial da sua atividade e cuidados se dirijam á comunidade que serve, incluindo abordagens preventivas e de

promoção da saúde no âmbito ambiental a grupos específicos, abordagens de prevenção terciária dirigidas ao indivíduo ou às famílias, entre outras. A promoção da saúde constitui, pois, uma das principais funções dos centros de saúde, á qual deve der dada prioridade, já que constitui o núcleo essencial da filosofia e estratégia dos Cuidados de Saúde Primários.

As atividades realizadas no centro de saúde são: Vacinação; Consulta aberta; Ambulatório; Apoio domiciliário; Consultas a diabéticos e hipertensos; Cuidados continuados; Consultas de saúde infantil; Consultas de saúde materna; Consultas de planeamento familiar; Consulta de Hipo coagulação; Intervenção precoce; Saúde escolar; Projetos de intervenção comunitária; Consultas de telemedicina; Vigilância de saúde pública; Educação para a saúde; Formação e Gestão de recursos.

O centro de saúde funciona das 9H-21H durante a semana e nos fins-de-semana das 9H-15H, tendo como objetivos gerais a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação de acordo com o Plano Nacional de Saúde e o Plano de Saúde da sua Região de Saúde, adaptando-os de acordo com as prioridades, necessidades e problemas existentes na comunidade com a seguinte equipa:

Quadro II – N° de elementos por categoria profissional do Centro de Saúde de Alandroal

Categoria profissional	N° de elementos no quadro
Médicos	2
Enfermeiros	6
Enfermeiro Especialista	1
Administrativos	10
Auxiliares	9

O quadro médico não está preenchido havendo necessidade de recorrer a médicos contratados pelas empresas. O quadro de enfermagem, administrativo e de Apoio geral encontra-se preenchido.

3. METODOLOGIA

A forma como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como usam esse mesmo conhecimento no quotidiano, tem uma importância crescente nas profissões de saúde, pela valorização dos processos de reflexão institucional, que permitem aos profissionais legitimar práticas sociais, que vão para além do conhecimento interpessoal e das circunstâncias localmente definidas, porque dependem de um conhecimento especializado.

A metodologia de base deste projeto é o conceito de Planeamento em Saúde. Nesse sentido, pode-se afirmar que o conceito de planeamento refere-se ao ato de planear como um fim a atingir. Segundo a perspetiva encontrada no MAPA (Schiefer, 2006), o processo de planeamento inicia-se a partir de um diagnóstico da situação em concreto, em direção ao reconhecimento dos objetivos gerais do projeto, identificando, por último, as ações que se esperam que conduzam à concretização desses mesmos objetivos. Por outras palavras, o planeamento nasce de uma ideia preliminar de projeto, de forma a encontrar uma resposta adequada à situação em causa, quando surge um técnico capaz de colocar em prática essa ideia, adequando-a ao contexto institucional da situação.

Imperatori e Giraldes (1993) definem o planeamento como a aplicação da lógica na vontade de transformar a realidade, apresentando três premissas capazes de sustentar esta afirmação, como a racionalidade das decisões, a capacidade de moldar a realidade, tendo por base um modelo pré-definido e, por fim, ser possível referir-se ao futuro.

O desenho do planeamento, segundo Imperatori e Giraldes (1993), deve conter três fases importantes, nomeadamente a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução); a execução e a avaliação. Estas fases não devem nunca esquecer a máxima do planeamento, isto é, um processo que se pretende contínuo, em todas as suas vertentes, pois a mudança é constante.

O presente projeto visa a elaboração de um diagnóstico da situação social e de saúde do concelho do Alandroal que servirá de base para definir prioridades, fixar objetivos, selecionar estratégias e planear intervenções adequadas às necessidades dos utentes alvos.

3.1 POPULAÇÃO ALVO

Na realização de um projeto torna-se necessário “circunscrever o campo de análises empíricas no espaço geográfico e social, e no tempo” (Quivy e Campenhoudt, 1992:159).

A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos), que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1999). A população Alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações. Definiu-se como **população alvo**: A População Residente no Concelho de Alandroal.

3.2 OBJETIVOS

De acordo com Tavares (1990: 115) “ os objetivos devem sere geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis, relativamente à população alvo” ainda, segundo o mesmo autor “ se o objetivo geral, tal como o próprio nome indica, se refere a uma determinada situação que se pretende atingir, mas é formulado de uma maneira genérica, os objetivos específicos detalham, particularizam, aspetos dessa situação”. Em conformidade com este estudo definiu-se como **objetivo geral**:

- Elaborar um Plano de Ação de Unidade de Cuidados na Comunidade no concelho do Alandroal para candidatura à ARS Alentejo, IP.

Mais **especificamente**:

- Reunir contributos para o diagnóstico social e de saúde do Concelho do Alandroal;
- Definir prioridades de atuação tendo por base o levantamento das necessidades de saúde e sociais do concelho;
- Fixar os objetivos do plano de ação da UCC;
- Seleccionar as estratégias do plano de ação da UCC;
- Preparar operacionalmente o plano de ação da UCC;
- Definir os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC.

3.3 ATIVIDADES

Objetivo 1: Reunir contributos para o diagnóstico social e de saúde do Concelho do Alandroal;	
Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisar indicadores demográficos e socioeconómicos;• Realizar um “Brainstorming” (pesquisa de consenso) com a equipa de enfermagem;• Entrevistar os atores sociais do concelho nomeadamente: Presidente da Câmara Municipal do Alandroal; Diretor do agrupamento de escolas do Alandroal; Presidente da “Choupana” (IPSS) e Provedor da Santa Casa de Misericórdia do Alandroal).• Entrevistar três unidades empregadoras do Concelho (fabril, lar de idosos e trabalho rural)• Elaborar os guiões das entrevistas semiestruturadas• Analisar o conteúdo das entrevistas semiestruturadas (método qualitativo) • Identificar as necessidades sociais e de saúde do concelho do Alandroal

Objetivo 2: Definir prioridades de atuação com base no levantamento das necessidades de Saúde e Sociais do concelho	
Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Definir os critérios de decisão, atribuindo-lhe os pesos respetivos;• Estimar e comparar os problemas;• Utilizar a grelha de análise como técnica para determinação de prioridades. Esta técnica permite determinar prioridades partindo dos seguintes critérios:<ul style="list-style-type: none">✓ Importância do problema✓ Relação entre a necessidade e fatores de risco✓ Capacidade técnica de resolver o problema✓ Exequibilidade do projeto ou da intervenção• Consultar o documento de suporte à implementação da UCC

Objetivo 3: Fixar os objetivos do plano de ação da UCC	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar a ERA (Equipa Regional de Apoio) • Consultar o documento de suporte à implementação da UCC • Formular os objetivos; • Projetar e prever os problemas; • Fixar os objetivos; • Traduzir os objetivos em objetivos operacionais: Metas

Objetivo 4: Selecionar as estratégias do plano de ação da UCC	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar a ERA (Equipa Regional de Apoio) • Consultar o documento de suporte à implementação da UCC • Selecionar a estratégia mais adequada; • Adequar a estratégia selecionada aos recursos físicos e financeiros disponíveis; • Adequar aos recursos necessários; • Enumerar as modificações necessárias; • Estimar os custos das estratégias; • Avaliar a adequação de recurso e sua previsão; • Analisar a adequação e a previsão dos recursos necessários <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Nº de recursos necessários = população x ratio selecionado</i>

Objetivo 5: Preparar operacionalmente o plano de ação da UCC	
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar a ERA (Equipa Regional de Apoio); • Consultar o documento de suporte à implementação da UCC; • Definir para cada atividade: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que deve ser feito ✓ Quem deve fazer ✓ Quando deve fazer ✓ Como deve ser feito ✓ Avaliação da atividade ✓ O objetivo que se pretende atingir ✓ O Custo ✓ Carga horária • Definir a liderança e a equipa do plano de ação; • Estimar os custos do plano de ação; • Estimar a carga horária do projeto; • Definir relações e protocolos de atuação conjunta.

Objetivo 6: Definir os indicadores de avaliação do plano de ação da UCC

Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar a ERA (Equipa Regional de Apoio); • Consultar o documento de suporte à implementação da UCC; • Identificação dos indicadores que permitirão avaliarem determinado momento expreso o desenvolvimento do programa • Identificar a fórmula de cálculo de cada indicador
------------	---

3.4 CRONOGRAMA

Ano	2012		2013							
	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.
Elaboração do projeto de Estágio				26	12					
Reuniões de discussão do projeto de estágio										
Entrega do projeto de Estágio					30					
Objetivo 1										
Objetivo 2										
Objetivo 3										
Objetivo 4										
Objetivo 5										
Objetivo 6										
Elaboração do Plano de Ação da UCC										
Entrega do Plano de Ação da UCC						30				
Pesquisa bibliográfica										
Elaboração do relatório final										
Entrega do relatório final										19

Legenda:

Objetivo 1 - Reunir contributos para o diagnóstico social e de saúde do Concelho do Alandroal;

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

Objetivo 2 - Definir prioridades de atuação com base no levantamento das necessidades de Saúde e Sociais do concelho

Objetivo 3- Fixar os objetivos do plano de Ação da UCC

Objetivo 4 - Selecionar as estratégias do plano de ação da UCC

Objetivo 5 - Preparar operacionalmente o plano de Ação da UCC

Objetivo 6 - Definir os indicadores de avaliação do plano de Ação da UCC

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009). *Documento de Suporte à implementação de UCC*. 41P.

Imperatori, Emílio e Giraldes, Maria do Rosário (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, 3º Ed., Lisboa P. 5-132.

Quivy, Raymond; Campenhou, Luc (1992). *Manual de Investigação em Ciências sociais*. Lisboa: Grávida;P.155-207.

Schiefer, Ulrich et all (2006). *Método Aplicado de Planeamento e Avaliação*. Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos, Cascais, Principia. 287P.

Tavares, António (1999). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Departamento de recursos humanos de saúde. Centro de Formação e aperfeiçoamento profissional. Pág. 31-33.

Apêndice II

(Guião de Cada Entrevista – Diagnóstico Situacional)

Guião da Entrevista 1 - Presidente da Câmara Municipal do Alandroal

Objetivo Geral do Estudo:

- Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho de Alandroal até Jan/2013 com vista a elaboração de um plano de ação de UCC para candidatura à ARS Alentejo, IP.

Objetivos específicos da entrevista:

1. Identificar as necessidades sociais do concelho do Alandroal
2. Identificar as possíveis parcerias entre a Câmara Municipal e a futura UCC

Designação dos Blocos	Objetivos	Perguntas e orientações
I – Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar o entrevistador para a sua participação no diagnóstico situacional • Obter consentimento para a participação no estudo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar: <ul style="list-style-type: none"> • Temática em estudo • Objetivos e finalidade 2. Garantir a confidencialidade dos dados e utilização dos mesmos apenas para o fim a que se destinam 3. Garantir o anonimato, 4. Pedir autorização para a utilização da gravação áudio como método de registo dos dados obtidos.
II – Diagnóstico social do concelho de Alandroal com vista a implementação de uma UCC	1. Identificar as necessidades sociais do concelho.	1- Quais as necessidades sociais que o Sr. Presidente identifica no concelho?
	2. Identificar as possíveis parcerias entre a Câmara Municipal e a Futura UCC	2- Que tipo de parcerias poderá a Câmara municipal estabelecer com a futura UCC?

Guião da Entrevista 2 – Diretor do Agrupamento de Escolas do Alandroal

Objetivo Geral do Estudo:

- Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho de Alandroal até Jan/2013 com vista a elaboração de um plano de ação de UCC para candidatura à ARS Alentejo, IP.

Objetivos específicos da entrevista:

1. Identificar as necessidades de intervenção na área da saúde escolar;
2. Identificar as possíveis parcerias entre o agrupamento de escolas e a Futura UCC.

Designação dos Blocos	Objetivos	Perguntas e orientações
I – Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar o entrevistador para a sua participação no diagnóstico situacional • Obter consentimento para a participação no estudo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar: <ul style="list-style-type: none"> • Temática em estudo • Objetivos e finalidade 2. Garantir a confidencialidade dos dados e utilização dos mesmos apenas para o fim a que se destinam 3. Garantir o anonimato, 4. Pedir autorização para a utilização da gravação áudio como método de registo dos dados obtidos.
II – Diagnóstico de saúde escolar do concelho de Alandroal com vista a implementação de uma UCC	1. Identificar as necessidades de intervenção na área da saúde escolar	1-Quais as necessidades de intervenção na área de saúde escolar, que identifica?
	2. Identificar as possíveis parcerias entre o agrupamento de escolas e a Futura UCC	2- Que tipo de parcerias poderá o agrupamento de escolas estabelecer com a futura UCC?

Guião da Entrevista 3 - Presidente da “Choupana” – IPSS (Instituição privada de solidariedade social)

Objetivo Geral do Estudo:

- Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho de Alandroal até Jan/2013 com vista a elaboração de um plano de ação de UCC para candidatura à ARS Alentejo, IP.

Objetivos específicos da entrevista:

1. Identificar as necessidades sociais do concelho do Alandroal;
2. Identificar as possíveis parcerias entre a “Choupana” e a futura UCC.

Designação dos Blocos	Objetivos	Perguntas e orientações
I – Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar o entrevistador para a sua participação no diagnóstico situacional • Obter consentimento para a participação no estudo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar: <ul style="list-style-type: none"> • Temática em estudo • Objetivos e finalidade 2. Garantir a confidencialidade dos dados e utilização dos mesmos apenas para o fim a que se destinam 3. Garantir o anonimato, 4. Pedir autorização para a utilização da gravação áudio como método de registo dos dados obtidos.
II – Diagnóstico social do concelho de Alandroal com vista a implementação de uma UCC	1. Identificar as necessidades sociais do concelho.	1. Quais as necessidades sociais que o Sr. Presidente identifica no concelho?
	2. Identificar as possíveis parcerias entre a “Choupana” e a Futura UCC	2. Que tipo de parcerias poderá a “Choupana” estabelecer com a futura UCC?

Guião da Entrevista 4 – Vice Provedor da Santa Casa de Misericórdia do Alandroal

Objetivo Geral do Estudo:

- Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho de Alandroal até Jan/2013 com vista a elaboração de um plano de ação de UCC para candidatura à ARS Alentejo, IP.

Objetivos específicos da entrevista:

1. Identificar as necessidades sociais e de saúde do concelho do Alandroal;
2. Identificar as possíveis parcerias entre a Santa Casa de Misericórdia e a futura UCC.

Designação dos Blocos	Objetivos	Perguntas e orientações
I – Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar o entrevistador para a sua participação no diagnóstico situacional • Obter consentimento para a participação no estudo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar: <ul style="list-style-type: none"> • Temática em estudo • Objetivos e finalidade 2. Garantir a confidencialidade dos dados e utilização dos mesmos apenas para o fim a que se destinam 3. Garantir o anonimato, 4. Pedir autorização para a utilização da gravação áudio como método de registo dos dados obtidos.
II – Diagnóstico social do concelho de Alandroal com vista a implementação de uma UCC	1. Identificar as necessidades sociais do concelho.	1-Quais as necessidades sociais que o Sr. Diretor identifica no concelho?
	2. Identificar as possíveis parcerias entre a Santa Casa de Misericórdia e a Futura UCC	2- Que tipo de parcerias poderá a Santa Casa de Misericórdia estabelecer com a futura UCC?

Guião da Entrevista 5 – Entidades Patronais das 3 Maiores Empresas Empregadoras do Alandroal

Objetivo Geral do Estudo:

- Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho de Alandroal até Jan/2013 com vista a elaboração de um plano de ação de UCC para candidatura à ARS Alentejo, IP.

Objetivos específicos da entrevista:

1. Identificar as necessidades de intervenção na área da saúde ocupacional;
2. Identificar as possíveis parcerias entre a empresa empregadora e a futura UCC.

Designação dos Blocos	Objetivos	Perguntas e orientações
I – Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar o entrevistador para a sua participação no diagnóstico situacional • Obter consentimento para a participação no estudo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar: <ul style="list-style-type: none"> • Temática em estudo • Objetivos e finalidade 2. Garantir a confidencialidade dos dados e utilização dos mesmos apenas para o fim a que se destinam; 3. Garantir o anonimato; 4. Pedir autorização para a utilização da gravação áudio como método de registo dos dados obtidos.
II – Diagnóstico de saúde ocupacional do concelho de Alandroal com vista a implementação de uma UCC	1. Identificar as necessidades de intervenção na área da saúde Ocupacional	1-Quais as necessidades de intervenção na área da saúde no trabalho, que identifica?
	2. Identificar as possíveis parcerias entre a empresa empregadora e a Futura UCC	2- Que tipo de parcerias poderá a sua empresa estabelecer com a futura UCC?

Guião da Entrevista 6 – Comandante do Destacamento Territorial do GNR

Objetivo Geral do Estudo:

- Reunir contributos para o diagnóstico da situação social e de saúde do Concelho de Alandroal até Jan/2013 com vista a elaboração de um plano de ação de UCC para candidatura à ARS Alentejo, IP.

Objetivos específicos da entrevista:

3. Identificar as necessidades sociais e de saúde do concelho do Alandroal;
4. Identificar as possíveis parcerias entre a GNR e a futura UCC.

Designação dos Blocos	Objetivos	Perguntas e orientações
I – Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Motivar o entrevistador para a sua participação no diagnóstico situacional • Obter consentimento para a participação no estudo 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Informar: <ul style="list-style-type: none"> • Temática em estudo • Objetivos e finalidade 6. Garantir a confidencialidade dos dados e utilização dos mesmos apenas para o fim a que se destinam 7. Garantir o anonimato, 8. Pedir autorização para a utilização da gravação áudio como método de registo dos dados obtidos.
II – Diagnóstico social do concelho de Alandroal com vista a implementação de uma UCC	5. Identificar as necessidades sociais do concelho.	1-Quais as necessidades sociais que o Sr. Comandante identifica no concelho?
	6. Identificar as possíveis parcerias entre a Santa Casa de Misericórdia e a futura UCC	2- Que tipo de parcerias poderá a GNR estabelecer com a futura UCC?

Apêndice III

(Plano de Ação de UCC do Concelho de Alandroal)



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Mestrado em Enfermagem Comunitária 2012/2013

**Plano de Ação de Unidade de Cuidados na Comunidade
(UCC) do concelho de Alandroal**



Cláudia de Jesus Dias Xavier Roma Pereira

Évora

2013

SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSA – Centro de Saúde de Alandroal

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EC CI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

IP – Instituição Pública

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

PDS – Plano de Desenvolvimento Social

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários promovem a saúde comunitária, mantendo, protegendo e melhorando a saúde da comunidade, através dos esforços organizados, que permitem a satisfação de necessidades coletivas, através da identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade, e, entre esta e a sociedade alargada. São assim considerados como a base do Sistema de Saúde, assumindo um papel fundamental na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Com a nova política de saúde e com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pretende-se prestar cuidados de saúde personalizados e de maior qualidade visando ganhos em saúde das populações (Missão Para os Cuidados de Saúde Primários, 2009).

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

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

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

A Unidade de Cuidados na Comunidade *“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou*

doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Artigo 11º, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro).

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

No Centro de Saúde de Alandroal não está constituída uma Unidade de Cuidados na Comunidade. Este Funciona apenas como uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Deste modo, foi realizado este Plano de UCC para candidatura à Administração Regional de Saúde IP.

A UCC de Alandroal considera que é fundamental uma boa articulação, não só com todos os profissionais e unidades que integram o ACES, como também com os que integram a Rede Social do concelho, no sentido de rentabilizar esforços e potenciar respostas que cada um, individualmente, não conseguiria atingir, de forma a assegurar cuidados integrados, atempados e de qualidade aos cidadãos.

Em contexto de intervenção Comunitária, o sucesso de um número significativo de intervenções/atividades decorre do conhecimento profundo da comunidade, dos seus representantes formais e informais, dos recursos sociais e do estabelecimento de parcerias.

O objetivo geral deste plano, enquanto instrumento de gestão é melhorar os indicadores de qualidade, equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde prestados por esta UCC, com o envolvimento dos vários profissionais.

A UCC de Alandroal, funcionará os 7 dias da semana, entre as 9 e as 21 horas, de forma a manter o mesmo horário de funcionamento da UCSP do Centro de Saúde de Alandroal e define como objetivos principais:

- Desenvolver Intervenções com pessoas, família e grupos com maior vulnerabilidade;
- Intervir em Programas no âmbito da proteção e promoção de Saúde e prevenção da doença na comunidade;

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

- Desenvolver projetos de intervenção comunitária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores no âmbito da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- Implementar projetos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população ao longo do ciclo de vida;
- Estabelecer protocolos de articulação com outras unidades funcionais;
- Estabelecer parcerias com agentes formais e informais da comunidade.

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

2.CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA DA UCC DE ALANDROAL

A UCC de Alandroal constitui-se de uma equipa multidisciplinar de forma a dar resposta às atividades indicadas dentro do plano de ação, incluindo: três enfermeiros, um médico, um psicólogo, um terapeuta da Fala, um Assistente operacional, um assistente técnico e um fisioterapeuta.

Destes técnicos, apenas os enfermeiros, o assistente operacional e o assistente técnico, constituem a equipa base da UCC, estando a tempo inteiro afetos à unidade. Os restantes elementos encontram-se afetos a outras unidades funcionais e/ou equipas e disponibilizam horas de afetação à UCC a tempo parcial.

O enfermeiro coordenador da equipa multidisciplinar é detentor do grau de especialista em Enfermagem Comunitária.

3. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE AÇÃO DA UCC DE ALANDROAL

Definiu-se como população alvo do Plano de Ação da UCC: A População residente no concelho de Alandroal.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES NA ÁREA DE INFLUÊNCIA

Localização



Figura 1 – Mapa do Concelho de Alandroal

O concelho de Alandroal situa-se no Sul do país, no Alentejo Central e mais especificamente no distrito de Évora. Este concelho faz fronteira com o concelho de Vila Viçosa (a Norte), de Elvas (a Nordeste), de Redondo (a Oestes), de Reguengos de Monsaraz e Mourão (a Sul). Faz ainda fronteira com Espanha (a Este) ao longo de uma linha de 60km delineada pelo Rio Guadiana.

Enquadramento Geodemográfico

Com 542Km² de área, o concelho de Alandroal é constituído por seis freguesias, Capelins, Nossa Senhora da Conceição, Nossa Senhora do Loreto, Santiago Maior, São Braz dos Matos e São Pedro. Por sua vez estas seis freguesias reportam-se a três vilas, Alandroal, Juromenha e Terena e a quinze aldeias, Aldeia de Faleiros, Ferreira de Capelins e Monte-juntos, Rosário, Cabeça de Carneiro, Casas de Mares, Lages, Marmelos, Orvalhos, Pias, Seixo, Sete Casinhas, Venda, Mina do Bugalho e Hortinhas.

Em termos de área, a freguesia do Loreto é a freguesia mais pequena do concelho, ocupando apenas 5,5% do total da sua área, e a freguesia de Alandroal é a maior com uma ocupação de 30,3% da área total.

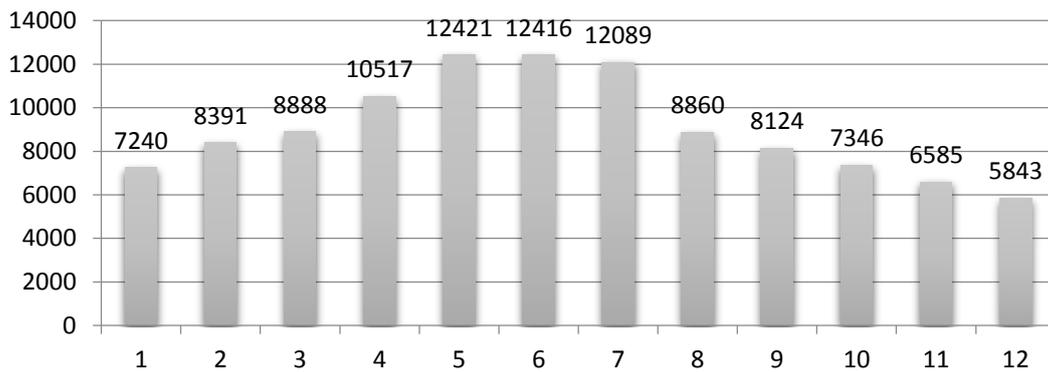
As povoações do concelho encontram-se geograficamente bastante dispersas, existindo por esse motivo múltiplas habitações em montes de difícil acesso.

A região do Alentejo é, simultaneamente, a maior e menos povoada região do país. Abrangendo uma área que corresponde a aproximadamente 5,53% da população de Portugal Continental.

O concelho de Alandroal tem 5843 habitantes. A freguesia de Santiago Maior tem 2292 habitantes e destaca-se como a freguesia com maior densidade populacional, seguindo-se da freguesia de Nossa Senhora da Conceição com 1867 habitantes. Nossa Senhora do Loreto é a freguesia que apresenta menor densidade populacional com apenas 107 habitantes.

A tendência de diminuição da população residente tem sido progressiva pelo menos desde 1960. Esta década marca o ponto de rutura no contínuo crescimento demográfico verificado entre o início do século e o final dos anos 50. Este decréscimo no crescimento populacional deve-se essencialmente ao gradual declínio da atividade agrícola e à concentração dos serviços e indústrias nos grandes centros urbanos.

Gráfico I – Evolução da População Residente no Concelho de Alandroal



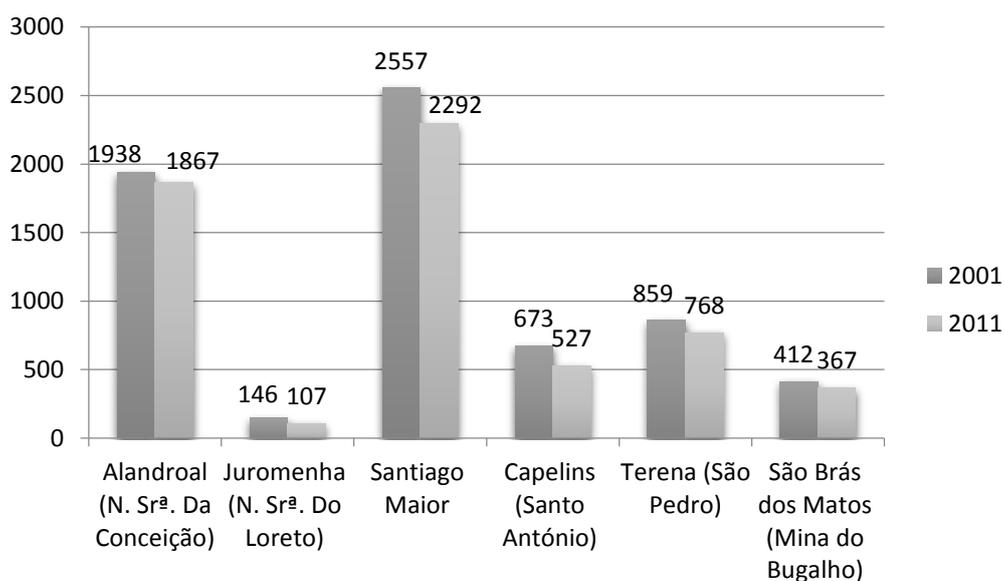
Fonte: INE, Censos 2011

1900; 1910; 1920; 1930; 1940; 1950; 1960; 1970; 1981; 1991; 2001; 2011

Pela análise do gráfico I verifica-se que entre as décadas de 1900 e 1950 se registou um crescimento da população local na ordem dos 29%, enquanto, nas décadas de 1960 e 2011 houve uma inversão dessa tendência e registou-se uma perda de população de aproximadamente 50%.

Na década de 1970 registou-se uma diminuição da população em relação à década de 1960 de cerca de 26%. Nas décadas seguintes, 1981, 1991, 2001 e 2011 os decréscimos foram, respetivamente de 9,58 e de 11,27%.

Gráfico II – Evolução e Distribuição da População de Alandroal por Freguesias

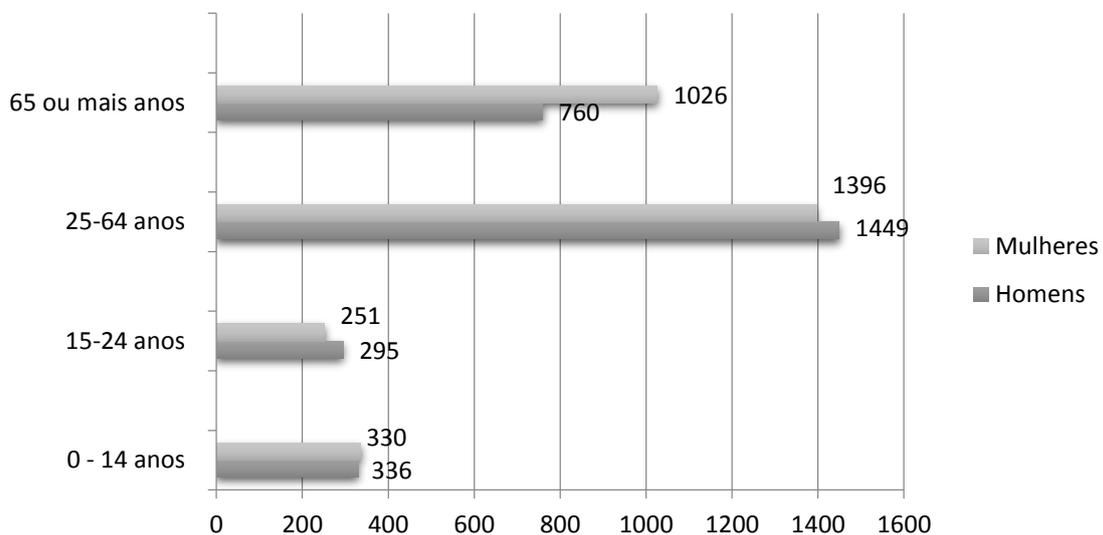


Fonte: INE, Censos 2011

Os fluxos migratórios da população do concelho para os grandes centros urbanos, para o litoral e para os núcleos urbanos dos concelhos vizinhos têm vindo a provocar uma tremenda erosão demográfica, existindo mesmo freguesias no concelho onde o despovoamento poderá chegar a representar, se não for contrariado a tempo, uma morte a prazo.

Analisando a Pirâmide Etária do concelho de Alandroal verifica-se uma forte tendência para o envelhecimento da população. Nesta perspetiva há um maior número de indivíduos com idades entre os 25 e os 64 anos e com mais de 65 anos do que com idades entre os 15 e os 24 e com menos de 14 anos.

Gráfico III - Pirâmide Etária de Alandroal



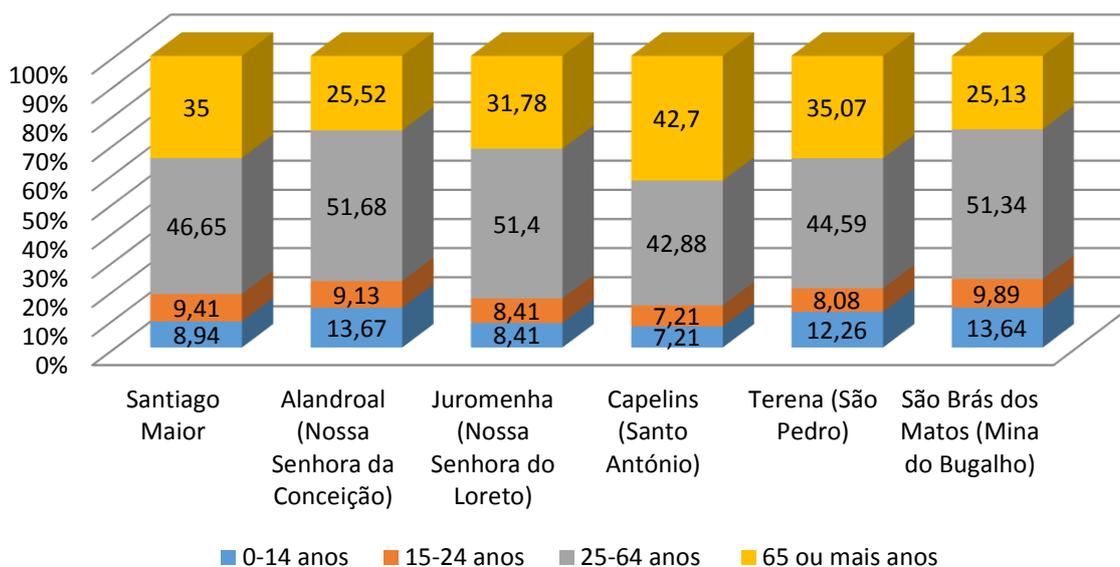
Fonte: INE, Censos 2011

Feita a análise da estrutura etária concelhia importa proceder a uma análise por freguesia.

São comuns a todas as freguesias as elevadas percentagens de pessoas com 65 anos ou mais e as reduzidas percentagens de jovens entre os 0 e os 14 anos de idade. No que respeita à população ativa (25-64 anos) verificam-se também percentagens relativamente baixas e que revelam um decréscimo em relação aos anos anteriores.

É nas freguesias de Capelins (42,7%), Terena (35,07%) e Santiago Maior (35%) que esta situação se torna mais preocupante. As freguesias de Alandroal e de São Brás dos Matos são as que apresentam uma maior percentagem de crianças entre os 0 e os 14 anos e também uma menor percentagem de pessoas com 65 anos ou mais.

Gráfico IV – Estrutura Etária por Freguesias do concelho de Alandroal



Fonte: INE, Censos 2011

Conclui-se que na maioria das freguesias do concelho de Alandroal a percentagem de indivíduos com 65 anos ou mais é superior à percentagem de indivíduos entre os 0 e os 14 anos e entre os 15 e os 24 anos.

Indicadores Demográficos	Alandroal	Alentejo	Portugal
TX de natalidade	6,1	9,1	11
TX de mortalidade	12,5	13,8	10,2
TX de crescimento Natural	-6,4	-4,7	0,8
TX de nupcialidade	2,7	4,7	5,4

Quadro I – Indicadores Demográficos do Alandroal, Alentejo e Portugal

Fonte de dados: INE, Censos 2001

Segundo os censos de 2001 A taxa de natalidade é de 6,1% no Alandroal inferior à do Alentejo (9,1%) e à de Portugal (11%) e a taxa de mortalidade de 12,5% pouco inferior à do Alentejo (13,8%), e superior à de Portugal (10,2%).

Indicadores demográficos do Concelho de Alandroal	Percentagem
Índice de envelhecimento	264%
% De potencialmente ativos	59,04%
Índice de juventude	37,35%
Índice de longevidade	58,28%
Índice de dependência de jovens	19,03%
Índice de dependência total	69,45%
Índice de juventude por população ativa	93,93%
Índice de renovação da população ativa	106,78%

Quadro II – Indicadores demográficos do concelho de Alandroal

Fonte: Censos de 2011

Pela análise do quadro VI, a estrutura populacional encontra-se duplamente envelhecida devido à existência de poucos jovens adultos e muitos idosos em percentagens desfavoráveis. A taxa de envelhecimento é de 264% ou seja, por cada 100 jovens (0-14 anos) no concelho existem 264 idosos.

A percentagem de potencialmente ativos é de 59,04%, e resulta da divisão entre a população que se situa entre o fim da escolaridade obrigatória e o início da velhice pela população total. O índice de juventude é de 37,35%, ou seja por cada 100 idosos no concelho existem 37,35 jovens dos 0 aos 14 anos.

O índice de longevidade compara o peso dos idosos mais jovens (65 e mais anos) com o peso dos idosos menos jovens (75 e mais anos) que é de 58,28%, ou seja por cada 100 idoso com 65 e mais anos, existem 58,28 idosos com 75 e mais anos.

O índice de dependência de jovens é de 19,03%, ou seja por cada 100 potencialmente ativos (15-64 anos) existem 19,03 jovens com idade entre 0 e 14 anos de idade.

O índice de dependência total mede o peso do conjunto dos jovens e dos idosos na população potencialmente ativa e no Alandroal é de 69,45%, quer isto dizer que por cada 100 pessoas com idade entre 15 e 64 anos existem 69,45 pessoas com idades compreendidas entre os 0 e 14 anos e 65 e mais anos.

O índice de juventude por população ativa mede o grau de envelhecimento da população potencialmente ativa que é de 93,93%, ou seja por cada 100 pessoas com idades compreendidas entre 40 e 64 anos existem 93,93 pessoas com idade entre os 15 e 39 anos.

Por último através dos censos 2011 foi possível calcular o índice de renovação da população ativa que é de 106,78% o que relaciona o volume potencial da população que está a entrar em atividade com o volume potencial da população que se está a reformar. Portanto por cada 100 pessoas que se estão a reformar existem 106,78 pessoas que estão a entrar em atividade.

Habitação

Relativamente à habitação verifica-se que a maioria da população residente habita em alojamentos do tipo clássico, não existindo barracas no concelho.

	Total	Tipo de Alojamento	
		Clássicos	Outros
<i>Santiago Maior</i>	319	318	1
<i>Alandroal</i>	4497	4496	1
<i>Alandroal (Nossa Senhora da Conceição)</i>	1259	1259	0
<i>Juromenha (Nossa Senhora do Loreto)</i>	132	131	1
<i>Santiago Maior</i>	1455	1455	0
<i>Capelins (Santo António)</i>	614	614	0
<i>Terena (São Pedro)</i>	738	738	0
<i>São Brás dos Matos (Mina do Bugalho)</i>	299	299	0

Quadro III – Tipo de Alojamento por Freguesia no Concelho de Alandroal

Fonte: Censos, 2011

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

	Total	Água		Esgotos		Instalação de banho ou duche	
		Com água canalizada	Sem água canalizada	Com esgotos	Sem esgotos	Com instalação	Sem instalação
<i>Alandroal</i>	2379	2365	14	2368	11	2261	118
<i>Santiago Maior</i>	160	159	1	160	0	157	3
<i>Alandroal (Nossa Senhora da Conceição)</i>	740	737	3	738	2	706	34
<i>Juromenha (Nossa Senhora do Loreto)</i>	46	46	0	46	0	44	2
<i>Santiago Maior</i>	878	876	2	876	2	830	48
<i>Capelins (Santo António)</i>	244	240	4	240	4	231	13
<i>Terena (São Pedro)</i>	326	323	3	323	3	309	17
<i>São Brás dos Matos (Mina do Bugalho)</i>	145	143	2	145	0	141	4

Quadro IV – Alojamentos Familiares de residência habitual, segundo a existência de infraestruturas básicas.

Fonte: censos, 2011

O quadro IV mostra que 99,41 % das habitações do concelho possuem água canalizada e que 99,53% possuem rede de esgotos.

No que respeita à presença de instalações de duche ou banho, os resultados não são tão positivos, na medida em que, existem ainda 118 habitações sem estas infraestruturas, o que corresponde em termos percentuais a 4,96% das habitações do concelho.

Famílias

Segundo os dados fornecidos pelos censos de 2011 existem no concelho de Alandroal 2384 famílias das quais, 2381 são famílias clássicas e 3 institucionais.

	Nº de famílias Clássicas	Nº de famílias Institucionais	
Alandroal	740	2	Fonte: INE, Censos 2011
Juromenha	46	0	
Santiago maior	877	1	
Capelins	243	0	
Terena	326	0	
São Braz dos Matos	149	0	
Vila Viçosa (Total)	2381	3	

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

Fonte: Censos, 2011

Níveis de Instrução

De acordo com os dados fornecidos pelo INE (censos 2011) o concelho de Alandroal apresenta valores de analfabetismo superiores aos registados no país e na região. Sendo a taxa de analfabetismo no concelho de 25,42%, ao passo que no Alentejo e no continente essa percentagem é de 22,42% e de 19,04%, respetivamente. Essas diferenças também se registam ao nível dos ensinos secundário, pós-secundário e superior.

Estes resultados poderão fundamentar-se pelas elevadas taxas de envelhecimento e de migração que se verificam no concelho e, que condicionam consequentemente, o desenvolvimento do mesmo.

Educação no Concelho

A educação é um dos direitos fundamentais dos cidadãos portugueses. Para que a oferta educativa seja possível é necessário que se reúna um conjunto variado de condições objetivas, que assentem numa multiplicidade de equipamentos educativos e de recursos humanos.

No respeitante à organização da oferta formativa integrada no ensino tradicional, realça-se a existência de apenas um Agrupamento de Escolas no concelho de Alandroal.

Tendo em conta as características sociodemográficas do concelho, a taxa de instrução, a taxa de insucesso escolar e o índice de abandono escolar, torna-se necessário repensar a educação dos alunos, que no concelho, se encontram cada vez mais isolados em escolas com fracos recursos. É fundamental quebrar este isolamento através da oferta de espaços educativos em que, as dinâmicas de grupo criadas pela concentração dos alunos no mesmo espaço lhes permitam a aquisição de todas as competências preconizadas nos programas e estruturas curriculares dos vários ciclos da escolaridade obrigatória.

Neste sentido, foram criados dois Centros Escolares nos dois focos populacionais de maior dimensão do concelho, designadamente, em Alandroal e em Santiago Maior. O Centro Escolar de Alandroal resultou da reconversão da Escola EB1/JI Diogo Lopes Sequeira de Alandroal, ao passo que o Centro Escolar de Santiago Maior resultou da reconversão e ampliação da Escola EB1/JI de Aldeia das Pias. Os dois centros escolares asseguram a educação plena, quer nos espaços de aprendizagem formal, como as salas de aula e a biblioteca, quer nos espaços desportivos e lúdicos.

O Centro Escolar de Alandroal dá resposta às populações de Alandroal, Rosário e Mina do Bugalho e o Centro Escolar de Santiago Maior às populações de Orvalhos, Ferreira de Capelins, Montejuntos, Cabeça de Carneiro, Aldeia da Venda, Casas Novas de Mares, Aldeia das Pias, Lajes, Marmelos, Seixo, Sete Casinhas e Aldeia de Faleiros. Inicialmente previa-se a transferência dos alunos de Terena e Hortinhas para o Centro Escolar de Alandroal, contudo a distância entre estas duas localidades e a sede de concelho inviabilizou esta hipótese e serve, conseqüentemente, de justificação para a pertinência da criação de um Centro Escolar na freguesia de S. Pedro (Terena). Este centro escolar dará também resposta aos alunos de Ferreira de Capelins e Montejuntos, que no momento estão integrados no Centro Escolar de Santiago Maior.



Figura 2 – Configuração Final do território Educativo de Alandroal
Fonte: PDS do Concelho de Alandroal 2009

O quadro VI mostra a população escolar dividida pelas escolas do concelho.

Pela dispersão geográfica do concelho, foi necessário criar um circuito de transporte pela frota camarária.

O quadro VII mostra o número de alunos transportados das diferentes aldeias (Ano letivo 2012/2013).

Escolas	População Escolar				
	JI	1º CEB	2º/3º CEB	E. Prof.	Total
JI do Alandroal	50	–	–	–	50
Centro Escolar do Alandroal	–	74	216	12	302
Centro Escolar de Santiago Maior	40	79	–	–	302
JI de Montejuntos	4	–	–	–	4
EB1/JI de Terena	20	25	–	–	45
Total	114	178	216	12	520

Quadro VI - População Escolar do Concelho de Alandroal (Ano letivo 2012/2013)
Fonte: Agrupamento Vertical do Alandroal

Freguesias	Nº de Alunos transportados em frota Camarária (Ano letivo 2012/2013)
Santiago Maior	67
Alandroal	34
Terena	29
Juromenha	3
Capelins	16
Mina do Bugalho	12
Total	161

Quadro VII - Alunos Transportados pela frota camarária/ Freguesia (ano letivo 2012/2013)
Fonte: Município de Alandroal, 2012

Os subsídios de ação social escolar são atribuídos pela camara municipal mediante apresentação do comprovativo do escalão de abono familiar (atribuído pela segurança social). Sendo que os alunos que se enquadram no escalão 1 são integrados no escalão A no subsídio de ação social escolar e recebem 50 euros por ano letivo e o fornecimento gratuito do almoço. Os alunos que integram o escalão B recebem 40 euros por ano letivo e o fornecimento gratuito do almoço.

Escalão	Capitação	N.º Alunos subsidiados pelo Município de Alandroal
A	Escalão 1 do abono de família	30
B	Escalão 2 do abono de família	49

Quadro VIII - Alunos Subsidiados pelo município de Alandroal (Ano Letivo 2012/2013)
Fonte: Município de Alandroal, 2012

Emprego e Atividade Económica

Em termos de profissões dominantes o município do Alandroal caracteriza-se pelo domínio de empregos pouco qualificados. De facto surgem nas primeiras posições os operários, artífices e trabalhadores não qualificados, o pessoal dos serviços e vendedores e operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, que no seu conjunto

representam 74,2% dos trabalhadores do concelho (Censos, 2001). Por seu lado, profissões como os quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores das empresas, os especialistas das profissões intelectuais e científicas e os técnicos e profissionais de nível intermédio, não apresentam mais que 9,6% da massa laboral do município (Censos, 2001).

Pela análise do tecido económico do município do Alandroal, os dados mostram que a porção mais significativa pertence ao sector da agricultura, produção animal, caça, silvicultura e pescas, correspondendo a 24,3% das sociedades localizadas no concelho, logo seguido do sector das indústrias transformadoras, com 17,8% (Censos 2001).

Em termos genéricos pode afirmar-se que as sociedades sedeadas no município do Alandroal estão viradas, essencialmente para a prestação de atividades relacionadas como o setor primário e do âmbito local.

Neste sentido, em sectores como o comércio por grosso e a retalho, reparação automóvel e bens pessoais (que representam 12,15% das sociedades mas agregam apenas 3,95% do emprego das mesmas) e o transporte, armazenagem e comunicações (12,1% das sociedades, mas apenas 1,6% do emprego) predominam as Microempresas, nomeadamente de carácter familiar (Censos, 2011).

Saúde

O Centro de Saúde de Alandroal está integrado no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (Instituição Pública) desde 9.10.12. resultante da fusão dos agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central I e Alentejo Central II (Portaria nº 308/2012. DR nº 195, série I de 9/10/2012).

A sede Fica localizada no concelho de Alandroal e é constituído por dez unidades de saúde (ver quadro IX). Presta assistência a todos os utentes residentes nestas freguesias bem como outras não residentes, tendo neste momento cerca de 5845 utentes inscritos.

Unidade de saúde	Distância à sede (Alandroal)
Santiago maior	23.3 Km
Orvalhos	17 Km
Hortinhas	15 Km
Terena	10.4 Km
Ferreira de Capelins	18.4 Km
Monte Juntos	21.3 Km
Cabeça de Carneiro	21 Km
Rosário	11.3 Km
Mina do bugalho	9.9 Km
Juromenha	16.7 Km

Quadro IX – Distância das Unidades de saúde à sede do centro de saúde de Alandroal

Fonte: Município de Alandroal, 2012

Os utentes inscritos no centro de saúde são maioritariamente adultos e envelhecidos e encontram-se em freguesias muito dispersas, tal como se pode verificar no quadro XIII:

Unidades de saúde	Nº Uteses Inscritos
Sede	1875
Cabeça de carneiro	263
Ferreira de Capelins	221
Hortinhas	238
Juromenha	76
Mina do Bugalho	330
Montejuntos	309
Orvalhos	176
Rosário	332
Santiago Maior	1511
Terena	514
Total	5845

Quadro XIII – Uteses do Centro de Saúde de Alandroal inscritos por freguesias

Fonte: Centro de Saúde Alandroal Base dados SINUS – Abril 2013

Grupos etários	Masculino	Feminino	Total	%
0-4 Anos	87	89	176	3.01
5-9 Anos	107	103	210	3.59
10-14 Anos	129	116	245	4.19
15-19 Anos	132	114	246	4.21
20-24 Anos	145	143	288	4.93
25-29 Anos	153	132	285	4.88
30-34 Anos	169	156	325	5.56
35-39 Anos	192	213	405	6.93
40-44 Anos	231	151	382	6.54
45-49 Anos	196	213	409	7.00
50-54 Anos	207	183	390	6.67
55-59 Anos	169	182	351	6.01
60-64 Anos	144	164	308	5.27
65-69 Anos	147	162	309	5.29
70-74 Anos	175	229	404	6.91
75 E + anos	441	671	1112	19.02
Totais	2824	3021	5845	100

Quadro X – Nº de Utentes inscritos do Centro de Saúde de Alandroal por faixa etária e sexo

Fonte: Centro de Saúde Alandroal Base dados SINUS – Abril 2013

O Centro de Saúde de Alandroal é constituído por uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população regendo-se pelo princípio da garantia, acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados.

A missão do centro de saúde implica que uma parte substancial da sua atividade e cuidados se dirijam á comunidade que serve, incluindo abordagens preventivas e de promoção da saúde no âmbito ambiental a grupos específicos, abordagens de prevenção terciária dirigidas ao individuo ou às famílias, entre outras. A promoção da saúde constitui, pois, uma das principais funções dos centros de saúde, á qual deve der dada prioridade, já que constitui o núcleo essencial da filosofia e estratégia dos Cuidados de Saúde Primários.

As atividades realizadas no centro de saúde são: Vacinação; Consulta aberta; Ambulatório; Apoio domiciliário; Consultas a diabéticos e hipertensos; Cuidados continuados; Consultas de saúde infantil; Consultas de saúde materna; Consultas de planeamento familiar; Consulta de Hipo coagulação; Intervenção precoce; Saúde escolar;

Projetos de intervenção comunitária; Consultas de telemedicina; Vigilância de saúde pública; Educação para a saúde; Formação e Gestão de recursos.

O centro de saúde funciona das 9H-21H durante a semana e nos fins-de-semana das 9H-15H, tendo como objetivos gerais a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação de acordo com o Plano Nacional de Saúde e o Plano de Saúde da sua Região de Saúde, adaptando-os de acordo com as prioridades, necessidades e problemas existentes na comunidade com a seguinte equipa:

Categoria profissional	Nº de elementos no quadro
Médicos	2
Enfermeiros	6
Enfermeiro Especialista	1
Administrativos	10
Auxiliares	9

Quadro XI – Nº de elementos por categoria profissional do Centro de Saúde de Alandroal

Fonte: Centro de saúde de Alandroal (UCSP), 2012

O quadro médico não está preenchido havendo necessidade de recorrer a médicos contratados pelas empresas. O quadro de enfermagem, administrativo e de Apoio geral encontra-se preenchido.

Instituições de Apoio Social

- **Choupana – Associação para a proteção e desenvolvimento de concelho de Alandroal (IPSS)**

Tem como objetivos: a) contribuir para o desenvolvimento económico autossustentado da região em que o concelho de alandroal se integra, dando particular relevo à criação de alternativas de emprego com futuro; b) desenvolver programas específicos de ocupação e de qualificação dos jovens e de apoio social dos sectores mais carenciados da população; c) Melhorar a qualidade de vida da população residente no concelho de Alandroal; d) fomentar, dinamizar e apoiar iniciativas de índole social, educativa, económica e cultural.

- **Associação dos Bombeiros Voluntários do Alandroal (Associação Humanitária)**

Tem como missão ajudar e preservar pessoas e bens.

- **Santa Casa de Misericórdia de Alandroal (IPSS Misericórdia)**

Tem como objetivo a satisfação de carências sociais nomeadamente na criação e desenvolvimento de projetos para as áreas da saúde, educação e geriatria na cooperação e colaboração com entidades públicas e privadas e população local. Tem como valências: Apoio domiciliário Integrado; intervenção precoce; Centro de dia e Lar de idosos.

- **Centro Social e Paroquial do Alandroal (Associação IPSS)**

A sua missão visa prestar apoio social a todos os habitantes do concelho do Alandroal, de acordo com as candidaturas e dificuldades das mesmas. Tem como valências: Centro de Acolhimento Temporário para Crianças em Risco “Coeiro”; Creche; família e comunidade.

- **APIT (Associação de Proteção aos Idosos da Freguesia de Terena)**

Tem como objetivos: a) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e família; b) contribuir para retardar a institucionalização; c) Assegurar os indivíduos e famílias a satisfação das necessidades básicas; c) prestar cuidados de ordem física e apoio social. Tem como valências: centro de dia; apoio domiciliário e lar de idosos.

- **Casa do Povo de Santiago Maior (IPSS)**

Tem como objetivo principal promover e desenvolver atividades de carácter social, cultural e desportivo, promovendo ações de animação sociocultural e fomentando a participação da população em ações, de modo a satisfazer as necessidades da comunidade. Tem como valências: Posto CTT, Biblioteca, UNIVAL (Unidade Inserção da vida ativa do Alandroal), empresa de inserção social e formação profissional

- **Cruz Vermelha de Santiago Maior (Associação)**

A sua atuação baseia-se em áreas como ação social, saúde, emergência e a formação dando maior relevância aos seniores.

- **“Cantinho Amigo” (Associação)**

Esta associação tem como objetivo receber reformados, pensionistas, idosos e outras pessoas mediante aprovação da direção, mas sempre com prioridade pela antiguidade de sócios com carências iguais. Tem como valências: Lar de idosos, apoio domiciliário e centro de dia.

- **Sector da Ação Social, educação e saúde da Camara Municipal de Alandroal**

Este sector da Câmara Municipal do Alandroal tem como objetivo assegurar ser4viços e respostas que promovam o bem-estar social da população do concelho procurando responder às suas necessidades de forma diversificada. Tem como valências: Apoio psicológico, Cartão jovem Munícipe, Cartão Social do Munícipe Idoso, Rendimento Social de Inserção, Bolsas de estudo para o ensino superior e Intervenção Precoce.

Valências das instituições de Apoio Social de Alandroal			
Local	Designação	Valências	
Alandroal	Santa Casa da Misericórdia	Centro de Dia	20
		Apoio Domiciliário	48
		Lar de Idosos	35
	Centro Social e paroquial	Centro de Acolhimento Temporário para Crianças em Risco	12
		Creche	15
Santiago Maior	Associação “Cantinho Amigo”	Centro de Dia	20
		Apoio Domiciliário	10
		Lar Idosos	30
Terena	Associação de Proteção aos Idosos da Freguesia de Terena	Centro de Dia	15
		Lar de Idosos	32
		Apoio Domiciliário	20

Quadro XII - Nº de valências das instituições de apoio social de Alandroal
 Fonte: Instituições de apoio social de Alandroal

4. CARTEIRA DE SERVIÇOS DA UCC DE ALANDROAL

Os programas e projetos que integram o plano de ação da UCC do Alandroal foram traçados mediante o diagnóstico social e de saúde da comunidade e as orientações técnicas definidas pelo Documento de Suporte à Implementação da UCC. A sua Implementação impõe o estabelecimento de parcerias como a UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) e a Rede Social.

Tendo também em consideração as recomendações previstas no Plano Nacional de Saúde (PNS) que preveem a fomentação de contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida implicando a promoção, proteção e manutenção da saúde como um bem individual mas também social, sobrepondo visões de articulação e de integração de espaços entre contextos, o presente plano de ação prioriza a necessidade de intervir de uma forma mais visível nos problemas de saúde de origem social, priorizando a intervenção, em contexto comunitário.

Neste sentido, este plano propõe intervir nomeadamente ao nível dos seguintes programas/ projetos:

A) Intervenções com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência:

- **Rede Social e Rendimento de Inserção Social:** participação ativa na identificação, avaliação, encaminhamento e promoção da vigilância de saúde das pessoas/famílias com problemáticas sociais e de saúde.
- **Intervenção precoce:** participação na avaliação e definição de planos de acompanhamento e intervenções nas situações identificadas.

B) Intervenção em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade como o Programa Nacional de Saúde Escolar:

- Participar nas atividades de apoio à inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde Especiais, designadamente no papel de interface entre a escola e os serviços de saúde;
 - Promover a segurança no espaço escolar e contribuir para a prevenção dos acidentes rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho;
 - Potenciar o projeto educativo/aprendizagem através da dinamização e operacionalização de diferentes estratégias que conduzam à adoção de estilos de vida saudáveis, nas áreas temáticas identificadas como prioritárias: Saúde mental, Saúde Oral, Alimentação saudável, Atividade física, Ambiente e Saúde, Segurança, Saúde sexual e reprodutiva, Consumo de substâncias ilícitas, Doenças transmissíveis e Violência em meio escolar.
 - Participar ativamente em reuniões com a comunidade escolar e nos momentos de planeamento e avaliação do trabalho desenvolvido e a desenvolver
 - Participar no desenvolvimento de projetos de promoção de saúde em áreas prioritárias, como por exemplo o atendimento a jovens em contexto escolar – “Gabinete do Adolescente” (Projeto já implementado desde 2005)
 - Promover o acesso da população alvo prevista no Programa Nacional de Saúde Oral, aos cuidados de saúde orais e promover educação para a saúde nos diferentes grupos etários.
 - Participar em atividades do Programa Nacional de Combate à Obesidade, contribuir para a recolha de dados para a Plataforma de suporte a este programa e desenvolver atividades de promoção de estilos de vida saudável e de combate à obesidade infantil.
- C) **Projetos de Intervenção comunitária** com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que englobem:
- Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
 - Cuidados de reabilitação física;
 - Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;

- Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

D) Outros projetos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população ao longo da vida

- Intervenção junto da população idosa que vise a promoção do envelhecimento ativo, ao ar livre, na comunidade, em instituições de acolhimento e nos locais de trabalho e lazer, através da dinamização de atividades pela equipa da UCC e das atividades desenvolvidas em parceria com as entidades do concelho.
- Intervenção junto da população ativa com vista à promoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção das doenças cardiovasculares, através de atividades desenvolvidas, como sessões de educação para a saúde, realizadas pela equipa da UCC em parceria com as entidades empregadoras do concelho e nas atividades desenvolvidas em parcerias com outras entidades.
- Outras intervenções no âmbito do PNS, adequadas às necessidades das populações abrangidas e tendo em conta as estratégias locais de saúde.

4.1. SAÚDE ESCOLAR

A Saúde Escolar é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola. Deve promover 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. A promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis têm um papel privilegiado no ambiente escolar. Os serviços de saúde assumem um papel relevante na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, em relação à saúde das crianças e à escolarização.

O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das

famílias e da restante comunidade educativa e visa contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados.

Os enfermeiros de saúde escolar estão numa posição única para ajudar as crianças a gerir os problemas de saúde e a fazer educação para a saúde para que possam usufruir de boa saúde ao longo da sua idade escolar e idade adulta (Stanhope & Lancaster 1999: 964).

O Plano de Ação de Saúde Escolar baseado no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE - 2006) tem como objetivo a implementação de estratégias de promoção da saúde de acordo com as necessidades reconhecidas e identificadas, diminuindo os problemas que atingem a população escolarizada, protegendo-as das agressões do quotidiano. Estas estratégias incluem-se na área da Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária. (Stanhope & Lancaster 2011: 1052). A prevenção primária engloba atividades de promoção da saúde, ensinamentos de estilos de vida saudáveis e a imunização das crianças; a prevenção secundária, os rastreios a problemas de saúde, cuidados a crianças e funcionários doentes; a prevenção terciária, os cuidados a crianças com problemas de saúde, encaminhamentos de saúde e continuidade dos cuidados.

Neste contexto, as equipas de saúde escolar têm um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo assim para a obtenção de ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2006a).

Segundo o Ministério da Saúde (2006: 16) trabalhar na escola para obter ganhos em saúde, “ (...) implica combinar estratégias de mudança pessoais e ambientais que atinjam o maior número possível de indivíduos, numa perspetiva de equidade”.

Segundo a Direção Geral de Saúde, no âmbito da intervenção da Equipa de Saúde Escolar, existem atividades obrigatórias, bem como projetos de promoção de saúde prioritários, seja a nível individual e/ou coletivo. Desta forma estabelecemos prioridades e delineámos estratégias para os diferentes programas. Para dar cumprimento ao preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Escolar e de acordo com as diferentes faixas etárias, pretendemos desenvolver atividades inovadoras e motivadoras, pois de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar “deve ser dada prioridade a novas áreas de formação como as metodologias de intervenção ativas-participativas, o trabalho interpares, e a promoção de competências pessoais e sociais, pelo potencial de comunicação interpessoal que promovem na escola”.

As áreas de intervenção da saúde escolar direcionam-se para a saúde individual e coletiva; inclusão escolar; estilos de vida saudáveis e ambiente escolar dividindo-se estas áreas em oito componentes: educação para a saúde, educação física, serviços de saúde, serviços de nutrição, serviços de aconselhamento psicológicos e sociais, ambiente escolar saudável, promoção da saúde para funcionários e envolvimento da família/comunidade (Stanhope & Lancaster 2011).

A Unidade de Cuidados Personalizados do Alandroal tem mantido parcerias efetivas com o Agrupamento de Escolas, de onde sobressai a dinamização e o funcionamento regular de um espaço na Escola EBI Diogo Lopes Sequeira – o Gabinete do Adolescente.

A UCC de Alandroal pretende, para além de dar continuidade a este projeto, continuar a dar um contributo efetivo ao nível da promoção de Estilos de Vida Saudáveis, direcionando a sua atuação para dois campos que considera de extrema importância: a promoção da saúde oral e de uma alimentação saudável, abrangendo, deste modo o Programa de Saúde Oral (PNPSO), bem como o Programa Nacional de Combate à Obesidade, dando resposta às Orientações Técnicas da DGS.

População alvo:

Comunidade Escolar do Concelho do Alandroal

Objetivo geral:

Promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade escolar

Objetivos específicos:

- Apoiar a inclusão em meio escolar de crianças com necessidade de saúde especiais;
- Prevenir a obesidade na comunidade escolar;
- Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes.

Estratégias:

- Educação para a saúde. Criação de mecanismos de informação à comunidade Escolar;
- “*Empowerment*”;
- Planeamento de ações de educação para a saúde com a comunidade escolar;

- Estabelecimento de parcerias.

Atividades:

- Promover a articulação do PNPSO com o PNSE, relativamente à entrega dos Cheques-Dentista;
- Promover a execução de atividades do PNPSO em meio escolar (nomeadamente a execução da escovagem diária dos dentes e bochecho quinzenal com flúor);
- Realização de ações de formação/sensibilização com alunos, encarregados de educação e pessoal docente e não docente, de acordo com plano de ação elaborado para cada ano letivo;
- Validação da realização dos Exames Globais de Saúde e do Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação da comunidade escolar;
- Encaminhamento os alunos com Necessidades de Saúde Especiais;
- Avaliação o IMC aos alunos de 3, 11 e 15 anos, de acordo com “Plataforma da Obesidade”;
- Realização de ações de Educação para a Saúde visando a Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis;
- Atendimento na escola no âmbito do projeto “Gabinete do Adolescente”

Saúde Escolar – Atividades	
Atividade	Encaminhamento de alunos com necessidades de saúde especiais
Quem	Equipa de saúde escolar (enfermeiros da UCC)
Como	Reuniões da equipa com os pais/encarregados de educação
Onde	Escola
Quando	Todo o ano letivo
Atividade	Distribuição de flúor e sensibilização para boas práticas em saúde oral no 1º ciclo
Quem	Enfermeiros, Higienista oral
Como	Gestão de “stock” de fluor Articulação com as escolas do ensino básico
Onde	Escolas do 1º ciclo
Quando	A designar
Atividade	Escovagem diária e sensibilização para boas práticas em saúde oral aos alunos de jardim-de-infância

Quem	Enfermeiro
Como	Metodologias educativas adequadas
Onde	Jardim-de-infância
Quando	Todo o ano letivo
Atividade	Rastreios de cárie dentária aos alunos de 6,12 e 15 anos
Quem	Higienista oral
Como	Agendamento com o agrupamento de escolas Metodologia adequada
Onde	Escolas do concelho
Quando	Todo o ano letivo
Atividade	Avaliação do IMC aos alunos de 3,11 e 15 anos, de acordo com a “Plataforma da obesidade”
Quem	Enfermeiro e assistente operacional
Como	De acordo com o estabelecido no projeto em articulação com as escolas
Onde	Escolas do Concelho
Quando	Todo o ano letivo
Atividade	Atendimento na escola no âmbito do projeto “Gabinete do Adolescente”
Quem	Enfermeiro e psicólogo
Como	Metodologias adequadas
Onde	Gabinete da escola
Quando	Todo o ano letivo (2as feiras 14H-16.30)
Atividade	Validação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação da comunidade escolar
Quem	Enfermeiro
Como	Consulta do boletim individual de saúde
Onde	Escola (sala de aula, gabinete de reuniões)
Quando	Ao longo do ano letivo
Atividade	Validação da realização dos Exames Globais de Saúde
Quem	Enfermeiro e gestor do programa SINUS
Como	Consulta da listagem do SINUS das crianças com idades chave
Onde	UCC e UCSP
Quando	Data a definir
Atividade	Sessões de educação para a saúde sobre alimentação saudável nos jardins de Infância e escolas de 1º Ciclo
Quem	Enfermeiro
Como	Projeção de filme, Jogos lúdicos e distribuição de folhetos
Onde	Jardins de Infância e escolas de 1º Ciclo
Quando	Ao longo do ano letivo
Atividade	Sessões de educação para a saúde sobre saúde sexual e reprodutiva e prevenção de doenças transmissíveis
Quem	Enfermeiro e psicólogo

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

Como	Apresentação de “PowerPoint”, vídeos, jogos interativos e distribuição de Folhetos
Onde	Escola EBI (alunos de 3º ciclo)
Quando	Ao longo do ano letivo
Atividade	Sessões de educação para a saúde sobre consumo de substâncias lícitas
Quem	Enfermeiro, psicólogo e escola segura
Como	Apresentação de “PowerPoint”, vídeos, jogos interativos e distribuição de Folhetos
Onde	Escola EBI (alunos de 3º ciclo)
Quando	Ao longo do ano letivo
Atividade	Sensibilizar para a prevenção da sinistralidade rodoviária
Quem	Enfermeiro, psicólogo e Escola Segura
Como	Metodologias educativas adequadas, educação por pares
Onde	Escola EBI
Quando	Todo o ano letivo
Atividade	Promover relações Interpessoais (Prevenção de Bulling)
Quem	Enfermeiro e psicólogo
Como	Metodologias educativas adequadas Monitorização e encaminhamento de casos identificados
Onde	EBI (alunos de 2º ciclo)
Quando	Ao longo do ano letivo
Atividade	Ações de sensibilização sobre higiene corporal
Quem	Enfermeiro
Como	Metodologias educativas adequadas
Onde	Escolas do ensino pré-escolar e 1º ciclo
Quando	Ao longo do ano letivo

Indicadores a contratualizar/metas

Indicadores a Contratualizar (Fórmula de Cálculo de Indicadores)	Metas		
	1º Ano	2º Ano	3º Ano
Percentagem de reuniões realizadas com a equipa de saúde escolar (Nº de reuniões realizadas/ nº de reuniões solicitadas *100)	70%	80%	90%
Taxa de crianças e jovens com NSE que foram alvo de intervenção pela equipa da UCC (Nº de crianças e jovens com NSE que foram alvo de intervenção pela equipa da UCC / nº total de crianças e jovens * 100)	20%	40%	60%
Percentagem de crianças que aderiram ao bochecho de flúor (EB1) quinzenalmente (Nº crianças de EB1 que	50%	60%	70%

aderiram ao bochecho de flúor quinzenalmente / n° total de crianças EB1* 100)			
Taxa de crianças e jovens, por nível de ensino, que foram alvo de intervenção no PNSE (N° de crianças e jovens, por nível de ensino que foram alvo de intervenção no PNSE / n° total de crianças e jovens *100)	75%	80%	90%
Taxa de crianças/jovens com cheques dentista emitidos e entregues (N° de cheques-dentista emitidos e entregues / N° de crianças e jovens abrangidos pelo programa *100)	100%	100%	100%
Percentagem de crianças/jovens com IMC avaliado (Plataforma da obesidade) (N° de crianças e jovens com IMC avaliado/ n° total de crianças e jovens * 100)	100%	100%	100%
Percentagem de SES realizadas na comunidade escolar (N° de sessões de educação para a saúde realizadas/ N° SES solicitadas*100)	80%	80%	100%

Carga Horária

Segundo o Plano Nacional de Saúde Escolar a equipa nuclear de saúde escolar deverá ser composta por médico e enfermeiro, na base de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos. Os dois elementos da equipa deverão dispor de igual número de horas semanais. Os outros profissionais do Centro de Saúde, tais como o higienista oral, técnico de saúde ambiental, técnico de serviço social, psicólogo, psicopedagogo, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, administrativo ou outro, devem integrar a equipa de saúde escolar, sendo as suas horas quantificadas para além do rácio da equipa nuclear.

Dado que o número de alunos de todos os estabelecimentos de ensino do concelho de Alandroal é de 706 alunos foi atribuído ao enfermeiro da saúde escolar um total de 7 horas por semana de acordo com o cálculo efetuado com base na fonte acima referida. Os restantes técnicos a carga horária foi definida de acordo com as necessidades previstas para a comunidade escolar num calendário de 37 semanas.

Carga horária (Horas) para as atividades de saúde escolar da equipa multidisciplinar			
Elementos da equipa de UCC	Carga horária semanal	Carga horária Anual	Carga horária (3 anos)

Enfermeiro	7 H	259 H	777 H
Psicólogo	4 H	148 H	444 H
Assistente técnico	1 H	37 H	111 H
Assistente operacional	1 H	37 H	111 H
Terapeuta da Fala	3H	111H	333 H
Higienista oral	2H	74 H	222 H
Total	18 H	666 H	1998 H

4.2 REDE SOCIAL

A rede social é um fórum de articulação e congregação de esforços baseado na adesão por parte das autarquias e de identidades públicas ou privadas com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e à promoção do desenvolvimento social. Pretende-se fomentar a formação de uma consciência coletiva dos problemas sociais, contribuir para a ativação dos meios e agentes de resposta e para a otimização possível dos meios de ação nos locais.

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

O que se propõe é que em cada comunidade se criem novas formas de conjugação, se avance na definição de prioridades e que em suma se planeie de forma integradora o esforço coletivo através da constituição de um novo tipo de parceria entre entidades públicas e privadas com intervenção nos mesmos territórios. Esta parceria baseia-se na igualdade entre os parceiros, na consciencialização dos objetivos e na concertação das ações desenvolvidas pelos diferentes agentes locais.

A UCSP do Alandroal tem estado representado no CLAS e também nos últimos anos no Núcleo Executivo.

População Alvo

População residente no concelho de Alandroal com problemas de ordem social

Objetivo geral

- Promover um planeamento integrado e sistemático que garanta uma maior eficácia no conjunto de respostas sociais no concelho

Objetivos específicos

- Identificar problemas sociais e de saúde da população do concelho de Alandroal
- Responder às necessidades de saúde identificadas
- Emitir pareceres sempre que solicitados

Estratégias

- Articulação com outras Unidades Funcionais e/ou equipas;
- Estabelecimento de parcerias;
- “*Empowerment*”;

Atividades

- Participação nas reuniões, mediante a convocatória, do Conselho Local de Ação Social e Núcleo Executivo;
- Emissão de Pareceres;
- Elaboração do diagnóstico e o planeamento;
- Desenvolver intervenções de forma a responder às necessidades de saúde identificadas.

Rede Social – Atividades	
Atividade	Reuniões do CLAS
Quem	Enfermeiro e Técnica de Serviço Social
Como	Participação nas reuniões por convocatória ou marcação prévias
Onde	Câmara Municipal ou outro local a designar
Quando	Durante o ano
Atividade	Reuniões do Núcleo executivo
Quem	Enfermeiro e Técnica de serviço social
Como	Participação nas reuniões por convocatória ou marcação prévias
Onde	Câmara Municipal ou outro local a designar
Quando	Durante o ano
Atividade	Emissão de pareceres
Quem	Enfermeiro e técnica de serviço social

Como	Realização do parecer
Onde	Câmara Municipal ou UCC
Quando	Durante o ano (sempre que solicitado)

Indicadores a contratualizar/metás

Indicadores a Contratualizar (Fórmula de Cálculo de Indicadores)	Metas		
	1º Ano	2º Ano	3º Ano
Taxa de participação nas reuniões do CLAS (Nº de presenças / nº de convocatórias * 100)	60%	80%	90%
Taxa de participação nas reuniões do Núcleo executivo (Nº de presenças/nº de convocatórias* 100)	80%	80%	90%
Taxa de emissão de pareceres (Nº de pareceres emitidos / nº de pareceres solicitados *100)	100%	100%	100%

Carga horária

Para as atividades da rede social foram atribuídas 2H/ semana, em calendário anual de 52 semanas para os profissionais de Enfermagem.

Carga horária (Horas) para as atividades da Rede Social			
Elementos da equipa de UCC	Carga horária semanal	Carga horária Anual	Carga horária (3 anos)
Enfermeiro	2 H	104 H	312 H
Total	2 H	104 H	312 H

4.3 RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO (RSI)

O Rendimento Social de Inserção, define-se como uma medida política que visa garantir às famílias mais pobres um rendimento que lhes permita aceder, por um lado, a um nível mínimo de subsistência e de dignidade, e por outro, a condições e oportunidades básicas para o início de um percurso de inserção social, estando previstas ações no âmbito

do emprego, da formação profissional, da educação, da saúde, da ação social e da habitação.

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

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

População alvo

População do concelho de Alandroal com problemas de ordem social

Objetivos

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

Estratégias

- Articulação com outras Unidades Funcionais e/ou equipas
- Estabelecimento de parcerias
- “*Empowerment*”;

Atividades

- Participação nas reuniões mediante a convocatória da coordenação do Núcleo;
- Identificação das necessidades de saúde e avaliação do cumprimento do PNV dos beneficiários;
- Articulação com outras unidades funcionais para encaminhamentos necessários;

- Verificação no SINUS e registos nos SAPE das intervenções realizadas.

RSI – Atividades	
Atividade	Participação nas reuniões de Equipa do RSI
Quem	Enfermeiro e Técnica de Serviço Social
Como	Participação nas reuniões por convocatória ou marcação prévias
Onde	Instalações da Segurança Social
Quando	Durante o ano
Atividade	Avaliação do cumprimento do PNV
Quem	Enfermeiro
Como	Consulta do boletim individual de saúde e registos no SINUS Encaminhamento para Vacinação
Onde	UCC e UCSP
Quando	Durante o ano
Atividade	Avaliação das necessidades de saúde
Quem	Enfermeiro e médico
Como	Metodologias adequadas
Onde	Instalações da Segurança social, UCC e USF
Quando	Durante o ano

Indicadores a contratualizar/ Metas

Indicadores a Contratualizar (Fórmula de Cálculo de Indicadores)	Metas		
	1º Ano	2º Ano	3º Ano
Taxa de participação nas reuniões convocadas Nº de participações / nº de reuniões convocadas x 100	50%	70%	90%
Taxa de pessoas que cumpriram o acordo de inserção na área da Saúde Nº de beneficiários que cumpriram o acordo / nº total de beneficiários com acordo assinado na área da saúde x 100	70%	80%	80%
Taxa de encaminhamento para USF/UCSP Nº de beneficiários encaminhados para USF/UCSP / nº de beneficiários com acordo assinado na área da saúde x 100	100%	100%	100%

Carga horária

Para as atividades do RSI foram atribuídas 4H/ semana, num calendário anual de 52 semanas para os profissionais de Enfermagem.

Carga horária (Horas) para as atividades de RSI			
Elementos da equipa de UCC	Carga horária semanal	Carga horária Anual	Carga horária (3 anos)
Enfermeiro	4 H	208 H	624 H
Total	4 H	208 H	624 H

4.4 INTERVENÇÃO PRECOCE

A intervenção precoce destina-se a crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestam deficiência, ou necessidades educativas especiais. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais às crianças e às suas famílias com o objetivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.

A intervenção precoce pode ser de natureza preventiva, secundária ou primária: procurando contrariar a manifestação de problemas de desenvolvimento ou prevenindo a sua ocorrência.

Os programas de Intervenção precoce devem, sempre que possível, decorrer no meio ambiente onde vive a criança.

O Despacho conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro de 1999 e que desde Outubro de 2009 se rege pelo Decreto-lei nº 281/2009, prevê que a Intervenção Precoce, seja constituída por uma equipa multidisciplinar.

Com base nos mesmos despachos os Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho, preveem o envolvimento da família em todo o processo de intervenção, o estabelecimento de relações de confiança entre os profissionais e as famílias, o trabalho em equipa e a rentabilização de recursos são vértices fundamentais de todo o processo.

Desta forma, considera-se necessário intervir precocemente nas crianças com necessidades educativas especiais (NEE), indo ao encontro das famílias, avaliando as suas limitações, carências, bem como as suas diferenças, mostrando compreensão, para que se possam encontrar meios e soluções, ou pelo menos minimizar os efeitos nefastos no desenvolvimento das crianças.

População Alvo

Crianças dos 0 aos 6 anos, que se encontrem em situação de risco estabelecido (biológico/ambiental), residentes no concelho

Objetivos

- Identificar crianças/famílias com critérios de acompanhamento em IP;
- Capacitar as famílias de forma a torná-las mais competentes e independentes no apoio às necessidades especiais dos seus filhos;
- Desenvolver programas adequados às necessidades específicas de cada criança, com vista à promoção do seu desenvolvimento;

Estratégias

- Articulação com outras Unidades Funcionais e/ou equipas
- Estabelecimento de parcerias
- “*Empowerment*”;

Atividades

- Participação nas reuniões de Equipa de Intervenção Precoce;
- Visitas Domiciliárias para avaliação e acompanhamento e/ou encaminhamento da criança/família com necessidades na área da saúde;
- Desenvolver diligências para a resolução dos problemas de saúde identificados;
- Avaliação e acompanhamento das crianças inseridas no programa;
- Reuniões de troca e partilha de informação/esclarecimento de dúvidas, com cuidadores das crianças apoiadas;
- Articulação com outras Unidades Funcionais/Equipas

Intervenção Precoce (IP) – Atividades	
Atividade	Visitação domiciliária para avaliação da criança e família
Quem	Enfermeiro
Como	Programação da visita Preparação da visita com a equipa de IP e a Família
Onde	Domicílio
Quando	Durante o ano letivo
Atividade	Reuniões de equipa de Intervenção precoce
Quem	Enfermeiro
Como	Participação ativa na gestão de casos
Onde	Sede da IP
Quando	Durante o ano Letivo
Atividade	Reuniões realizadas com os Pais/familiares/cuidadores
Quem	Enfermeiro e técnicos de IP
Como	Agendamento das reuniões Preparação das reuniões com a equipa de IP Realização das reuniões através de metodologias adequadas
Onde	Local de mais fácil acesso à família/cuidador da criança
Quando	Durante o ano letivo

Indicadores a contratualizar/metast

Indicadores a Contratualizar (Fórmula de Cálculo de Indicadores)	Metas		
	1º Ano	2º Ano	3º Ano
Taxa de participação nas reuniões de equipa da IP Nº de participações / nº de reuniões convocadas x 100	40%	60%	80%
Taxa de visitas domiciliárias realizadas pela equipa da UCC, a crianças/família com necessidades na área da saúde (Nº de visitas domiciliárias realizadas pela equipa da UCC / nº de visitas a crianças e família com necessidades de saúde, solicitadas pela IP)	70%	80%	100%
Taxa de reuniões realizadas com os familiares/cuidadores (Nº de reuniões realizadas/ nº de reuniões programadas)	60%	60%	70%

Carga Horária

Para as atividades de “Intervenção Precoce” foram atribuídas 3H/ semana para os profissionais de enfermagem e 2H para o assistente técnico, num calendário anual de 52 semanas.

Carga horária (Horas) para as atividades de Intervenção Precoce da equipa multidisciplinar			
Elementos da equipa de UCC	Carga horária semanal	Carga horária Anual	Carga horária (3 anos)
Enfermeiro	3 H	156 H	468 H
Assistente técnico	2 H	104 H	312 H
Total	5 H	260 H	780 H

4.5 EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI)

Em 2005, no âmbito da atividade da Coordenação Nacional para as Pessoas idosas e Cidadãos em situação de dependência, iniciou-se o projeto de desenho e implementação de um novo modelo de cuidados continuados integrados para Portugal Continental.

Em 2006 foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006, a Rede Nacional para os cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da saúde e do trabalho e da Solidariedade Social.

As ações e cuidados a prestar são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente: cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e/ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência.

Aos centros de saúde reconfigurados, designados por Agrupamentos de saúde (ACES), caracterizam-se pela constituição de pequenas multiprofissionais em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, bem como, pela agregação de recursos e estruturas de gestão. São compostos por um ou mais dos atuais

centros de saúde, e têm em consideração a criação de condições estruturais para aumentar o nível de qualidade de serviços existentes, de projetar uma forma de atuação mais racional, eficaz, inovadora e capaz de garantir as acessibilidades e a equidade dos cuidados de saúde junto da população da respetiva área geográfica de influência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

As instituições prestadoras de cuidados têm um papel preponderante, sendo necessário ter um conhecimento profundo da população a quem se presta cuidados, bem como da população candidata a esta prestação.

Estas situações, pela sua duração e complexidade, têm inevitavelmente repercussões, de forma marcada, na dinâmica familiar, aos níveis da alteração de papéis, modificações de comportamentos/relações entre os vários elementos que a constituem e na adaptação à nova situação, bem como, na organização dos serviços locais de saúde e de apoio social. Neste contexto, é essencial a existência de convergência das quatro estruturas (família, saúde, segurança social e Instituições Particulares de Solidariedade Social) na determinação dos objetivos, de forma humanizada e continuada.

Promover precocemente a autonomia dos utentes e/ou reduzir as suas incapacidades é essencial. A dependência definitiva deve ser percecionada, não como um estado de doença, mas como um estado resultante de situação clínica, existindo riscos inerentes que obrigam a um acompanhamento adequado das necessidades individuais e familiares.

O envolvimento da comunidade e o incentivo à participação de redes de apoio social locais são de extrema importância, na medida em que vão atuar como defensores dos direitos da cidadania, lutando contra a marginalização, o abandono e o isolamento, em defesa da dignidade dos mais carenciados, combatendo, de maneira mais eficaz, as iniquidades e desigualdades, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

A RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) prevê tipologias de resposta, nomeadamente em regime de internamento, de unidades de dia e equipas de cuidados continuados integrados de apoio domiciliário.

A UCC pretende implementar uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com 6 camas no Alandroal com o objetivo de dar resposta qualificada a utentes com algum tipo de incapacidade.

A ECCI é 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 com 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 autónomas. (Artigo 27º do DL 101/2006, de 6 de Junho).

A organização desta equipa, depende das características geodemográficas onde estão inseridas, prevê que sejam ajustadas a cada realidade ou contexto local, em termos de dimensão de população., bem como, dimensão e diversidade de competências da equipa.

Na nossa realidade a prestação de cuidados continuados integrados domiciliários irá ser desenvolvida, maioritariamente por profissionais da UCC. Estes profissionais irão articular com outros técnicos do ACES, designadamente médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros, apoiados por profissionais administrativos, profissionais especializados/diferenciados, organizados por área geográfica, permitindo que sejam referência, neste âmbito.

A acessibilidade à ECCI deverá, ainda, ser garantida através de atendimento telefónico, nomeadamente, para acompanhamento e supervisão e aconselhamento do utente e ou cuidador, num horário alargado, para situações devidamente identificadas.

A atividade domiciliária para a equipa de ECCI incorporará os princípios definidos para as atividades da Rede e assegurará em estreita articulação com as outras equipas de prestadores, o cumprimento das seguintes atividades:

- Pessoas em situação de dependência: cuidados de saúde prestados no domicílio da pessoa em situação de dependência que, independentemente da causa e da idade, se encontre numa das seguintes condições;

- Pessoas acamadas a maior parte do tempo e que dependam maioritariamente de terceiros para a realização das atividades de vida diárias, não abrangidas pelas USF ou outra unidade funcional do Centro de saúde (Por exemplo sem médico de família atribuído) ou que, por doença, apresentem marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente, para fora dos seus domicílios;
- Familiares/Cuidadores: Cuidados de suporte psicológico, formativo ou outro, prestado no domicílio do doente acima identificado.

Para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das diferentes intervenções será necessário a definição de um Plano Individual de Intervenção, o qual deverá evidenciar, claramente, os objetivos a alcançar pelo utente, as tarefas e responsabilidades de cada profissional, pelo que se considera conveniente a designação de um Gestor de Caso, que deverá ser o profissional que, num determinado momento, gira e responde melhor às necessidades da pessoa dependente e lhe sirva de suporte na comunidade.

População Alvo

- Utentes com situação de risco ou perda de autonomia, portadoras de diversos tipos de dependência, que necessitem de intervenções de saúde e de apoio social, residentes no concelho de Alandroal, que sejam referenciados pela RNCCI
- Familiares e cuidadores dos Utentes
- Proposta a contratualizar 6 camas de internamento

Objetivos

- Prestar cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e Paliativa, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- Realizar cuidados de fisioterapia;
- Prestar apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;

- Realizar ações de Educação para a saúde aos utentes, familiares e cuidadores
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais
- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI

Estratégias

- Educação para a saúde. Criação de mecanismos de informação ao utente/família/cuidador
- “*Empowerment*”;
- Estabelecimento de parcerias

Atividades

- Realização da visita domiciliárias de âmbito preventivo, curativo, reabilitador e ações paliativas aos utentes/Famílias nas primeiras 24 horas após a referenciação;
- Realização da visita domiciliária de âmbito preventivo, curativo, reabilitador e ações paliativas aos utentes/famílias;
- Realização de apoio de fisioterapia;
- Prestação de apoio de assistente social ao utente/família;
- Prestação de apoio psicológico ao utente/família;
- Prestação de apoio Nutricionista ao utente/família;
- Implementação de programa de formação em grupo dirigida aos cuidadores informais com necessidades identificadas nesta área.

ECCI - Atividades	
Atividade	Realização da visita domiciliárias de âmbito preventivo, curativo, reabilitador e ações paliativas aos utentes/Famílias nas primeiras 24 horas após a referenciação
Quem	Equipa de ECCI
Como	Programação da visita com o utente/ família/cuidador nas primeiras 48H após a referenciação Agendamento da visita
Onde	Domicílio
Quando	Nas primeiras 24H após a referenciação

Atividade	Realização da visita domiciliária de âmbito preventivo, curativo, reabilitador e ações paliativas aos utentes/família
Quem	Equipa de ECCI
Como	Programação das visitas com o utente/família/cuidador Agendamento
Onde	Domicílio, UCC
Quando	Durante o ano (2ª a 6ª feira (8H-20H), Fins de semana e feriados (8H-12H)
Atividade	Realização de apoio de fisioterapia
Quem	Fisioterapeuta
Como	A pedido do utente/familiar ou outro cuidador Por iniciativa da equipa A pedido de outras instituições/parcerias
Onde	Domicílio, UCC
Quando	Durante o ano (Horário estabelecido pelo profissional)
Atividade	Prestação de apoio de assistente social ao utente/família
Quem	Assistente Social
Como	A pedido do utente/familiar ou outro cuidador Por iniciativa da equipa A pedido de outras instituições/parcerias Encaminhamento para respostas sociais adequadas Articulação com entidades /parcerias
Onde	Domicílio, UCC
Quando	Durante o ano (Horário estabelecido pelo profissional)
Atividade	Prestação de apoio psicológico ao utente/família
Quem	Psicólogo
Como	A pedido do utente/familiar ou outro cuidador Por iniciativa da equipa A pedido de outras instituições/parcerias
Onde	Domicílio, UCC
Quando	Durante o ano (Horário estabelecido pelo profissional)
Atividade	Implementação de programa de formação em grupo dirigida aos cuidadores informais com necessidades identificadas nesta área.

Quem	Equipa de ECCI
Como	Identificação das áreas prioritárias Preparação do programa de formação (Pesquisa bibliográfica, Integração de peritos nas temáticas, planeamento e calendarização) Realização e avaliação do programa
Onde	Sede de UCC; instalações das parcerias
Quando	Todo o ano
Atividade	Atendimento via telefone
Quem	Equipa de ECCI
Como	A pedido do utente/família/cuidador Por telefone ou por telemóvel de serviço
Onde	UCC
Quando	Durante o ano (2ª a 6ª feira (8H-20H), Fins de semana e feriados (8H-12H))
Atividade	Reuniões intra-equipa para discussão de casos (Plano Individual de Intervenção)
Quem	Equipa de ECCI
Como	Programação e preparação da reunião
Onde	UCC
Quando	Semanalmente, com duração de 2H
Atividade	Avaliação cognitiva dos utentes
Quem	Equipa de ECCI
Como	Aplicação do teste Mini Mental
Onde	Domicilio
Quando	Todo o ano
Atividade	Organização e planeamento do banco de ajudas técnicas
Quem	Equipa de ECCI
Como	Aquisição de ajudas técnicas
Onde	UCC
Quando	Todo o ano
Atividade	Avaliação de Sobrecarga do cuidador

Quem	Equipa de enfermagem
Como	Escala de Zarit
Onde	Domicílio
Quando	Ao longo do ano (trimestral)
Atividade	Realizar a primeira conferência familiar um mês após a referenciação
Quem	Equipa de ECCI
Como	Planeamento da conferência e agendamento Definição do líder (gestor de caso) Discussão das problemáticas envolvendo o utente sempre que possível
Onde	Domicílio
Quando	No primeiro mês após a referenciação
Atividade	Realização e atualização do plano de cuidados de enfermagem
Quem	Enfermeiro
Como	Avaliação da estrutura familiar segundo o modelo de Calgary Aplicação do processo de enfermagem
Onde	Domicilio, UCC
Quando	Todo o ano
Atividade	Realização da avaliação da dor dos utentes
Quem	Equipa de ECCI
Como	Utilização de Escalas de avaliação da dor e outros sintomas (faces, numérica, ESAS) Rastrear o défice cognitivo, pois pode exacerbar a dor
Onde	Domicílio
Quando	Ao longo do ano (Sempre que as características da dor mudem, piorem ou não respondam ao tratamento)
Atividade	Avaliação do grau de autonomia do utente no momento da admissão e alta de ECCI
Quem	Equipa de ECCI
Como	Aplicação do índice de Kstz e Lawton
Onde	Domicílio
Quando	Todo o ano

Indicadores a contratualizar / metas

Indicadores a Contratualizar (Fórmula de Cálculo de Indicadores)	Metas		
	1º Ano	2º Ano	3º Ano
Taxa de avaliação da Autonomia do utente na alta da ECCI (Nº de utentes com avaliação da autonomia na alta (índice de Katz) / nº total de utentes admitidos em ECCI x*100)	85%	90%	95%
Taxa de avaliação cognitiva (N.º de utentes avaliados com o Mini Mental/ n.º total de utentes em ECCI *100)	80%	85%	90%
Taxa de Resposta da ECCI nas primeiras 24 horas (Nº de utentes com admissão em ECCI com visita domiciliária realizada em 24h após a sua admissão / nº total de utentes admitidos em ECCI * 100)	70%	80%	90%
Taxa de ocupação da ECCI (Nº utentes internados em ECCI / nº de lugares em acordo *100)	90%	100%	100%
Taxa de intervenção interdisciplinar em visita domiciliária, nas primeiras 48 horas após admissão em ECCI (Nº de utentes com intervenção interdisciplinar em visita domiciliária, nas primeiras 48 horas após admissão em ECCI / nº total de utentes admitidos em ECCI * 100)	85%	90%	95%
Taxa de avaliação regular da Dor (N.º de utentes avaliados regularmente com escala da Dor/ n.º total de utentes em ECCI *100)	90%	95%	100%
Taxa de avaliação da sobrecarga do cuidador (N.º de cuidadores avaliados regularmente relativamente à sobrecarga/ n.º total de cuidadores em ECCI *100)	80%	85%	90%
Taxa de utentes com Plano Individual de intervenção de Cuidados Integrados (Nº de utentes admitidos em ECCI com Plano Individual de Intervenção de Cuidados Integrados / nº total de utentes em ECCI * 100)	70%	80%	90%
Taxa de conferências familiares realizadas no primeiro mês após a referenciação (Nº de conferencias realizadas/nº de conferencias agendadas*100)	50%	65%	70%
Taxa de visitas domiciliárias de psicologia realizadas (Nº de visitas de psicologia realizadas/nº de utentes inseridos na visita *100)	70%	80%	90%
Taxa de visitas domiciliárias de serviço social realizadas (Nº de visitas de serviço social realizadas/nº de utentes inseridos na visita *100)	70%	80%	90%
Taxa de visitas domiciliárias de nutrição realizadas (Nº de visitas de nutricionista realizadas/nº de utentes inseridos na visita *100)	80%	85%	90%
Taxa de visitas domiciliárias médicas realizadas (Nº de visitas de nutricionista realizadas/nº de utentes inseridos na visita *100)	80%	85%	90%
Taxa de sessões de formação realizadas a cuidadores informais (Nº de sessões realizadas/nº de sessões agendadas*100)	50%	65%	70%

Taxa de ajudas técnicas fornecidas durante o ano (Nº de ajudas técnicas fornecidas/nº de ajudas técnicas solicitadas*100	50%	65%	70%
---	-----	-----	-----

Carga Horária

Para as atividades de ECCI são atribuídas 7H semanais / cama de ECCI para a equipa de enfermagem. Para o concelho de Alandroal foi estabelecido pela dispersão geográfica do concelho que as camas de ECCI são 6 e não 10 como apontavam os ratios. A carga horária dos restantes técnicos foi calculada segundo as necessidades.

Carga horária (Horas) para as atividades de saúde escolar da equipa multidisciplinar			
Elementos da equipa de UCC	Carga horária semanal	Carga horária Anual	Carga horária (3 anos)
Enfermeiro	42 H	2148 H	6552 H
Médico	2H	104H	312H
Psicólogo	5 H	260 H	780 H
Assistente técnico	13 H	676 H	111 H
Assistente operacional	14 H	728 H	2184 H
Terapeuta da Fala	4H	208H	624 H
Total	80 H	4124 H	12372H

1.6 ENVELHECIMENTO ATIVO

Entre as principais tendências que o Instituto Nacional de Estatística apresentou na publicação Censos 2011 – Resultados Provisórios, destaca-se o agravamento, ao longo da última década, do fenómeno do duplo envelhecimento da população. De facto os dados do Censos 2011 confirmam o aumento da população idosa e a diminuição da população jovem em Portugal, sendo que, atualmente, 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade.

O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. As regiões que apresentam índices de envelhecimento mais elevados são o Alentejo e o Centro, com respetivamente 179 e 164. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os índices de envelhecimento mais baixos do país, respetivamente, 74 e 91.

Nos últimos 30 anos Portugal perdeu cerca de um milhão de jovens, entre os zero e os 14 anos, e ganhou cerca de 900 mil idosos (pessoas com mais de 65 anos).

Associada a esta característica verifica-se, um processo de envelhecimento da população residente no concelho de Alandroal, com um índice médio de 264% (Censos, 2011).

Neste contexto, o progressivo envelhecimento da população portuguesa, contribui para o aparecimento de alguns problemas ao nível da saúde, tais como: aumento do risco de doenças degenerativas, perda de independência funcional e meteorização da qualidade de vida (Martins, T., 1999).

O programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas, visa, deste modo, a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exigindo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a rede de Cuidados Continuados de saúde criada pela Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro.

Assim, recorrendo à necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos em saúde, nomeadamente anos de vida com independência e melhorarem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, o Ministério da saúde aprovou o Programa Nacional para a saúde das pessoas Idosas, o que faz parte integrante do Plano Nacional de saúde 2004-2010”.

Do ponto de vista da coletividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os setores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais. Tal fato representa um enorme desafio e

responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os Cuidados de saúde Primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visa, contribuir, no sector da Saúde, para atingir esses objetivos.

O conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes fatores, bem como os que resultam da sua interação, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações.

O programa Nacional para a saúde da Pessoas Idosas, assentam em três pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento ativo, ao longo da vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

População Alvo

Pretende-se contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas Pessoas com 65 e mais anos de idade.

Objetivo geral

- Obter ganhos em anos de vida com independência

Objetivos específicos

- Aumentar os níveis de compreensão do processo de envelhecimento e suas implicações a nível funcional e de que forma este processo pode ser desacelerado;
- Aumentar os níveis de atividade física sistematizada desta população;

- Promover a inclusão da população idosa nas atividades e iniciativas desenvolvidas, contrariando a tendência para o isolamento.

Estratégias

- Educação para a saúde. Criação de mecanismos de informação à comunidade Escolar;
- “*Empowerment*”;
- Planeamento de ações de educação para a saúde com a comunidade escolar;
- Estabelecimento de parcerias

Atividades

- Realização de Sessões de sensibilização, esclarecimento e informação acerca do processo de envelhecimento e suas implicações funcionais;
- Criar parcerias na dinamização do programa de exercício físico (Escola Popular), no sentido de integrar as suas atividades e contribuindo com conteúdos da área da saúde entre a população idosa através de sessões de educação para a saúde.
- Planear e desenvolver atividades lúdico-recreativas físicas, que promovam a interação entre os utentes idosos.

Envelhecimento Ativo – Atividades	
Atividade	Realização de Sessões de sensibilização, esclarecimento e informação acerca do processo de envelhecimento e suas implicações funcionais;
Quem	Enfermeiro e Fisioterapeuta
Como	Apresentação em “PowerPoint”, Vídeos, Jogos interativos e distribuição de Folhetos
Onde	Juntas de freguesia do Concelho (6)
Quando	Durante o ano (uma em cada trimestre)
Atividade	Criar parcerias na dinamização do programa de exercício físico (Escola Popular), no sentido de integrar as suas atividades e contribuindo com conteúdos da área da saúde entre a população idosa através de sessões de educação para a saúde.

Quem	Enfermeiro, fisioterapeuta e parcerias
Como	Realização de contatos com responsáveis do programa Integração nas atividades do programa Delineação do plano de ações de educação para saúde (Promoção de estilos de vida saudáveis)
Onde	UCC e locais de dinamização do programa (juntas de freguesia, lares, ginásio)
Quando	Durante o ano
Atividade	Planear e desenvolver atividades lúdico-recreativas físicas, que promovam a interação entre os utentes idosos.
Quem	Enfermeiro, fisioterapeuta e parcerias
Como	Delineação e implementação de programas de estimulação, interação e entreaajuda entre os idosos (Bailes, Teatro, etc.)
Onde	Espaços verdes, lares, pontos de encontro e interesse, juntas de freguesia
Quando	Durante o ano (sempre que solicitado)

Indicadores a contratualizar/metas

Indicadores a Contratualizar (Fórmula de Cálculo de Indicadores)	Metas		
	1º Ano	2º Ano	3º Ano
Taxa de adesão às Sessões de sensibilização, esclarecimento e informação acerca do processo de envelhecimento e suas implicações funcionais (Nº de idosos que frequentaram as sessões/Nº de idosos convocados)	60%	65%	70%
Taxa de realização das atividades lúdico-recreativas físicas, que promovam a interação entre os utentes idosos. (Nº de atividades planeadas/nº de atividades realizadas)	70%	80%	90%
Taxa de adesão às sessões de educação para a saúde no âmbito da parceria do programa de exercício físico da Escola Popular do Alandroal (Nº de idosos que frequentaram as sessões/Nº de idosos convocados)	60%	65%	70%

Carga horária

Para projeto de intervenção com grupos vulneráveis como os idosos foi atribuído 2h/semana para a equipa de enfermagem e fisioterapeuta.

Carga horária (Horas) para as atividades de saúde escolar da equipa multidisciplinar			
Elementos da equipa de UCC	Carga horária semanal	Carga horária Anual	Carga horária (3 anos)
Enfermeiro	2 H	104 H	312 H
Assistente técnico	2 H	104 H	312 H
Total	4 H	208 H	624 H

1.7 PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS (PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES)

As doenças cardiovasculares e cerebrovasculares representam a principal causa de morte em Portugal e a segunda maior causa de morte no Alentejo e são também uma importante causa de incapacidade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis. O controlo dos fatores de risco é uma arma potente para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares.

Segundo dados estatísticos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Alentejo representando 4,5 % das mortes ocorridas e quando falamos na população adulta com menos de 65 anos estas doenças aparecem como a segunda maior causa de mortalidade no Alentejo, de acordo com o relatório da Administração Regional de Saúde do Alentejo (2009). Ainda de acordo com o mesmo relatório estas doenças são também as que têm um maior peso relativamente a internamentos de doentes na Região de Saúde do Alentejo.

Perante esta constatação a ARSA com base no Plano Nacional de saúde 2001-2016 coloca a necessidade da Prevenção das Doenças Cardiovasculares na população Ativa. O Acidente Vascular Cerebral ou o Enfarte Agudo do Miocárdio deixam sequelas para toda

a vida o que implica viver mais anos com dependência e conseqüentemente o aumento dos custos sociais e humanos.

Sabe-se que as doenças cardiovasculares são altamente evitáveis através do estilo de vida e controle dos fatores de risco, que passam por uma alimentação saudável, exercício físico e não fumar.

Nos últimos anos, muito se tem comentado sobre o estilo de vida das populações. Campanhas antitabagistas, de redução do consumo de álcool, de incentivo para uma alimentação saudável e de prática regular de atividade física.

De fato, o estilo de vida é um dos fatores mais importantes para a manutenção da saúde. (Rique, Soares & Meirelles, 2002).

A crescente incidência das Doenças Cardiovasculares no último século originou uma busca incessante pelos fatores de risco relacionados ao seu desenvolvimento. Ainda que a genética e a idade tenham grande importância nesta evolução, grande parte dos outros fatores de risco pode ser influenciada por modificações no estilo de vida, de forma a reduzir os eventos cardiovasculares e aumentar a sobrevivência em utentes portadores ou em risco cardiovascular. Ainda que alguns aspetos permaneçam controversos, a mudança de hábitos alimentares, a prática de atividade física e a cessação tabágica são modificações do estilo de vida consideradas essenciais para o êxito da prevenção das doenças Cardiovasculares assim como a identificação dos indivíduos em risco.

Todos os anos morrem em Portugal 20 mil mulheres e 16 mil homens vítimas de doenças cardiovasculares, um número que no futuro poderá disparar devido ao estilo de vida das crianças segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia, sendo que, metade destas doenças são cerebrovasculares e a outra metade são doenças cardíacas.

Segundo a mesma fonte tanto nos homens como nas mulheres, é uma das principais causas de mortalidade. E já não é apenas uma doença das pessoas de mais idade. 45% dos Enfartes Agudos do Miocárdio ocorrem em pessoas com menos de 65 anos, e 5% ocorrem em jovens abaixo dos 40 anos.

De acordo com um estudo recente (Estudo VIVA - 2011) da Sociedade Portuguesa de Cardiologia o Alentejo é a segunda região do país com maior risco de enfarte ou acidente cardiovascular. Regionalmente o risco elevado vai crescendo de Norte para Sul do país, com 20% na região Norte, 23,9% no Centro, 26,2% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 35,5% no Alentejo e 35,9% no Algarve.

Os mesmos dados indicam, a nível nacional, que um em cada quatro portugueses adulto corre risco elevado de morrer de enfarte ou AVC nos próximos 10 anos, mas apenas 30% toma medicação adequada.

Um dos fatores mais preocupantes revelados pelo estudo é a prevalência da obesidade abdominal, que atinge 55% nas mulheres e 36% nos homens. O consumo de sal e gorduras saturadas no Alentejo, os hábitos de “*fast-food*” em Lisboa ou a população flutuante e reformada no Algarve poderão ajudar a explicar estes resultados.

Está hoje provado que a alimentação constitui um fator na proteção da saúde e, quando desequilibrada, pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, entre outras. Por isso, o excesso de sal, de gorduras, de álcool e de açúcares de absorção rápida na alimentação, por um lado, e a ausência de legumes, vegetais e frutos frescos, por outro, são dois fatores de risco associados às doenças cardiovasculares. (Programa Nacional de Combate às Doenças Cardiovasculares, 2006).

Estudos também têm demonstrado que o sedentarismo está associado a maior incidência de doença cardiovascular. A inatividade física é hoje reconhecida como um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. Embora não se compare a fatores de risco como o tabagismo ou a hipertensão arterial, é importante na medida em que atinge uma percentagem muito elevada da população, incluindo adolescentes e jovens adultos. A falta de prática regular de exercício físico moderado potencia outros fatores de risco suscetíveis de provocarem doenças cardiovasculares, tais como a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes ou a hipercolesterolemia. (Programa Nacional de Combate às Doenças Cardiovasculares, 2006).

Inversamente, a prática regular de atividade física é útil na prevenção primária e secundária dessa importante doença.

O tabagismo é, sem dúvida, outro dos fatores de risco das doenças cardiovasculares. Os fumadores de mais de um maço de cigarros por dia têm quatro vezes mais enfartes do miocárdio do que os não fumadores. Contudo, até o fumo de poucos cigarros por dia aumenta o risco doenças cardiovasculares. O tabagismo favorece o aparecimento da Angina de Peito, do Enfarte do Miocárdio e da Doença Arterial Periférica, e pode levar, inclusive, à morte. O risco de acidente vascular cerebral também aumenta nos fumadores de modo proporcional ao número de cigarros fumados por dia. (Programa Nacional de Combate às Doenças Cardiovasculares, 2006).

Em suma os hábitos de vida adotados por grande parte da população, como o sedentarismo, a falta de atividade física diária, uma alimentação desequilibrada ou o tabagismo, constituem hoje fatores de risco a evitar. Portanto, práticas educativas implementadas por equipas que conscientizem a população da importância de hábitos alimentares saudáveis, cessação tabágica e de atividade física regular devem ser componentes prioritários nas estratégias de Saúde Comunitária, a fim de deter o avanço das doenças cardiovasculares.

Na abordagem das doenças cardiovasculares no ambulatório devem ser encaradas novas formas de prestação de cuidados, bem como locais de menor custo para essa prestação. Devem assim, implementar-se equipas comunitárias para abordar a doença, abrangendo diferentes locais. Um sistema integrado de intervenções, com medidas para otimizar resultados clínicos, económicos e humanísticos, com recursos coordenados e combinados para obter sinergias. A educação, englobando a educação do utente, educação de adesão, educação de monitorização são fatores determinantes para melhores resultados.

A celebração de algumas datas comemorativas na saúde e a participação em alguns eventos sociais da comunidade tem como principal finalidade a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Deste modo a UCC de Alandroal pretende implementar e desenvolver em parceria com outras instituições campanhas com o objetivo de incentivar a mudança de hábitos e ressaltar a importância de um estilo de vida saudável ao nível da população ativa, nomeadamente na prevenção das doenças cardiovasculares

População Alvo

População Ativa dos 20 aos 64 anos de idade do concelho de Alandroal

Objetivo geral

Incentivar a mudança de hábitos ressaltando a importância de um estilo de vida saudável na prevenção das doenças cardiovasculares

Objetivos Específicos

- Aumentar os conhecimentos da população alvo relativamente a uma alimentação saudável, fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares;
- Aumentar os níveis de atividade física sistematizada desta população;
- Promover a inclusão da população ativa nas atividades e iniciativas desenvolvidas em datas comemorativas que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Estratégias

- Educação para a saúde. Criação de mecanismos de informação à comunidade Escolar;
- “*Empowerment*”;
- Planeamento de ações de educação para a saúde com a comunidade escolar;
- Estabelecimento de parcerias

Atividades

- Sessões de sensibilização, esclarecimento e informação sobre alimentação saudável fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares
- Realização e distribuição de panfletos sobre alimentação, fatores de risco cardiovasculares e sinais de sintomas das doenças cardiovasculares.
- Planeamento e execução de um programa de exercício físico, promovendo o aumento dos níveis da atividade física entre a população ativa.
- Inclusão da população ativa nas atividades e iniciativas desenvolvidas em datas comemorativas que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença.
- Realização de rastreios de IMC, Perímetro abdominal, Glicémia capilar, Colesterol, Tensão Arterial na população alvo em eventos comemorativos do concelho.

Promoção de estilos de vida saudáveis (Prevenção de doenças cardiovasculares)	
Atividades	
Atividade	Sessões de sensibilização, esclarecimento e informação sobre alimentação saudável fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares
Quem	Equipa de UCC e Parcerias
Como	Agendamento da sessão Divulgação da sessão nos locais de trabalho, centros de convívio, juntas de freguesia, etc.

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

	Apresentação em “PowerPoint”, Vídeos, Jogos interativos e distribuição de Folhetos
Onde	Juntas de freguesia do Concelho (6)
Quando	Durante o ano em horário pós laboral (1 por trimestre)
Atividade	Distribuição de panfletos sobre alimentação, fatores de risco cardiovasculares e sinais de sintomas das doenças cardiovasculares
Quem	Equipa de UCC e parcerias
Como	Preparação e Distribuição
Onde	UCC, UCSP, sessões de sensibilização esclarecimento e informação, locais de trabalho, atividades realizadas em datas comemorativas etc.
Quando	Durante o ano
Atividade	Planeamento e execução de um programa de exercício físico, promovendo o aumento dos níveis da atividade física entre a população ativa.
Quem	Enfermeiro, fisioterapeuta e parcerias (professores de educação física)
Como	Delineação e implementação de programas de aulas de educação física e/ou caminhadas pelos professores de educação física, com a colaboração da equipa da UCC
Onde	Espaços verdes, junto de freguesia, ginásio
Quando	Durante o ano (em horário pós laboral)
Atividade	Inclusão da população ativa nas atividades e iniciativas desenvolvidas em datas comemorativas que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença.
Quem	Equipa da UCC e parcerias
Como	Implementação de atividades de promoção da saúde para a população ativa (caminhadas, sessões de sensibilização, informação e esclarecimento, rastreios etc.) Divulgação do horário das atividades no programa de eventos
Onde	Locais dos eventos comemorativos (Feira da Saúde, Exposições, Caminhadas, Romarias, etc.)
Quando	Ao longo do ano (em datas comemorativas) em horários pós laboral
Atividade	Realização de rastreios de IMC, Perímetro abdominal, Glicémia capilar, Colesterol, Tensão Arterial
Quem	Enfermeiro

Como	Aquisição do material necessário para os rastreios Preparação de “ <i>stand</i> ” nos eventos comemorativos
Onde	Locais dos Eventos comemorativos do concelho
Quando	Ao longo do ano (em datas comemorativas) em horários pós laboral

Indicadores a contratualizar/ metas

Indicadores a Contratualizar (Fórmula de Cálculo de Indicadores)	Metas		
	1º Ano	2º Ano	3º Ano
Taxa de adesão às Sessões de sensibilização, esclarecimento e informação sobre alimentação saudável fatores de risco cardiovasculares e sinais e sintomas das doenças cardiovasculares (Nº de pessoas (população ativa) que frequentaram as sessões/Nº de convocadas)	60%	65%	70%
Taxa de adesão da população ativa ao programa de exercício físico, (Nº de pessoas (população ativa) que frequentaram o programa/nº de pessoas encaminhadas)	60%	65%	70%
Taxa de realização das atividades nos eventos comemorativos (Nº de atividades planeadas/nº de atividades realizadas)	70%	80%	90%

Carga horária

Para projeto de intervenção na comunidade (Promoção de Estilos de vida saudáveis na população ativa) foram atribuídas 2h/semana para a equipa de enfermagem e fisioterapeuta

Carga horária (Horas) para as atividades de promoção de estilos de vida saudáveis na população ativa			
Elementos da equipa de UCC	Carga horária semanal	Carga horária Anual	Carga horária (3 anos)
Enfermeiro	2 H	104 H	312 H
Assistente técnico	2 H	104 H	312 H
Total	4 H	208 H	624 H

5. ORÇAMENTO PARA A UCC

Segundo a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009, deverá ser disponibilizada uma área física convenientemente apetrechada e de dimensão adequada ao número de profissionais e funções que executam, assim como os meios adequados ao desenvolvimento das atividades na comunidade.

Assim, prevê-se que os recursos materiais envolvidos sejam as instalações do Centro de Saúde de Alandroal, o material de equipamento para o funcionamento da equipa multidisciplinar, equipamento específico para as atividades de enfermagem, médicas e psicólogo e material de escritório. O centro de Saúde de Alandroal, já possui um ginásio totalmente equipado com material de fisioterapia que será utilizado para as atividades do fisioterapeuta.

Material	Quantidade	Custo Estimado
Impressora multifunções a laser, a preto	1	300.00€
Máquina fotográfica digital	1	150.00€
Agrafador	5	150.00€
Papeleiras	4	50.00€
Calculadoras	4	80.00€
Dossiers	20	60.00€
Cofre embutido na parede para estupecientes	1	80.00€
Computador de secretária	4	2800.00€
Computador portátil	2	1400.00€
Furador de papéis	3	60.00€
Pen drive 8 GB	3	36.00€
Placards	4	100.00€
Porta canetas de secretaria (clips, post-it)	5	100.00€
Projeter multimédia	1	450.00€
Rádio leitor de CDs	1	50.00€

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

Tabuleiros de secretária	5	45.00€
Telefones	2	210.00€
Telemóvel	3	120.00€
Tira agrafes	5	50.00€
Cadeirões/sofás para a entrada	2	500.00€
Secretária em L	1	260.00€
Secretária	4	800.00€
Blocos de gavetas	4	480.00€
Armários	4	1000.00€
Mesa redonda com mínimo de 1,10 de diâmetro	1	150.00€
Cadeiras com rodas e braços	5	350.00€
Cadeiras	5	250.00€
Esfigmomanómetro eletrónico	2	90.00€
Saco de transporte de material	3	148.00€
Termómetro auricular	2	70.00€
Capas para a chuva	6	180.00€
Estetoscópio	4	80.00€
Fitas métricas	3	30.00€
Aspirador de secreções portátil e respetivos sacos	1	300.00€
Balança portátil	1	65.00€
Suportes para soros	2	120.00€
Otoscópio	1	30.00€
Caixas de plástico para dispositivos (material de penso)	2	40.00€
Frigorífico 140l para medicamentos	1	600.00€
		Total 11834.00€

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente documento pretende compilar um conjunto de programas, objetivos e intervenções de um grupo multiprofissional que, tendo por base os normativos em vigor; um conhecimento do contexto do Cuidados de Saúde Primários e a experiência profissional dos vários elementos ao nível das diferentes áreas de intervenção, de forma a constituir-se como um documento facilitador da implementação da UCC de Alandroal.

O principal objetivo da UCC de Alandroal baseia-se na prática de cuidados centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade. Pretendemos ao longo de todo o triénio conseguir desenvolver as competências a nível relacional e interdisciplinar, de forma proactiva. Desenvolvendo competências e capacitando os grupos alvo.

A intervenção da UCC visa o encontro entre utente/família, os parceiros comunitários e os profissionais de saúde, em contexto de prestação de cuidados, tendo como objetivos a maximização dos recursos garantindo a acessibilidade e equidade de todos aos recursos disponíveis.

Este documento não deve ser entendido como limitador das iniciativas dos profissionais que apresentam este plano de ação, mas sim, constituir como um instrumento orientador para os que trabalham na comunidade e tem aqui a oportunidade de tornar visível o trabalho desenvolvido, bem como, contribuir para uma decisão dos responsáveis pelo processo baseado na uniformização de princípios do ACES Alentejo Central e ARS Alentejo, IP.

7. **BIBLIOGRAFIA**

- DECRETO – LEI Nº 28/2008. “DR 1ª Série”. 38 (2008 – 02 – 22) 1182 – 1189
- DECRETO – LEI Nº 102/2009. “DR 1ª Série”. 90 (2009 – 05 – 11) 2812 – 1813
- DECRETO – LEI nº 101/2006. “DR 1ª Série – A”. 109 (2006 – 06 – 06) 3856 – 2865.
- DECRETO – LEI Nº 3/2008. “DR 1ª Série”. 4 (2008 – 01 – 07) 154 164
- DECRETO – LEI Nº 281/2009. “DR 1ª Série”.193 (2009 – 10 – 06) 7298 – 7301
- DESPACHO Nº 19040/2006. “DR 2ª Série”. 181 (2006 – 09 – 19) 19247 – 19248.
- DESPACHO Nº 7816/2009. “DR 2ª Série”. 54 (2009 – 03 – 18) 10434.
- DESPACHO nº 10143/2009. “DR 2ª Série”. 74 (2009 – 04 – 16) 15438 – 15440
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2011). Censos 2011. Resultados definitivos. Disponível: http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). *Proposta da Ordem dos Enfermeiros: Modelo Organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)*. Lisboa: OE. 10p
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). *Reconfiguração dos Centros de Saúde. Unidade de Cuidados na Comunidade*. Lisboa: Conselho Diretivo. 2p
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2007). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços*. Lisboa: MCSP.37p
- PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde (2009) – *Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Um Acontecimento Extraordinário*. Lisboa. 57p
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2010). *Indicadores de Desempenho da Unidades de Cuidados na Comunidade*. Lisboa: DGS. 2010. 70p
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS, 2006. 28p ISBN 978-972-675.153-3
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Lisboa: DGS, 2005. 64p ISBN 972-675-149-7

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005) *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: DGS. 24p ISBN 972-675-128-4

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006) *Programa Nacional de saúde para a Saúde das Pessoas Idosas* - Lisboa: DGS, 2006. 24p ISBN 972-675-155-1

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2005) *Programa Nacional de Cuidados Paliativos* - Lisboa: DGS, 2005. 20p ISBN 972-675-124-1

PORTUGAL – Ministério da Saúde (2004) *Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas para 2004 – 2010*. Lisboa. 2004.127p

PORTUGAL. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2009) – *Documento de Suporte à Implementação da UCC*. Lisboa. 41p

PORTUGAL. Reforma para os Cuidados de Saúde Primários – Grupo de Coordenação Estratégica (2009). *Orientações para a constituição e Implementação das UCC*. Lisboa. 2010. 14p

PORTUGAL – Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de saúde primários (2008) - *Agrupamento de Centros de Saúde: Unidade de Cuidados na Comunidade*. Lisboa: MCSP. 2008. 18p

RIQUE, A. B. R.; Soares, E. A.; Meireles, C. M. (2002) *Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares*. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v.8, n. 6, p. 244-254, Nov./Dec.

STANHOPE Márcia; LANCASTER Jeanete (1999) *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*; 4ª edição; Lusociência;

STANHOPE Márcia; LANCASTER Jeanete (2011) *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados no População*; 7ª edição; Lusodidata;

Apêndice IV

(Orçamento para a Elaboração do Plano de Ação da UCC)

ORÇAMENTO

RECURSOS MATERIAIS	CUSTOS
Computador	480 €
Gravador de voz	30 €
Impressora com tinteiro a cor e preto/branco	60 €
Deslocações em carro para realização das entrevistas na Câmara Municipal de Alandroal, Estabelecimento de ensino do Agrupamento Vertical de Alandroal, Instalações da SCM de Alandroal, instalações das 3 empresas empregadoras do concelho de Alandroal, Instalações da “Choupana” e Instalações do Destacamento Territorial da GNR (1 deslocação/estabelecimento)	28.08 € (78 Km x 0,36€)
Deslocações ao Centro de Saúde de Alandroal para agendamento e realização do “ <i>Brainstorming</i> ” (2 deslocações)	6.48 € (18Km x 0.36 €)
Deslocação à reunião de trabalho de grupo de Coordenadores de UCC do ACES Alentejo, Central.	38,88 € (108Km x 0.36 €)
RECURSOS HUMANOS	CUSTOS
Horas de enfermagem para realização dos guiões de entrevistas	81.7 € (10h x 8.17 €)
Horas de enfermagem para observação e correção dos guiões	24.51 € (3h x8.17 €)
Horas de enfermagem para análise do conteúdo das entrevistas	571.90 € (70h x 8.17 €)
Horas de enfermagem para preparação do Brainstorming	24.5 € (3h x8.17 €)
Horas de enfermagem para realização de Brainstorming (7 enfermeiros)	114.38€ (7 Enf. X 2h x8.17€)
Horas de enfermagem para reunião com o grupo de trabalho dos coordenadores de UCC do ACES Alentejo, Central	57.19€ (7h x8.17€)
Horas de Enfermagem para a definição de prioridades	326.8€

Relatório Final: Plano de Ação da UCC do Concelho de Alandroal

	40h x 8.17 €
Horas de enfermagem para o estabelecimento de objetivos e Metas	326.8 € 40h x8.17 €
Horas de enfermagem para definição de estratégias	326.8 € 40h x8.17 €
Horas de enfermagem para definição de atividades	653.6 80h x8.17€
Horas de enfermagem para definição de indicadores de avaliação	326.8 40h x8.17€
Horas de enfermagem para redação do plano de Ação da UCC	653.8 € (80h x8.17€)

Total de Custos = 4.132,22 €