

Administração Regional de Saúde do Centro, IP

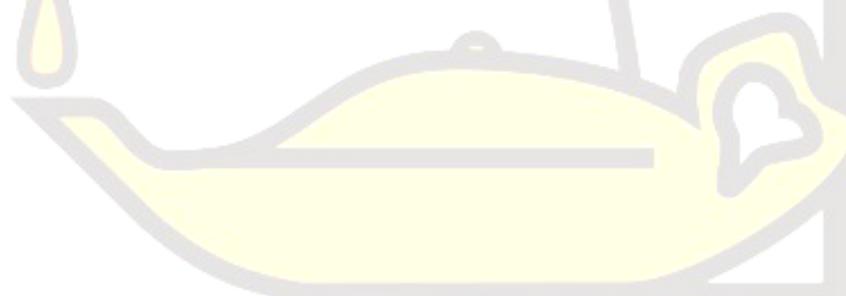
ACeS Baixo Vouga

Centro de Saúde de Sever do Vouga

Plano de Ação

2014- 2016

Unidade de Cuidados na Comunidade Vouga



VOUGA

Administração Regional de Saúde do Centro, IP
ACeS Baixo Vouga
Centro de Saúde de Sever do Vouga

Plano de Ação

2014- 2016

Unidade de Cuidados na Comunidade Vouga

Unidade de Cuidados na Comunidade
Morro da Póvoa
3740- 214
Sever do Vouga
Telefone: 234590450; Fax: 234590459
E-mail: ucc-vouga@cssvouga.min-saude.pt

Coordenadora: Maria Inês Lopes Silva
E-mail: inesilva_7@hotmail.com

Sever do Vouga, janeiro 2014

Lista de siglas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AAE – Auxiliar Ação Educativa
APCDI – Associação Pró – Cidadão Deficiente Integrado
AVD – Atividades Vida Diária
BIS – Boletim Individual Saúde
CPCJ – Comissão Proteção Crianças e Jovens
CS – Centro de Saúde
CSSV – Centro de Saúde Sever do Vouga
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CLAS – Conselho Local de Acção Social
CLDS – Contrato Local de Desenvolvimento Social
CPoE – Caminhar para o Equilíbrio
CTFPTI – Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado
ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados
ECD – Equipa Coordenação Distrital
EID – Equipa de Intervenção Direta
EGS – Exame Global Saúde
GNR – Guarda Nacional Republicana
HIP – Hospital Infante Pedro
IDI – Índice de Dependência de Idosos
IDJ – Índice de Dependência se Jovens
IDT – Índice de Dependência Total
INE – Índice Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Pública Solidariedade Social
JI – Jardim Infância
LACSEV – Liga Amigos Centro Saúde Sever Vouga
NACJR – Núcleo Apoio Criança Jovem Risco
PPMP – Preparação para Parto Método PsicoProfilático
MPP – Método PsicoProfilático
NE – Núcleo Executivo
NEE – Necessidade Educativa Especial

NLI – Núcleo Local Inserção

NSE – Necessidade Saúde Especial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDS – Plano Desenvolvimento Social

PFP – Programa de Intervenção Precoce

PIAF – Plano Individualizado de Apoio à Família

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RIVD – Rede Intervenção Violência Doméstica

RSI – Rendimento Social de Inserção

SISO – Sistema Informático Saúde Oral

TSS – Técnica Serviço Social

UCC – Unidade Cuidados Comunidade

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág
Quadro 1: Identificação dos profissionais de saúde da UCC Vouga	11
Quadro 2: Distribuição da população residente por grupos etários no concelho de Sever do Vouga, no ano de 2012.....	16
Quadro 3: Densidade populacional do concelho de Sever do Vouga, no ano de 2012	16
Quadro 4: Distribuição ponderada da população inscrita no concelho de Sever do Vouga	17
Quadro 5: Índices da população residente em Sever do Vouga, Baixo Vouga e Portugal, no ano de 2012	17
Quadro 6: Índice vital de Pearl e Índice de vitalidade da população residente em Sever do Vouga, no ano de 2012	18
Quadro 7: Índice de longevidade da população residente em Sever do Vouga, no ano de 2012	18
Quadro 8: Taxa bruta de natalidade e mortalidade em Portugal, Região Centro, Região do Baixo Vouga e concelho de Sever do Vouga, no ano de 2011.....	20
Quadro 9: Taxas de mortalidade por algumas causas de morte em Portugal, Região Centro, Região Baixo Vouga e concelho de Sever do Vouga, no ano de 2011	21

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
Gráfico 1: Pirâmide etária da população inscrita no Centro de Saúde de Sever do Vouga	15
Gráfico 2: Distribuição das dez principais causas de doença crónica dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Sever do Vouga, no ano de 2013	19
Gráfico 3: Comparação das taxas de natalidade e mortalidade geral de Portugal, Região Centro, Região Baixo Vouga e Sever do Vouga, no ano de 2011.....	20
Gráfico 4: Taxas de mortalidade por algumas causas de morte, em Portugal, Região Centro, Região Baixo Vouga e Sever do Vouga, no ano de 2011.....	21

ÍNDICE DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura 1: Localização do concelho de Sever do Vouga	12

ÍNDICE

1. Introdução	10
2. Caracterização da UCC Vouga	11
3. Caracterização da área geográfica de Sever do Vouga	12
3.1. Geografia	12
3.2. Acessibilidades	13
3.3. Recursos em transportes	13
3.4. Recursos em saúde	14
3.5. Recursos sociais.....	14
3.6. Recursos em ensino	14
3.7. Recursos em cultura, lazer e desporto	15
3.8. Dados demográficos	15
4. Caracterização socioeconómica	18
5. Dados de saúde	19
5.1. Indicadores de morbilidade	19
5.2. Taxas de natalidade geral e mortalidade geral.....	20
5.3. Taxa de mortalidade por causas de morte	21
6. Carteira Básica de Serviços	22
6.1. Programa de Saúde Materna.....	22
6.2. Saúde Escolar/Saúde Oral	27
6.3. Cuidados Continuados.....	38
6.4. Parceria com a Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Sever do Vouga.....	42
6.5. Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)	44
6.6. Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ).....	47
6.7. Intervenção Precoce.....	50
6.8. Núcleo Local de Inserção	52
6.9. Rede social.....	54
6.10. Rede de Intervenção contra a Violência Doméstica.....	56
6.11. “Capacitar para Bem-Fazer”	59
6.12. “Caminhar Para o Equilíbrio”.....	62
6.13. Prevenção de doenças cardiovasculares: “Menos Sal Mais Sabor à Vida”	66
7. Plano desenvolvimento profissional e formação continua	68
8. Programa de melhoria contínua da qualidade	71

9. Carga horária total	75
10. Responsáveis pelos programas/projetos	76

1. Introdução

O presente documento constitui o Plano de Ação da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade de Sever do Vouga.

Para a execução deste plano baseamo-nos nos relatórios de atividades de 2011 e 2012 bem como do Diagnóstico de Situação de Saúde do ACeS Baixo Vouga de 2013 assim como os recursos afetos à unidade.

O plano de ação foi desenvolvido para três anos. Estão definidas metas baseadas nas necessidades identificadas e nos dados históricos disponíveis em base de dados para os diversos programas/projetos.

2. Caracterização da UCC Vouga

A UCC Vouga faz parte do ACeS Baixo Vouga, Administração Regional de Saúde do Centro.

Funciona nas instalações do Centro de Saúde de Sever do Vouga, sito no Morro da Póvoa, 3740 – 214 Sever do Vouga.

Telefone: 234590450

Telemóvel da ECCI: 912496830

Fax: 234590459

Horário de funcionamento:

8-20 Horas de segunda a sexta-feira, no serviço UCC.

Sábados, domingos e feriados no período das 9 às 17 Horas, quando necessário e no âmbito da ECCI.

Atendimento ao público: das 9 às 13Horas, de segunda a sexta-feira.

Recursos Humanos na UCC Vouga

Quadro 1 – Identificação dos profissionais de saúde da UCC

Identificação dos profissionais de saúde da UCC Vouga		
Equipa Nuclear		
Nome	Categoria profissional	Horas/sem
Maria Inês Lopes Silva	Enfermeira especialista (S.Publica)	32
Idalina Pereira Tavares	Enfermeira especialista (S.Materna)	38*
Lúcia Generosa P. B. de A.Martins	Enfermeira graduada	40
Maria Helena Pereira da Silva	Enfermeira especialista (S.Infantil)	40
Maria Adelaide Ferreira Alves	Assistente técnica	17
Equipa Multidisciplinar		
Nome	Categoria profissional	Horas/sem
Manuel Augusto Martins Coutinho	Médico (medicina geral e familiar)	1
Liliana Granja	Nutricionista	4
Marta Santo	Fisioterapeuta	8
Teresa Rocha	Técnica de serviço social	4
Joana Terra Seca	Técnica de serviço social	6

*4H quinzenais para o cargo de Vereadora da Câmara Municipal de Sever do Vouga

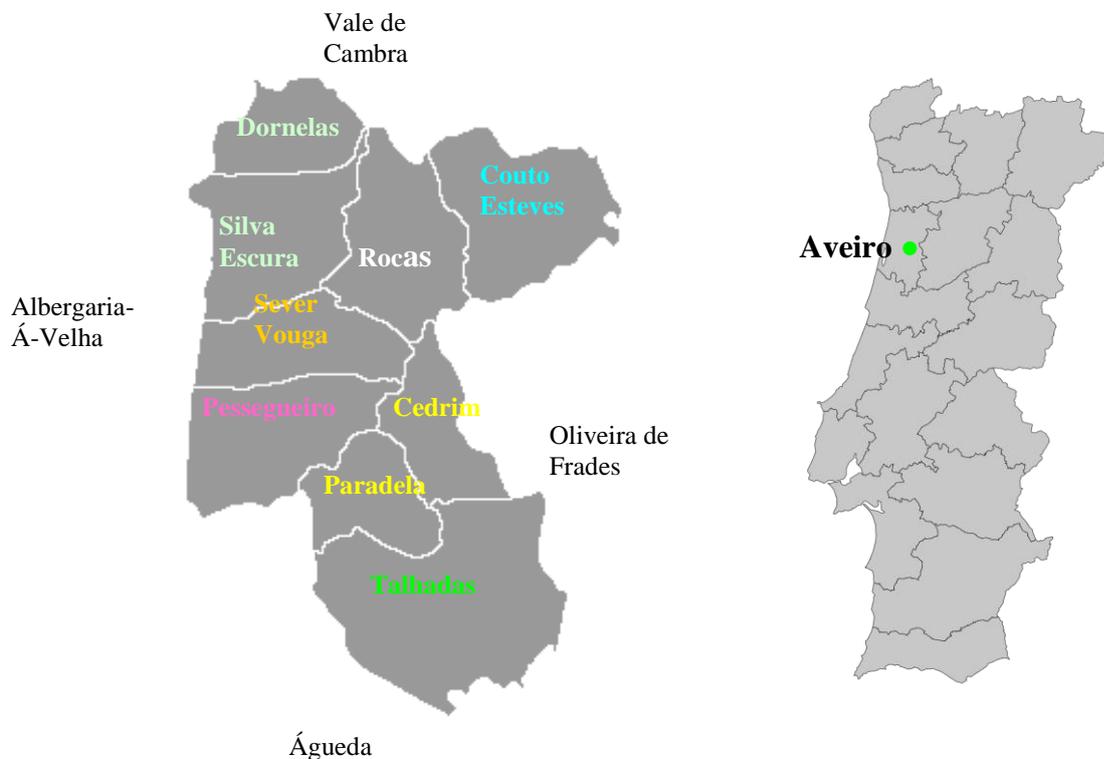
Coordenadora da UCC Vouga
Maria Inês Lopes Silva

3. Caracterização da área geográfica de Sever do Vouga

3.1. Geografia

Administrativamente, o concelho de Sever do Vouga encontra-se localizado no distrito de Aveiro, na Sub-Região do Baixo Vouga. O território concelhio ocupa cerca de 130 km², encontrando-se atualmente dividido em sete freguesias: a norte da sede do concelho União das freguesias Dornelas – Silva Escura e Rocas do Vouga; a nordeste a freguesia de Couto de Esteves; a sul a freguesia de Pessegueiro do Vouga; e a sudeste União das freguesias Cedrim do Vouga – Paradela do Vouga e Talhadas (fig.1).

Fig.1 – Localização do Concelho de Sever do Vouga



Nos seus limites geográficos encontramos os seguintes concelhos: a Norte, o concelho de Vale de Cambra; a Sul Águeda; a Oeste Albergaria-a-Velha e Oliveira de Azeméis e a Leste Oliveira de Frades.

3.2. Acessibilidades

O concelho de Sever do Vouga é atravessado por um dos principais eixos viários de Portugal, a auto-estrada A25 (Aveiro - Vilar Formoso) e, através desta, a ligação à auto-estrada A1. A ligação rodoviária Vale de Cambra/ Sever do Vouga/ A25/ Águeda constitui o eixo viário dorsal do concelho. Junto ao rio Vouga existe a estrada nacional EN16, que antigamente era a principal ligação da EN1 a Viseu, e que se liga também ao referido eixo viário dorsal do Concelho.

3.3. Recursos em transportes

Sever do Vouga dispõe de um serviço denominado SEVERin, que estabelece a ligação, através de miniautocarro de 15 lugares, entre a sede de concelho e as sete freguesias. O serviço está disponível, de segunda-feira a quinta-feira, em quatro itinerários distintos, que se traduzem na Linha Norte, Linha Nordeste, Linha Este e Linha Sul. Portanto, em cada semana só faz o mesmo itinerário uma vez. Para além deste recurso, o concelho dispõe de uma rede de transportes escolares (apenas dentro do território concelhio) durante o ano letivo.

Relativamente às deslocações para o exterior estas são feitas diariamente entre os concelhos envolventes e a Vila, designadamente, Vale de Cambra, Aveiro e Águeda. Contudo, a população residente nas freguesias é obrigada a deslocar-se de táxi até à sede do concelho para poder usufruir destes transportes públicos.

Consideramos que a capacidade de resposta em termos de rede viária para a população é insuficiente, uma vez que é uma população muito idosa e por isso, a maioria das pessoas não tem transporte próprio.

3.4. Recursos em saúde

O Centro de Saúde Dr. Manuel Santiago é a única instituição de saúde do Estado existente no concelho: é constituído pela sede situada na vila e por seis pólos de saúde distribuídas pelas restantes freguesias.

Para além desta instituição o concelho dispõe também de várias clínicas privadas (algumas delas convencionadas) e outras estruturas que apesar de não prestarem cuidados de saúde, são complementares ao bom desempenho dos serviços de saúde, como bombeiros, farmácias, laboratórios de análises e imagiológicos.

3.5. Recursos sociais

O concelho de Sever do Vouga dispõe de instituições dispersas por algumas freguesias, com vários tipos de respostas: Apoio à criança e jovem, Apoio aos idosos, Apoio à família, Apoio a cidadãos com deficiência e Apoio ao emprego, ...

São elas: Santa Casa da Misericórdia de Sever do Vouga, Fundação Bernardo Barbosa de Quadros, Centro Social Maria da Glória Almeida e Pinho, Associação Pró Cidadão Deficiente Integrado, Fundação Edite Costa Matos, Mão Amiga e Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Sever do Vouga.

3.6. Recursos em ensino

O concelho de Sever tem um agrupamento de escolas englobando todos os níveis de ensino, desde a pré-escola até ao secundário. Existe também um jardim infantil particular.

De acordo com o Diagnóstico Social do Concelho de Sever do Vouga (2012), o nível de instrução pode ser medido através das taxas de analfabetismo e dos níveis de qualificação académica. A maioria da população concelha, em 2011, possuía somente o nível básico (61,94%). Por sua vez, apenas, 10,92% possuía o nível secundário e 7,6% da população possuía o ensino superior. De referir que as principais causas de abandono escolar são o rendimento escolar baixo e a emigração da família dos alunos.

Relativamente à taxa de analfabetismo, em 2001 encontrava-se nos 10%, tendo sofrido um pequeno e moroso decréscimo desde 1991, que era de 12,8%.

3.7. Recursos em cultura, lazer e desporto

Existem vários equipamentos desportivos nomeadamente: Pavilhão Desportivo Municipal, Pavilhão da Piscina Municipal, Campos de Futebol, escolas de música e dança, assim como inúmeras Associações Recreativas.

Há vários jornais locais e a Universidade Sénior.

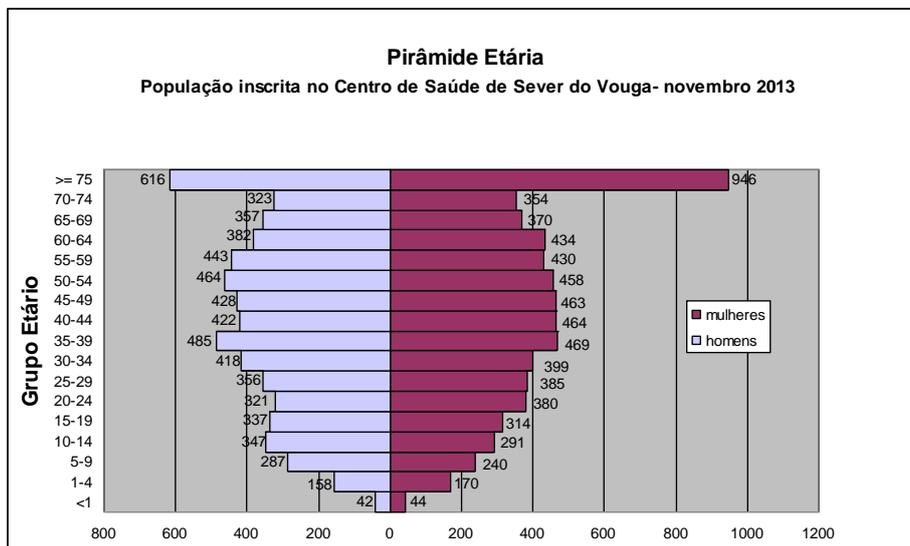
3.8. Dados demográficos

A dimensão demográfica permite analisar as tendências das populações, isto é, o seu crescimento e envelhecimento.

População inscrita

A população inscrita no centro de saúde de Sever do Vouga em novembro de 2013 era de 12797.

Gráfico 1 – Pirâmide etária da população inscrita no Centro de Saúde de Sever do Vouga



Fonte material: Sinus

Fonte Institucional: Centro de Saúde de Sever do Vouga, Novembro 2013

População residente

Segundo os resultados dos Censos 2011, Sever do Vouga apresentava uma população de 12356 habitantes. De acordo com a mesma fonte, a população decresceu, e em 2012 passou a ser de 12125 habitantes, conforme consta no quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição da população residente por grupos etário, no concelho de Sever do Vouga, no ano 2012

População Residente	
Grupos etários	Homens e Mulheres
0-14	1513
15-24	1304
25-64	6456
>=65	2852
Total	12125

Fonte: Estimativas Provisórias do INE do ano de 2102, atualizado em junho de 2013

Densidade populacional

Como se pode verificar pelo quadro 3, a densidade populacional é de 93,4 habitantes por Km2 o que significa que a população está muito dispersa.

Quadro 3 – Densidade populacional do concelho de Sever do Vouga, no ano 2012

Local de residência	Densidade Populacional 2012
Sever do Vouga	93,4

Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente,
Última atualização, 18 de outubro de 2013

População ponderada da área de influência da UCC Vouga

O cálculo deste indicador foi baseado na população inscrita no centro de saúde de Sever do Vouga (novembro de 2013)

Quadro 4 – Distribuição ponderada da população inscrita no concelho de Sever do Vouga

Grupo Etário	Total	Ponderadas
0-6	622	933
7-18	1479	2218,5
19-64	7730	7730
65-74	1404	2808
>=75	1562	3905
Total	12797	17594,5

Fonte: Sinus, novembro 2013

Índices de Dependências e Índice de Envelhecimento

De acordo com o quadro 5, verifica-se que os índices assinalados tem valores superiores, comparados com os do Baixo Vouga e Portugal, exceto o Índice de Dependência de jovens. Este último justifica-se pela baixa de natalidade.

Conclui-se assim, que mais de 50% da população do concelho está dependente da população ativa, verificando-se que existe um envelhecimento muito acentuado e com valores muito superiores quando comparados com as outras regiões.

Quadro 5 – Índices da população residente em Sever do Vouga, Baixo Vouga e Portugal, no ano de 2012

Índice	Sever do Vouga	Baixo Vouga	Portugal
Índice de dependência de idosos	36,8	28,2	22,5
Índice de dependência de jovens	19,5	21,3	22,5
Índice de dependência total	56,3	49,5	51,9
Índice de envelhecimento	188,5	132,6	131,1

Fonte:INE, Estimativas anuais da população residente em 2012
Última atualização destes dados: 14 de junho de 2013

Índice vital de Pearl e Índice de vitalidade

Segundo o Índice vital de Pearl (56,9%), morre-se mais do que se nasce. Este valor vem mais uma vez constatar que a população do nosso concelho está a diminuir. Relativamente ao índice de vitalidade, existe 188,4% de pessoas com mais de 65 anos comparados com o grupo etário dos 0 aos 14 anos, mostrando assim que a população é muito envelhecida.

Quadro 6 – Índice vital de Pearl e Índice de vitalidade da população residente em Sever do Vouga, no ano de 2012

Índice	Sever do Vouga
Índice vital de Pearl	56,9
Índice de vitalidade	188,4

Fonte: INE, última atualização em junho de 2013

Índice de longevidade

Como se pode constatar pelo Índice de longevidade (52,9), Sever do Vouga apresenta valores superiores aos das outras regiões assinaladas, provando que os idosos deste concelho vivem mais anos.

Quadro 7 – Índice de longevidade da população residente em Sever do Vouga, no ano 2012

Índice	Sever do Vouga	Baixo Vouga	Portugal
Índice de Longevidade	52,9	48,7	48,9

Fonte: INE, Estimativas anuais da população residente
Última atualização destes dados: 14 de junho de 2013

4. Caracterização socioeconómica

A estrutura e desenvolvimento de uma comunidade são fortemente influenciados pela situação socioeconómica, daí a importância do seu estudo para a caracterização de uma coletividade.

O Município de Sever do Vouga, em matéria de mercado de trabalho é sustentado por pequenas e médias empresas maioritariamente na área da metalomecânica e serralharia. A população nelas empregada apresenta, na sua maioria, baixos níveis de escolaridade e pouco qualificada.

No concelho de Sever do Vouga, segundo os Censos 2011 a população ativa é de 5581 (52,1%), sendo população empregada de 5025 e a população desempregada de 556.

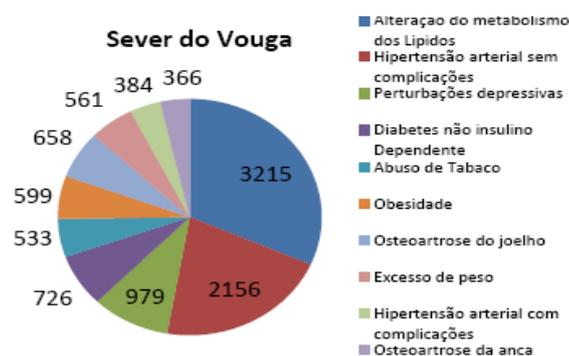
5. Dados de saúde

Todas as indicações relativas a alterações de saúde devem ter uma localização espaço-temporal, de forma a estabelecer prioridades numa determinada região e num determinado período de tempo. Para se conseguir avaliar o nível de saúde do indivíduo, família e comunidade é indispensável a utilização de alguns indicadores de saúde.

5.1. Indicadores de morbilidade

Relativamente aos dados de morbilidade extraídos do Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACes Baixo Vouga 2013, verifica-se que as dez principais causas de doenças dos utentes inscritos no concelho de Sever do Vouga, por ordem decrescente são: alterações do metabolismo dos lípidos, hipertensão arterial sem complicações, perturbações depressivas, diabetes não insulino-dependente, abuso de tabaco, obesidade, osteoartrose do joelho, excesso de peso, hipertensão arterial com complicações e osteoartrose da anca. Estas doenças coincidem com as dez principais causas de doença crónica no ACeS Baixo Vouga.

Gráfico 2 – Distribuição das dez principais causas de doença crónica dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Sever do Vouga



Fonte: Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACES Baixo Vouga, 2013 (fig.7,pg.85)

5.2. Taxas de natalidade geral e mortalidade geral

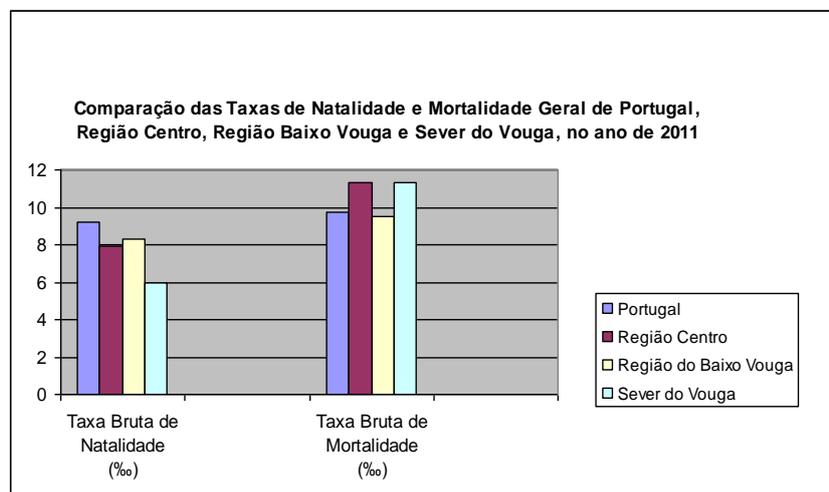
Como se pode observar através do quadro 8 e gráfico 3, podemos concluir que a Taxa Bruta de Natalidade em Sever do Vouga é bastante menor comparativamente às outras regiões assinaladas. A taxa de mortalidade é igual à da Região Centro, sendo as zonas onde se morre mais. Assim, com baixa de natalidade e alta de mortalidade se justifica que a população em Sever do Vouga esteja a decrescer.

Quadro 8 – Taxa Bruta de natalidade e mortalidade, em Portugal, Região Centro, Região do Baixo Vouga e concelho de Sever do Vouga, no ano 2011

	Taxa Bruta de Natalidade (‰)	Taxa Bruta de Mortalidade (‰)
Portugal	9,2	9,7
Região Centro	7,9	11,3
Região Baixo Vouga	8,3	9,5
Sever do Vouga	6	11,3

Fonte: Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACES Baixo Vouga

Gráfico 3 – Comparação das taxas de natalidade e mortalidade geral de Portugal, Região Centro, Região Baixo Vouga e Sever do Vouga, no ano de 2011



Fonte: Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACES Baixo Vouga

5.3. Taxa de mortalidade por causas de morte

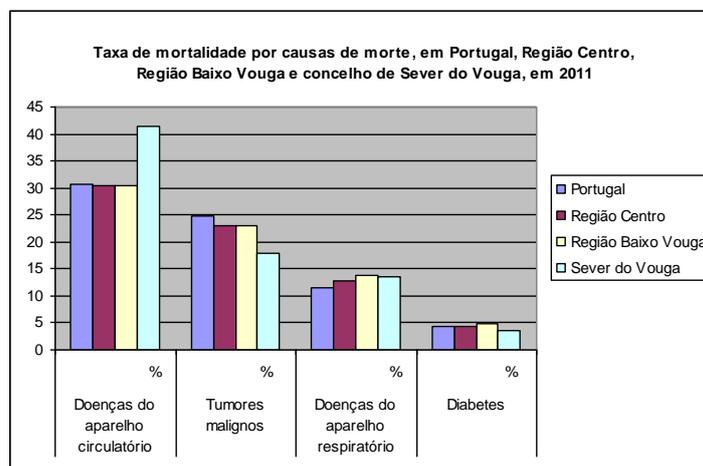
A maior causa de mortalidade no concelho de Sever do Vouga (41,4%) ocorre por doenças do aparelho circulatório, sendo os tumores malignos a segunda causa de morte (17,9%)

Quadro 9 – Taxas de mortalidade por algumas causas de morte, em Portugal, Região Centro, Região Baixo Vouga e concelho de Sever do Vouga, em 2011

	Doenças do aparelho circulatório		Tumores malignos		Doenças do aparelho respiratório		Diabetes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Portugal	31565	30,7	25536	24,8	11917	11,6	4536	4,4
Região Centro	8035	30,5	6065	23,0	3341	12,7	1128	4,3
Região Baixo Vouga	1120	30,3	849	22,9	521	13,8	177	4,8
Sever do Vouga	58	41,4	25	17,9	62	13,6	5	3,6

Fonte: Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACES Baixo Vouga

Gráfico 4 – Taxas de mortalidade por algumas causas de morte, em Portugal, Região Centro, Região Baixo Vouga e concelho de Sever do Vouga, em 2011



Fonte: Diagnóstico de Situação de Saúde da População do ACES Baixo Vouga

6. Carteira Básica de Serviços

A equipa mantém em execução os programas/projetos estabelecidos na Carteira Básica que já constavam do Plano de Ação anterior da UCC Vouga (2011/2013) e outros a iniciar.

Programas/Projetos existentes:

- Saúde materna “Viver a parentalidade em pleno”
- Saúde escolar/ Saúde oral
- Cuidados Continuados
- Rede Social (RS)
- Rede Social de Inserção (RSI)
- Intervenção Precoce na Infância (IPI)
- Comissão de Proteção de crianças e Jovens (CPCJ)
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)
- Capacitar os cuidadores/familiares “Capacitar para bem-fazer”

Projetos a iniciar

- “Visitação domiciliária no puerpério”
- Prevenção do consumo de tabaco e álcool aos jovens em idade escolar “In-dependências”
- Rede Local de Intervenção a Vítimas de Violência Doméstica
- Programa Nacional de Prevenção e Controle da Diabetes “Caminhar para o Equilíbrio”
- Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares “Menos Sal Mais Sabor à Vida”

6.1. Programa de Saúde Materna

A enfermagem na maternidade centraliza-se nos cuidados a ter com a mulher grávida e com a sua família, ao longo de todos os estádios da gravidez e parto, assim como no puerpério.

Sendo o processo de maternidade/paternidade, um desafio e um período de mudança e dúvidas na vida do casal, este necessita do apoio de profissionais de saúde, de forma a vivenciar a gravidez de forma plena e salutar. O enfermeiro possui competências e responsabilidades para realizar ensinamentos sobre a gravidez, o trabalho de parto, o nascimento, o puerpério e cuidados ao bebé.

“É fundamental que no período pré-natal o casal disponha de alguns conhecimentos e estruturas de suporte, que lhe permitam viver essa experiência de forma mais harmoniosa possível, com os maiores benefícios para si enquanto casal e futuros pais e sobretudo para o novo membro da família (...).”

Assim, não podemos desperdiçar os recursos humanos que temos para proporcionarmos às nossas grávidas um período intenso de aprendizagens, maturidade e vivências plenas em todo o período

“Viver a parentalidade em pleno”

Podemos verificar que atualmente a maioria das mulheres não está preparada para a maternidade. Consideramos que a falta de conhecimentos sobre a gravidez e parto, bem como, sobre os cuidados ao recém-nascido, têm bastante influência no comportamento das mulheres durante o parto e enquanto puérperas.

Com o objetivo de contribuir para um maior conhecimento e satisfação das mulheres que percorrem, muitas vezes pela primeira vez, este caminho único que é a maternidade, os profissionais da UCC pretendem dar continuidade ao projeto já iniciado no triénio anterior de aulas de preparação para o parto pelo método psicoprofilático

Cada curso compreende em média de 12 sessões teórico-práticas por grávida/casal, que decorrem numa sala do centro de saúde, preparada para o efeito.

População alvo

Grávidas/casais residentes e/ou que trabalhem no concelho. N = 83 (em 2012)

Objetivo Geral

Proporcionar o curso de PPMP a todas as grávidas/casais que o pretendam do Concelho de Sever do Vouga.

Objetivos específicos

- Que pelo menos 50% das grávidas / casais frequentem o curso de PPMP
- Que pelo menos 80% das grávidas / casais estejam satisfeitos ou muito satisfeitos

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Convocatória de grávidas para o curso de PPMP</p>	<p>Quem Enfermeira Especialista</p> <p>Como Após sinalização pela equipa de saúde, ou através de levantamento de dados no SAPE a enfermeira contacta a grávida para a integração no grupo</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando Sempre que há sinalização</p> <p>Avaliação Avaliação semestral para reflexão e correção de eventuais falhas Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Realização do curso de PPMP</p>	<p>Quem Enfermeira Especialista</p> <p>Como Através de sessões de educação para a saúde e de treino, com grávidas a partir de 28 semanas de gestação até ao parto.</p> <p>Onde Instalações da UCC</p> <p>Quando Durante o ano (42 semanas), duas vezes por semana</p> <p>Avaliação Folha de presenças das grávidas em todas as sessões Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Monitorização das grávidas com parto por cesariana e instrumentados</p>	<p>Quem Enfermeira Especialista</p> <p>Como Através de contacto pessoal e/ou sistema informático (SAPE)</p> <p>Onde Domicilio, UCC</p> <p>Quando No primeiro mês após o parto</p> <p>Avaliação Durante todo o ano Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de grávidas que frequentaram o curso PPMP na UCC				
Nº de grávidas que frequentaram o curso PPMP com pelo menos 12 contactos/Nº de grávidas na área de abrangência da UCC, no período em análise x100	68	50	55	60
% de utilizadores do curso de PPMP satisfeitos ou muito satisfeitos				
Nº de grávidas / casais que responderam ao questionário com respostas satisfeitos ou muito satisfeitos / Nº de grávidas / casais que responderam ao questionário x100	90	90	90	90
Nº de grávidas que frequentaram o curso com parto por cesariana				
Nº de grávidas que frequentaram o curso com parto instrumentado				

Carga Horária PPMP			
	Tempo Médio/Sessão	Nº total de sessões /Ano	Total/Ano
Enfermeira	3H*	84	252H

* Inclui o tempo dispendido para as convocatórias

Serviços mínimos

Na ausência da Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica não se asseguram serviços mínimos neste projeto.

“[Visitação domiciliária no puerpério](#)”

Hoje assume-se que a parentalidade é uma das mais importantes transições do ciclo de vida familiar, pois ao tornarem-se mães e pais, as mulheres e os homens precisam de assumir novos papéis sociais, os quais podem exigir uma grande adaptação das suas identidades individuais e principalmente da sua identidade enquanto casal.

Compete ao Enfermeiro especialista ajudar os pais a ultrapassar os obstáculos inerentes à parentalidade e a estabelecerem uma relação afetiva precoce com os filhos. São estes enfermeiros que estão numa posição ideal para prestarem atenção às mudanças e necessidades que as transições trazem às rotinas diárias do casal.

Foi através do Curso da Preparação Para o Parto que se evidenciou a necessidade de se continuar a acompanhar as grávidas no puerpério, tendo em conta que estas continuavam a procurar a Enf. ESMO para expor os seus problemas.

Objetivo Geral

Potencializar as capacidades da mãe no seu ambiente familiar

Objetivos específicos

- Que 70% das puérperas tenham V.D. nos primeiros dez dias após o parto
- Que 20% façam aleitamento materno, pelo menos até aos 6 meses
- Que 100% das puérperas com situações de risco identificadas sejam encaminhadas

População alvo

Puérperas que frequentaram a o curso de preparação para o parto

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1	Quem	Enfermeira especialista
Visita domiciliária às puerperas	Como	Deslocando-se aos domicílios, com marcação prévia
	Onde	No domicílio
	Quando	1ª VD nos primeiros dez dias após o parto VD seguintes até aos 28 dias após o parto Registos da V.D.
	Avaliação	Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador
Atividade 2	Quem	Enfermeira especialista
Monitorização do nº de mães que amamentaram os seus filhos pelo menos até aos seis meses de idade	Como	Através de levantamento dos registos no SAPE
	Onde	Na UCC
	Quando	Durante o ano
	Avaliação	Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de puérperas com visita domiciliária nos primeiros dez dias, Nº de puérperas com visita domiciliária nos primeiros dez dias/Nº de grávidas que frequentaram o curso de PPMP x100	NA	70	72	75
% de mães que amamentaram o filho pelo menos até aos seis meses de idade % de mães que amamentaram o filho pelo menos até aos seis meses/ Nº de grávidas que frequentaram o curso PPMP x100	NA	20	25	30

Carga Horária VD Puérpera		
	Tempo Médio/Visita	Total/Ano
Enfermeira especialista	2H	228 H*

* tendo em conta o nº de grávidas que frequentaram a PPMPem 2012 (57) e estimando duas visitas por puérpera

6.2. Saúde Escolar/Saúde Oral

O Programa Nacional de Saúde Escolar refere que “ a saúde escolar é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola”. Este programa encontra-se numa posição privilegiada para promover a interação entre as variáveis Saúde /Educação.

Considera-se que a promoção da saúde não se deve circunscrever apenas a uma disciplina mas integrar o programa global da escola em que as áreas fundamentais devem depender das necessidades sentidas na comunidade em que o estabelecimento de ensino se insere.

Esta atividade está a ser desenvolvida pela UCCV em constante articulação com a USP, de acordo com as suas áreas de competência.

População Alvo

O Agrupamento de Escolas (com 14 edifícios a nível do concelho) no ano letivo 2013/2014 está distribuído da seguinte forma:

Pré-escolar = 180 alunos;

1º Ciclo = 393 alunos;

2º Ciclo = 257 alunos;

3º Ciclo = 355 alunos;

Secundário = 352 alunos.

Docentes e não docentes = 235

Objetivo Geral

Cumprir atividades preconizadas no PNSE e Saúde Oral, e que são abrangidas pela atuação da UCC (orientação n° 014/2013 da Direção Geral da Saúde).

Objetivos específicos

- Que 98% dos alunos sejam abrangidas pelo PNSE;
- Que 90% dos docentes e não docentes tenham o PNV atualizado;
- Que 90% dos alunos realizem o exame global de saúde aos 6 anos;
- Que 90% dos alunos realizem o exame global de saúde aos 13 anos de idade;
- Que 100% de alunos com 6 anos de idade tenham o PNV atualizado;
- Que 100% de alunos com 13 anos de idade tenham o PNV atualizado
- Que 100% dos alunos com Necessidades de Saúde Especiais sejam alvo de acompanhamento pela Saúde Escolar;
- Que 90% dos alunos com situações de risco de maus-tratos sejam sinalizados para os grupos de apoio, segundo o nível de ensino;
- Que 80% dos alunos do jardim-de-infância sejam abrangidos pelo PBSO;
- Que 80% dos alunos do 1º ciclo sejam abrangidos pelo PBSO;
- Que 90% das atividades programadas com o grupo PES no início de cada ano letivo sejam realizadas.

Atividades/Indicadores /Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Reuniões da equipa de saúde escolar</p>	<p>Quem Enfermeira, TSSS e equipa do PES</p> <p>Como Avaliação das atividades efetuadas no ano letivo anterior</p> <p>Planeamento de atividades para o presente ano letivo</p> <p>Articulação com USP no desenvolvimento do PNSE</p> <p>Onde Escola e/ou UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Verificação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação aos docentes e não docentes do agrupamento</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Dados fornecidos pelos gestores do SINUS/SAPE</p> <p>Articulação com as Unidades Funcionais (UF)</p> <p>Listagens dos docentes e não docentes enviadas pela escola</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Verificação da realização de exames globais de saúde aos alunos com 6 anos</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Dados fornecidos pelos gestores do SINUS/SAPE</p> <p>Articulação com as UF</p> <p>Listagens de alunos enviadas pela escola</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 4</p> <p>Verificação da realização de exames globais de saúde aos alunos com 13 anos</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Dados fornecidos pelos gestores do SINUS/SAPE</p> <p>Articulação com as UF</p> <p>Listagens de alunos enviadas pela escola</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

<p>Atividade 5</p> <p>Verificação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação aos alunos com 6 anos</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Dados fornecidos pelos gestores do SINUS/SAPE</p> <p>Articulação com as UF</p> <p>Listagens de alunos enviadas pela escola</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 6</p> <p>Verificação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação aos alunos com 13 anos</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Dados fornecidos pelos gestores do SINUS/SAPE</p> <p>Articulação com as UF</p> <p>Listagens de alunos enviadas pela escola</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 7</p> <p>Intervenção nos alunos com necessidades de saúde especiais (NSE)</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Sinalização da escola</p> <p>Apoio no Gabinete Informação e de Apoio ao Aluno (GIAA)</p> <p>Encaminhamento se necessário</p> <p>Onde Escola e UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Ao fim de cada período letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 8</p> <p>Sinalização de alunos com suspeita ou em risco de maus tratos nas escolas abrangidas pelo PNSE</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Identificação dos alunos</p> <p>Sinalização dos alunos para o NACJR</p> <p>Acompanhamento no GIAA</p> <p>Onde Escola e UCC</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 9</p> <p>Sensibilização da comunidade educativa para a importância do PBSO nos jardins de infância e 1º CEB</p>	<p>Quem Enfermeira e Assistente Técnica</p> <p>Como Sensibilização da comunidade educativa para a importância da escovagem</p> <p>Disponibilização de materiais didáticos</p> <p>Distribuição de fluor bochecho aos alunos do 1º CEB</p> <p>Emissão de cheques dentistas</p> <p>Onde Jardins de infância e escolas do 1º CEB</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

<p>Atividade 10</p> <p>Acompanhamento de alunos no GIAA</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Sinalização dos alunos pelos docentes</p> <p>Consulta de enfermagem</p> <p>Encaminhamento para outros técnicos quando necessário</p> <p>Onde Gabinete do Aluno</p> <p>Quando Quinzenal (2H), durante o ano letivo</p> <p>Avaliação Por período letivo</p> <p>Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 11</p> <p>Participação em projetos/atividades solicitadas pelo Agrupamento</p>	<p>Quem Enfermeira, TSSS</p> <p>Como Através do planeamento das atividades no início do ano letivo</p> <p>Inclusão do projeto "SOBE" (Saúde Oral Bibliotecas Escolares) na Semana nacional da leitura, com sessões de educação</p> <p>Colaboração na "Semana da Saúde", com monitorização de T.A., IMC e pesquisa de glicémia capilar e sessões de educação para a saúde</p> <p>Participação de dias comemorativos: "Dia Mundial da Luta contra a SIDA"; "Dia Mundial da Saúde" e "Dia Mundial Sem Tabaco"</p> <p>Sessões de educação para a saúde</p> <p>Onde Escolas e bibliotecas escolares</p> <p>Quando Durante o ano letivo</p> <p>Por período letivo</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
Nº de reuniões efetuadas durante o ano letivo, com a equipa do PES	4			
% de alunos do agrupamento abrangidos pelo PNSE				
Nº de alunos que foram alvo de pelo menos uma atividade associada ao PNSE/Nº de alunos matriculados x100	100	100	100	100
% de docentes e não docentes com o PNV atualizado				
Nº de docentes e não docentes com o PNV atualizado / Nº total de docentes e não docentes do agrupamento x100		75	80	85
% de alunos do agrupamento com 6 anos de idade e exames globais de saúde realizados				
Nº de alunos do agrupamento com 6 anos de idade e exames globais de saúde realizados/Nº total de alunos com 6 anos que frequentam as escolas x100	60	70	80	85
% de alunos do agrupamento com 13 anos de idade e exames globais de saúde realizados				
Nº de alunos do agrupamento com 13 anos de idade e exames globais de saúde realizados/Nº total de alunos com 6 anos que frequentam as escolas x100	70	75	80	85
% de alunos do agrupamento com 6 anos de idade e PNV atualizado				
Nº de alunos do agrupamento com 6 anos de idade e PNV atualizado/Nº total de alunos com 6 anos que frequentam as escolas x100	100	100	100	100
% de alunos do agrupamento com 13 anos de idade e PNV atualizado				
Nº de alunos do agrupamento com 13 anos de idade e PNV atualizado/Nº total de alunos com 13 anos que frequentam as escolas x100	100	100	100	100
% de alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE) alvo de acompanhamento pela Saúde Escolar;				
Nº de alunos com NSE alvo de acompanhamento nas escolas abrangidas pelo PNSE/Nº de alunos referenciados pela saúde infantil (PNSIJ) com NSE x100		100	100	100
% de alunos com situações de risco de maus tratos sinalizados para os Núcleos de Apoio segundo o nível de ensino				
Nº de alunos sinalizados por suspeita ou em risco de maus tratos nas escolas abrangidas pelo PNSE segundo o nível de ensino/ Nº de alunos das escolas abrangidas pelo PNSE, segundo o nível de ensino x100		100	100	100
% de alunos dos jardins-de-infância abrangidos pelo PBSO				
Nº de alunos dos jardins-de-infância abrangidos pelo PBSO/Nº total de alunos que frequentam os jardins-de-infância x100	100	100	100	100

% de alunos do 1ºCEB abrangidos pelo PBSO				
Nº de alunos do 1ºCEB abrangidos pelo PBSO/Nº total de alunos que frequentam o 1ºCEB x100	100	100	100	100
% de atividades realizadas em cada ano letivo				
Nº de atividades realizadas em cada ano letivo/nº de atividades programadas em cada ano letivo x100	100	95	95	95

Carga Horária Saúde Escolar	Enfermeira	TSSS	AssistenteTécnica
	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano
Reuniões da equipa de saúde escolar	15H	6H	
Verificação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação docentes e não docentes	30H		
Verificação da realização de exames globais de saúde aos alunos com 6 e 13 anos	20H		3H
Verificação do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação aos alunos com 6 e 13 anos	20H		
Intervenção nos alunos com necessidades de saúde especiais (NSE)	30H		
Sensibilização da comunidade educativa para a importância do PBSO nos jardins de infância e 1º CEB	60H		
Emissão de cheques dentista	10H		40H
Sinalização de alunos com suspeita ou em risco de maus tratos nas escolas abrangidas pelo PNSE	22H		
Acompanhamento de alunos no GIAA	40H		
Participação em projetos/atividades solicitadas pelo Agrupamento:			
Projeto "SOBE"	25H		
"Semana da Saúde"	80H	80H	
Dias Comemorativos	24H		
Sessões de educação para a saúde	60H	40H	
Total de Horas	436H	126H	43H

“In-Dependências”

O consumo de tabaco, considerado um grave problema de Saúde Pública, é uma das mais importantes causas de doença e de mortalidade prematura em todo o mundo. Atualmente, segundo dados da OMS, morrem todos os anos cerca de 6 milhões de

peessoas por doenças relacionadas com o tabaco, onde cerca de 20% do total de mortes verificadas anualmente acontecem nos países desenvolvidos.

Uma vez iniciado o consumo de tabaco, este rapidamente se transforma numa dependência (física e psíquica), provocada por uma droga psicoactiva – a nicotina tendo consequências negativas a curto prazo para a saúde dos adolescentes. Contudo, o maior risco que as crianças e os jovens correm quando começam a fumar além da dependência é virem mais tarde a sofrer as patologias associadas a este consumo.

Aliado a este problema, associa-se na maioria das vezes o consumo de álcool, fator desencadeador de perda da saúde e do aumento dos níveis de morbi-mortalidade, quando associado ao uso de tabaco, benzodiazepinas, drogas e outros fatores, nomeadamente nutricionais.

O consumo de álcool está a aumentar entre os jovens desde 2001. Nos últimos dez anos, este apresenta algumas variações ao nível da experimentação, sendo que nos últimos cinco, aumentou o consumo de bebidas destiladas/espirituosas e dos *alcoholpops* (bebidas alcoólicas com sabores a frutos e outros, muito populares entre os jovens).

O “In-Dependências” é um projeto promovido pela Coordenação Regional Centro – PNSE, e tem como finalidade visar a promoção da saúde e a prevenção dos hábitos tabagicos/ alcoólicos na comunidade educativa, através da capacitação e empowerment, de modo a contribuir para tomada de decisões conscientes e responsáveis.

Este projeto tem a duração de 5 anos, e é feito anualmente em 3 fases: diagnóstico, intervenção e avaliação. Após os 5 anos, far-se-á uma avaliação geral.

População alvo

Alunos do 2º e 3º ciclo (N=612);

Pessoal docente e não docente (N=235);

Objetivo Geral

Prevenir ou reduzir os hábitos tabágicos e alcoólicos na Comunidade Educativa.

Objetivos Específicos

- Que 100% dos alunos do 2º e 3º ciclos sejam abrangidos pelo projeto “In-Dependências”

- Melhorar o nível de literacia em saúde, nas áreas do tabaco e do álcool;
- Aumentar a prática de estilos de vida saudável (alimentação, atividade física, ocupação de tempos livres);
- Diminuir o consumo de tabaco e álcool;
- Agilizar a acessibilidade a consultas de desabituação (tabaco e álcool)

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Fase de Diagnóstico</p>	<p>Quem Equipa de SE e equipa do PES</p> <p>Como Apresentação completa do projeto à equipa do PES e aos docentes que irão participar no projeto</p> <p>Delinear estratégias de intervenção</p> <p>Aplicação de questionários ao 5º, 8º e 9º anos e ao pessoal docente e não docente</p> <p>Recolha dos questionários e introdução dos dados em base de dados</p> <p>Onde Escola e UCC</p> <p>Quando No primeiro ano do projeto (ano letivo 2013/2014)</p> <p>Avaliação Avaliação desta fase do projeto para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Fase de Intervenção</p>	<p>Quem Equipa de SE, equipa do PES, docentes dos alunos do 5º ao 9º ano</p> <p>Como 5º Ano: Concurso “Carta aos Pais”...</p> <p>6º Ano: 2 Sessões Psicoeducativas por turma num total de 14 sessões</p> <p>7º Ano: Concurso “Logótipo”</p> <p>8º Ano: Concurso “Póster do Projeto”</p> <p>9º Ano: Trabalho de Pesquisa sobre publicidade/mitos acerca Tabaco e Álcool</p> <p>Monitorização das atividades com três reuniões por período com a equipa interveniente no projeto</p> <p>Onde Escola</p> <p>Quando Ao longo do ano letivo</p> <p>Avaliação Avaliação por intervenção</p> <p>Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Fase de Avaliação</p>	<p>Quem Equipa de SE e equipa do PES</p> <p>Como Aplicação de questionários ao 5º, 8º e 9º anos e ao pessoal docente e não docente</p> <p>Recolha dos questionários e introdução dos dados em base de dados</p> <p>Divulgação dos resultados através de jornais locais e site da UCC e do Agrupamento de escolas</p> <p>Onde Escola e UCC</p> <p>Quando No último ano letivo do projeto (2017)</p> <p>Avaliação por intervenção</p> <p>Avaliação Avaliação final para verificação do cumprimento do indicador</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de reuniões realizadas				
Nº de reuniões realizadas/Nº de reuniões previstas x100		100	100	100
% de sessões de educação para a saúde ao 6º ano em cada ano letivo				
Nº de sessões de educação para a saúde realizadas/Nº de sessões de educação para a saúde previstas x100		100	100	100
% de intervenções ao 5º, 7º, 8º e 9º ano em cada ano letivo				
Nº de intervenções efetuadas ao 5º, 7º, 8º e 9º ano em cada ano letivo/ Nº de intervenções programadas x100		100	100	100
% de alunos abrangidos pelo projeto "In-Dependências"				
Nº de alunos abrangidos pelo projeto "In-Dependências"/ Total de alunos do 2º e 3º ciclos x100		100	100	100

Carga Horária In-Dependências	Enfermeira	TSSS
	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano
Recolha dos questionários de diagnóstico e introdução dos dados em base de dados	80H	80H
Sessões Psicoeducativas	40H	40H
Monitorização das atividades com três reuniões por período com a equipa interveniente no projeto	18H	18H
Concurso “Carta aos Pais...	10H	10H
Concurso “Logótipo”	10H	10H
Concurso “Póster do Projeto”	10H	10H
Trabalho de Pesquisa sobre publicidade/mitos acerca Tabaco e Álcool	10H	10H
Recolha dos questionários de avaliação final e introdução dos dados em base de dados	80H	80H
Total de Horas	250H	250H

Serviços mínimos

A inter-substituição estará sempre assegurada. Em caso de necessidade serão alteradas as datas das sessões.

6.3. Cuidados Continuados

Equipa de Cuidados Continuados Integrados Vouga

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

De acordo com as atuais orientações da RNCCI, apesar de estar contemplada a possibilidade de se ter que recorrer ao regime de internamento para prestação de cuidados, estes deverão preferencialmente ser prestados em contexto domiciliário.

A equipa de cuidados continuados integrados é uma “ equipa multidisciplinar de responsabilidade dos cuidados de saúde primários e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma”.

População alvo

População residente no concelho, tendo sido atribuídas 10 vagas para as pessoas com os seguintes critérios de inclusão:

- Fragilidade, em situação de dependência para desenvolver as AVD;
- Doença crónica;
- Doença grave, em fase avançada ou terminal;
- Necessidade de continuidade de cuidados iniciados nos hospitais ou unidades de internamento da RNCCI, impossibilitadas de se deslocarem ao Centro de saúde;
- Familiares e/ou Cuidadores principais.

Objetivo Geral

Aumentar a acessibilidade de cuidados de saúde no domicílio e o grau de autonomia da pessoa em situação de dependência e sua família.

Objetivos específicos

- Que 100% das pessoas admitidas na ECCI tenham a primeira VD nas primeiras 24H;
- Que 50% das pessoas admitidas na ECCI com avaliação de risco de úlcera de pressão, não desenvolvam úlceras;
- Que pelo menos 25% das pessoas com úlcera de pressão presente sejam curadas;
- Que 20% das pessoas acompanhadas obtenham ganhos em independência nos auto cuidados;
- Que 80% das pessoas acompanhadas obtenham ganhos no controle da intensidade dor;
- Que 100% das pessoas admitidas na ECCI tenham VD interdisciplinar nas primeiras 48H.

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1 Realização de visitas domiciliárias	<p>Quem Equipa da ECCI</p> <p>Como Visitas domiciliárias realizadas nas primeiras 24Horas após admissão na ECCI Visitas domiciliárias programadas Visitas domiciliárias não programadas</p> <p>Onde No domicílio</p> <p>Quando Nas primeiras 24Horas após admissão Dias úteis das 8H às 20H, sábados, domingos e feriados, das 9H às 17H</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento dos indicadores</p>
Atividade 2 Reuniões da equipa	<p>Quem Equipa da ECCI</p> <p>Como Discussão e avaliação de casos, bem como planeamento de atividades de acordo com as necessidades do utente/família</p> <p>Onde Sala de Reuniões da UCC</p> <p>Quando Nas últimas 6^{as} feiras de cada mês, das 11H-13H</p> <p>Avaliação Anual</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de pessoas com visita domiciliária nas primeiras 24Horas após a admissão na ECCI				
Nº de pessoas com visita domiciliária nas primeiras 24Horas após a admissão na ECCI/Nº de pessoas admitidas na ECCI no período em análise x100	100	100	100	100
Taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão				
Nº de pessoas a quem não foi documentado o diagnóstico de enfermagem- úlcera de pressão presente com data posterior à data de início do diagnóstico de enfermagem - risco de úlcera de pressão em determinado período/Nº de pessoas com diagnóstico de enfermagem - risco de úlcera de pressão no período em análise x100	54	50	50	55
Taxa de resolução de diagnóstico de úlcera de pressão				
Nº de pessoas com a alteração do diagnóstico de enfermagem - úlcera de pressão presente para ausente em determinado período/Nº de pessoas com o diagnóstico de enfermagem - úlcera de pressão presente no período em análise x100	23	25	25	30
Ganhos em independência nos auto cuidados (higiene, vestuário, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se e deambular)				
Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, num determinado período de tempo que reduziram os níveis de dependência em pelo menos um autocuidado/Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, num determinado período de tempo com dependência em pelo menos um autocuidado x100	38	20	20	25
Ganho expressos no controlo da intensidade da dor				
Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, no serviço UCC com controlo da dor/Nº de pessoas a quem foi documentado o fenómeno de enfermagem - dor, no período em análise x100		80	80	80
Taxa de ocupação da ECCI				
Nº de pessoas admitidas no programa ECCI, no período em análise/Nº de pessoas definidas no compromisso assistencial, no programa ECCI, no período em análise x100	65	70	75	80
% de pessoas com intervenção interdisciplinar em visita domiciliária nas primeiras 48Horas após admissão na ECCI				
Nº de pessoas com visita domiciliária interdisciplinar nas primeiras 48Horas após admissão na ECCI/Nº de pessoas admitidas na ECCI, no período em análise x100	0			

Carga Horária ECCI

	Visitas domiciliárias programadas e não programadas		Reuniões de equipa/anual	Total/Ano
	semanal	anual		
Enfermeiras	50H	2600H	22H	2622H
Médicos	Articulação com os médicos de família			
Técnico de Serviço Social	6H	312H	22H	334H
Nutricionista*				
Fisioterapeuta	8H	336H	22H	358H
Assistente Operacional	40H	2080H		2080H
Terapeuta da Fala				
Psicóloga		Falta de recursos		
Terapeuta Ocupacional				

Nota: carga horária para uma capacidade de 10 utentes

* Colabora quando solicitada

Serviços Mínimos

A inter-substituição estará sempre assegurada por outra enfermeira da UCC

As ausências dos profissionais de saúde superiores a 15 dias poderão ser asseguradas com trabalho extraordinário.

Referenciação

A referenciação para a RNCCI é feita pela enfermeira da UCC em colaboração com as equipas da UCSP.

6.4. Parceria com a Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Sever do Vouga

A constituição das parcerias é fundamental para a melhoria da resposta dada aos utentes/famílias/comunidade.

Os parceiros partilham recursos de forma a trocar benefícios mútuos e atingir os mesmos objetivos:

- Melhorar a qualidade de serviços prestados aos utentes;
- Prestar cuidados de saúde e de apoio ao nível psicossocial;
- Aproveitar/rentabilizar os recursos existentes na comunidade.

Estas parcerias podem ser formais/informais através ou não da elaboração de protocolos de atuação. Assim, a Liga dos Amigos procura sempre realizar um trabalho de cooperação e articulação com a UCC sob diferentes formas:

Projeto de Voluntariado

O corpo de Voluntários é constituído por um conjunto de pessoas com um perfil adequado, que voluntária e gratuitamente se disponibilizam para atuar junto da população de acordo com as suas necessidades, sob a orientação do presidente da Liga. Estes voluntários prestam apoio domiciliário, fazendo um acompanhamento através de atividades lúdicas e disponibilidade para o diálogo e companhia, contribuindo para a diminuição do isolamento e proporcionando uma melhor qualidade de vida ao idoso e família.

O contributo da UCC neste projeto será o de ajudar a formar os voluntários.

Cedência de Material Hospitalar

A Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Sever do Vouga possui ainda um stock de material hospitalar que foi adquirindo ao longo dos anos. Este material é cedido temporariamente aos utentes que dele necessitem. A cedência deste material aos utentes tem sido fundamental na sua recuperação.

A UCC tem como objetivo orientar e facilitar a cedência do material.

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1 Sessões de informação/formação em saúde realizadas pela UCC a grupos de voluntários	Quem	Enfermeiras da UCC
	Como	As convocatórias, o espaço físico e o apoio logístico são da responsabilidade LACSEV À UCC compete executar as ações. Estão previstas 3 sessões/ano
	Onde	A definir com a LACSEV
	Quando	Entre 2014 e 2016
	Avaliação	Anual

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de sessões de educação para a saúde realizadas pela UCC a Voluntários da LACSEV				
Número de sessões de Educação para a Saúde realizadas pela UCC a Voluntários da LACSEV / Número de sessões de Educação para a Saúde programadas pela UCC a Voluntários da LACSEV x100				

Carga Horária LACSEV			
	Preparação dos temas	Tempo dispendido nas sessões	Total/Ano
Enfermeiras	30H	9H	39H
Técnica de Serviço Social	10H	3H	13H

Serviços mínimos

A inter-substituição estará sempre assegurada por outra enfermeira da UCC. Em caso de necessidade serão alteradas as datas das sessões.

6.5. Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

Os maus-tratos em crianças e jovens constituem um problema à escala mundial, adquirindo forma mais ou menos visível e sendo melhor ou pior tolerado de acordo com as conjunturas e os contextos culturais em que ocorrem.

Atualmente, em Portugal a ação da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 Setembro).

De acordo com esta intervenção desenvolve-se segundo um modelo que estabelece três níveis de ação:

No primeiro nível, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude – ou seja, as que têm ação privilegiada em domínios como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outras;

No segundo nível, quando não seja possível às entidades em cima mencionadas atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a ação das Comissões de Proteção de Criança e Jovens (CPCJ), nas quais a saúde, participa também;

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

Assim, o NACJR intervém na promoção dos direitos e na protecção das crianças/jovens. Actua como instância de 1º nível, sendo uma Entidade com Competência em Matéria de Infância e Juventude (Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro).

População alvo

Crianças e/ou jovens dos 0 aos 18 anos de idade e respetivas famílias, que se encontrem em situações de risco ou perigo a nível físico, psicológico ou social, residentes no Concelho de Sever do Vouga (N= 8, em 2013).

Objetivo Geral

Promover os direitos das crianças e dos jovens, garantindo a sua proteção aquando de situação de risco ou perigo.

Objetivo específico

- Acompanhar 100% de crianças e jovens/famílias, no programa da NACJR, no serviço da UCC.

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1	Quem Enfermeira e restante equipa do NACJR
Participação em reuniões do núcleo	Como Análise e discussão de casos
	Onde Sala de reuniões do centro de saúde
	Quando Quinzenalmente
	Avaliação Anual
Atividade 2	Quem Enfermeira e restante equipa do NACJR
Acompanhamento de crianças e jovens/famílias em risco no âmbito do NACJR, no serviço UCC	Como Acompanhamento das crianças e jovens/famílias, após sinalizadas, utilizando um Plano de Intervenção
	Onde No domicílio e/ou centro de saúde
	Quando Semanalmente e/ou sempre que surjam situações de urgência Semestral
	Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador

Indicadores de Execução e Monitorização

	Histórico	2014	2015	2016
% de Reuniões assistidas				
Nº de Reuniões assistidas / Nº de Reuniões convocadas x100	100	100	100	100
% de casos acompanhados com Plano de Intervenção no NACJR, no serviço UCC				
Nº de criança/família acompanhadas no programa NACJR com Plano de Intervenção/Nº de criança/família em programa NACJR, no período em análise x100	100	100	100	100
% de resolução do papel parental inadequado no programa NACJR				
Nº de crianças/jovens por programa NACJR que apresentam resolução de diagnóstico – papel parental adequado/nº crianças/jovens por programa NACJR que apresentam resolução de diagnóstico – papel parental não adequado x100	50	60	65	70

Carga Horária NACJR					
	Participação em reuniões		Acompanhamento de casos		Total/Ano
	Quinzenal	Anual	Semanal	Anual	
Enfermeira	2H	48H	4H	192H	240H
Médico	2H	48H			48H

Serviços mínimos

Atendimento de situações urgentes, sempre que a criança ou jovem se encontre numa situação de perigo; (as situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do art.3.º da lei 147/99).

Na ausência do profissional da UCC é um elemento da equipa do NACJR que substitui o elemento da saúde

6.6. Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ)

A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)¹, é uma instituição oficial não jurídica, com autonomia funcional, que visa promover os direitos da criança e do jovem, prevenir ou por termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (atuando como instância de 2.º nível)

A CPCJ de Sever do Vouga foi criada por Portaria de instalação n.º998/2003 de 16 de Setembro; iniciou a sua atividade em 23 de Junho de 2003².

Funciona em duas modalidades: Alargada e Restrita. À Comissão Alargada compete desenvolver ações de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem. Tem ainda como competência a ativação ou dinamização das parcerias, a sensibilização da comunidade para os direitos da criança e para o trabalho da própria CPCJ. A periodicidade das reuniões plenárias da Comissão Alargada é bimensal.

À Comissão Restrita compete intervir nas situações em que a criança ou o jovem se encontre em perigo, procedendo à identificação, diagnóstico e instrução do processo,

¹ Pré-diagnóstico do Conselho Local de Acção Social de Sever do Vouga, 2004 (p. 47)

² [Http://www.cm-sever.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=47](http://www.cm-sever.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=47)

assim como à decisão, acompanhamento e revisão das medidas de promoção e proteção aplicadas, de acordo com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens³. A periodicidade das suas reuniões é quinzenal.

Pode recorrer à CPCJ toda e qualquer pessoa ou entidades sempre que tenha conhecimento de alguma situação de perigo.

População alvo

Crianças e jovens em perigo com idade até 18 anos, residentes no concelho de Sever do Vouga e referenciadas na CPCJ (N =69, dezembro de 2012).

Objetivo Geral

Promover os direitos das crianças/ jovens do Concelho e contribuir para a remoção de situações de perigo das crianças/ jovens.

Objetivo específico

- Acompanhar 100% de crianças e jovens/famílias, no programa da CPCJ, no serviço da UCC.

³ Decreto-Lei nº147/99 – Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. DR I Serie-A, 204 (1/9/1999) 6115- 6132

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1 Participação em reuniões da CPCJ	Quem	Enfermeira da UCC e restante equipa da CPCJ
	Como	Análise e discussão de casos sinalizados.
	Onde	Edifício Central de Camionagem de Sever do Vouga
	Quando	Quinzenal
	Avaliação	Anual
Atividade 2 Acompanhamento de crianças e jovens/famílias em risco no âmbito da CPCJ, no serviço UCC	Quem	Enfermeira da UCC
	Como	Acompanhamento das crianças e jovens/famílias, após sinalizadas
	Onde	No domicílio e/ou sede da CPCJ
	Quando	Um período por Semana e/ou sempre que surjam situações de urgência
	Avaliação	Semestral Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador

Indicadores de Execução e Monitorização

	Histórico	2014	2015	2016
% de Reuniões assistidas na CPCJ				
Nº de Reuniões assistidas na CPCJ/ Nº de Reuniões convocadas x100	95	95	95	95
% de crianças e jovens/famílias acompanhadas no âmbito da CPCJ, no serviço UCC				
Nº crianças e jovens acompanhadas no programa CPCJ, no serviço UCC/ Nº crianças e jovens referenciados para a CPCJ, no período em análise x100	100	100	100	100
% de resolução do papel parental inadequado no programa CPCJ				
Nº de crianças/jovens por programa CPCJ que apresentam resolução de diagnóstico – papel parental adequado/nº crianças/jovens por programa CPCJ que apresentam resolução de diagnóstico – papel parental não adequado x100	60	65	70	75

Carga Horária CPCJ

	Participação em reuniões		Acompanhamento de casos		Total/Ano
	Quinzenal	Anual	Semanal	Anual	
Enfermeira	4H	96H	6H	288H	384H

Serviços mínimos

Atendimento de situações urgentes, sempre que a criança ou jovem se encontre numa situação de perigo; (as situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do art.3.º da lei 147/99).

Na ausência do profissional da UCC é um elemento da equipa da CPCJ que substitui o elemento da saúde

6.7. Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) entende-se como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social.

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI) foi criado, ao abrigo do Decreto – Lei n.º 281/2009, publicado no Diário da República a 6 de Outubro.

São abrangidas crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento. Pretende também potenciar a melhoria das interações familiares e reforçar as competências familiares no sentido da sua progressiva capacitação e autonomia.

População alvo

Crianças até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo (N= 46, outubro de 2013).

Objetivo Geral

Intervir junto das crianças e famílias, em função das necessidades identificadas, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento

Objetivo específico

- Que a 100% das crianças/famílias na IP, referenciadas à UCC, seja aplicado o Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1 Participação em reuniões da equipa de Intervenção Precoce na Infância	Quem	Enfermeira
	Como	Análise e discussão de casos sinalizados
	Onde	Sala de reuniões do centro de saúde de Albergaria-Á-Velha
	Quando	Quinzenal
	Avaliação	Semestral Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador
Atividade 2 Visitação domiciliária no âmbito da Intervenção Precoce na Infância	Quem	Enfermeira
	Como	Acompanhamento da criança/família com elaboração/execução do PIIP.
	Onde	Domicílio da criança/família
	Quando	Um período por semana
	Avaliação	Semestral Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador

Indicadores de Execução e Monitorização

	Histórico	2014	2015	2016
% de reuniões da Intervenção Precoce participadas				
Nº de Reuniões da Intervenção Precoce participadas / Nº de reuniões convocadas x100	100	100	100	100
% de crianças/famílias de risco com Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP), no âmbito do programa de IP				
Nº de crianças/famílias acompanhadas no PIP com PIIP, no serviço UCC/ Nº de crianças/famílias referenciadas para o PIP, na UCC x100	100	100	100	100
Taxa de resolução do papel parental inadequado no programa de IP				
Nº de crianças/famílias no programa IP, que apresentam resolução de diagnóstico – papel parental não adequado/Nº crianças/famílias no programa IP, com diagnóstico – papel parental não adequado, no período em análise x100	100	90	95	95

Carga Horária IP					
	Participação em reuniões		Acompanhamento de casos		Total/Ano
	Quinzenal	Anual	Semanal	Anual	
Enfermeira	4H	96H	4H	192H	288H

Serviços mínimos

Não se asseguram serviços mínimos.

6.8. Núcleo Local de Inserção

A principal inovação veiculada pelas medidas de política social traduz-se na filosofia de trabalho em parceria e na rentabilização dos recursos locais com vista a uma maior inclusão social.

O Núcleo local de inserção institui uma prestação no âmbito do regime não contributivo da Segurança Social e um programa de inserção, visando assegurar aos indivíduos e famílias mais carenciadas um mínimo de recursos que lhes permitam a satisfação das suas necessidades mínimas e a progressiva inserção profissional e social.

Na óptica da parceria e do trabalho em equipa, encontram-se envolvidas na concretização desta medida, no nosso concelho, algumas entidades, entre as quais o centro de saúde.

O NLI tem dois tipos de reuniões, as gerais para elaboração do Plano de Ação e avaliação anual, e as de acompanhamento e avaliação das situações diferidas ou revisão de acordos de inserção.

O Centro de Saúde colabora com o NLI, participando ativamente nas reuniões, estabelecendo a ligação entre Centro de Saúde/ Segurança Social/ Família.

População alvo

Nº processos de RSI abrangidos em 2013 (até Outubro) era de 69 dos quais 54 têm programas específicos na área da saúde.

Objetivo Geral

Cumprir o acordo de inserção na área da saúde.

Objetivo específico

Que 80% dos beneficiários do RSI, com acordo de inserção na área da saúde o cumpram.

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Participação em reuniões de NLI</p>	<p>Quem Enfermeira e restante equipa do NLI Convocatória da TSS</p> <p>Como Assinatura de novos acordos de inserção social, revisão dos já existentes, referenciação e acompanhamento dos beneficiários no cumprimento dos acordos de inserção na área da saúde</p> <p>Onde Sala de reuniões da Segurança Social</p> <p>Quando Quinzenalmente</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Colaborar na realização do Plano de Ação do NLI anual e dar cumprimento às ações relacionadas com a saúde</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Reuniões de trabalho, após convocatória da coordenadora do NLI e sessões de educação</p> <p>Onde Sala de reuniões da Segurança Social e Museu da Santa Casa da Misericórdia</p> <p>Quando De acordo com calendarização</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de beneficiários que cumpriram o acordo de inserção na área da saúde, no âmbito do RSI				
Nº de beneficiários do RSI que cumpriram os acordos de inserção na área da saúde/ Nº de beneficiários inscritos no programa RSI x100	98	95	95	98
% de acções de educação para a saúde realizadas a grupos no âmbito de projectos específicos				
Número de sessões de Educação para a Saúde realizadas pela UCC a beneficiários de RSI / Número de sessões de Educação para a Saúde programadas pela UCC a beneficiários de RSI x100	75	75	80	11

Carga Horária NLI				
	Participação em reuniões		Realização de sessões de educação para a saúde	Total/Ano
	Quinzenal	Anual		
Enfermeira	4H	96H	30H	126H

Serviços mínimos

Assegurar a participação nas reuniões do NLI para assinatura de acordos e revisão dos mesmos na área da saúde.

6.9. Rede social

O Programa da Rede Social enquadra-se no campo das Políticas Sociais Ativas, tendo como objetivos principais uma intervenção inclusiva de combate à pobreza e à exclusão social e a promoção da cidadania ativa: uma intervenção territorializada e de proximidade com os cidadãos e a partilha de responsabilidades entre o Estado e a Sociedade Civil, no sentido da promoção do desenvolvimento social (através da inovação e renovação da intervenção social das políticas sociais).

Este programa atribui às autarquias um papel central no âmbito das estruturas de parceria que fomenta, ao definir que os Conselhos Locais de Ação Social (CLAS) deverão ser presididos pelos presidentes das Câmaras Municipais, o que vem incentivar uma descentralização de competências na área social, prevista na legislação respetiva,

mas também possibilitar que essa descentralização se realize num quadro de cooperação entre parceiros e de procura de complementaridades de intervenção.

O CLAS de Sever do Vouga é um órgão dinamizador da Rede Social que se apresenta como um espaço aberto à participação, articulação e congregação de esforços de várias entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos sendo a sua adesão livre.

É constituído por elementos da câmara Municipal e outras entidades parceiras.

Dentro deste CLAS existe um grupo operativo designado por Núcleo Executivo (NE), do qual faz parte o Centro de Saúde, (representado pela enfermeira da UCC) que desenvolve e dinamiza todas as etapas inerentes ao programa.

População alvo

População residente no concelho (n = 12126)

Objetivo

Promover o desenvolvimento social através de interação com a comunidade

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1 Participação em reuniões do Núcleo Executivo da Rede Social	Quem	Enfermeira e restante equipa do Núcleo Executivo
	Como	Através de convocatória da coordenadora da Rede Social
	Onde	Sala de reuniões no centro de camionagem
	Quando	Mensal
	Avaliação	Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador
Atividade 2 Participação em reuniões do CLAS	Quem	Enfermeira e equipa alargada de Rede Social
	Como	Através de convocatória da coordenadora da Rede Social
	Onde	Salão Nobre da Câmara Municipal de Sever do Vouga
	Quando	Trimestral
	Avaliação	Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de Reuniões assistidas no Núcleo Executivo da Rede Social				
Nº de Reuniões assistidas no Núcleo Executivo da Rede Social/ Nº de reuniões convocadas x100	100	100	100	100
% de Reuniões assistidas no CLAS				
Nº de Reuniões assistidas no CLAS/ Nº de reuniões convocadas x100	90	80	80	80

Carga Horária Rede Social					
	Participação em reuniões do NE		Participação em reuniões do CLAS		Total/ Ano
	Mensal	Anual (48 sem)	Trimestral	Anual	
Enfermeira	4H	48H	4H	16H	64H

Serviços mínimos

São asseguradas as atividades da responsabilidade exclusiva da UCC.

6.10. Rede de Intervenção contra a Violência Doméstica

Em 2013 surgiu um projeto sobre violência doméstica “Escutar os Silêncios”, desenvolvido por alguns profissionais do Ex ACeS Baixo Vouga I, (cuja candidatura foi submetida pela ARS Centro), com o objetivo de criar redes locais de intervenção nesta área, nos concelhos de Águeda, Anadia, Oliveira do Bairro e Sever do Vouga. Ao longo deste projeto foram desenvolvidas ações de formação para os profissionais de saúde e outros parceiros locais que de uma ou outra forma já estariam envolvidos nesta problemática. O objetivo seria o de sensibilizar e criar mecanismos que permitissem desencadear ações de prevenção e simultaneamente atuar precoce e articuladamente em situações de violência doméstica.

Após algumas reuniões locais com os vários parceiros chegou-se á conclusão de que a criação da rede em Sever do Vouga seria extremamente importante, uma vez que a resposta a esse nível é escassa e desarticulada. Assim, pretende-se criar a Rede Local

para Intervenção de Violência Doméstica em Sever do Vouga constituída por uma comissão restrita com profissionais da Câmara Municipal que farão o atendimento direto à vítima (Técnica Superior de Serviço Social e Psicólogas), elementos da saúde e técnicos da Cáritas de Aveiro, bem como uma comissão alargada com os restantes parceiros (IPSS, GNR, MP, bombeiros, etc.).

População alvo

População residente no concelho (n = 12126)

Objetivo Geral

Apoiar as vítimas de violência doméstica

Objetivos específicos

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática da violência doméstica
- Articular com as equipas de saúde o encaminhamento das vítimas
- Orientar as pessoas vítimas de violência doméstica para os técnicos que fazem o apoio direto
- Coordenar a rede

Atividades/Indicadores/ Carga horária

Atividade 1 Participação em reuniões da RIVD restrita	Quem	Enfermeira e restante equipa da RIVD restrita
	Como	Através de convocatória da coordenadora da RIVD para discussão de casos
	Onde	Sala de reuniões no centro de camionagem
	Quando	Quinzenal
	Avaliação	Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador
Atividade 2 Participação em reuniões da RIVD alargada	Quem	Enfermeira e restante equipa da RIVD alargada
	Como	Através de convocatória da coordenadora da RIVD
	Onde	Sala de reuniões do centro de saúde
	Quando	Três vezes por ano
	Avaliação	Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador
Atividade 3 Articulação entre as equipas de saúde e os técnicos da RIVD	Quem	Enfermeira/Profissional de saúde da UF
	Como	Sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática da violência doméstica Encaminhar os casos que chegam através dos profissionais de saúde para os técnicos que fazem o atendimento direto às vítimas, através de preenchimento ficha de sinalização
	Onde	Centro de Saúde e Câmara Municipal
	Quando	Durante todo o ano
	Avaliação	Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de reuniões realizadas da RIVD restrita				
Nº de reuniões realizadas da RIVD restrita/ Nº de reuniões previstas x100		100	100	100
% de reuniões realizadas da RIVD alargada				
Nº de reuniões realizadas da RIVD alargada/ Nº de reuniões previstas x100		100	100	100
Nº de casos referenciados/encaminhados				

Carga Horária RIVD				
	Participação em reuniões RIVD restrita		Participação em reuniões da RIVD alargada	Total/ Ano
	Quinzenais	Anual (42 sem)	Anual	
Enfermeira	3H	63H	9H	72

6.11. “Capacitar para Bem-Fazer”

Sendo a longevidade uma realidade, estaremos todos de acordo que as necessidades da pessoa idosa vão aumentando com o passar dos anos, e, com eles as incapacidades e a falta de autonomia. Sabemos também, que a maioria desses idosos (mantendo-se no seu domicílio ou mesmo numa instituição) necessitam de alguém que os ajude a satisfazer as AVD`s. Mas, para que alguém possa cumprir esse papel – cuidar o outro – é importante que tenham também as suas necessidades satisfeitas – sejam elas emocionais, materiais ou outras.

Por outro lado, necessitam de informações sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente à pessoa em situação de dependência. Para garantir uma atenção integral a essas pessoas, os seus familiares/cuidadores precisam participar em todo o processo do cuidar, desde o momento da identificação das necessidades, até a execução dos cuidados.

O domicílio é visto como um espaço privilegiado, em que pessoas em situação de dependência, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade na doença. Desta forma, a experiência de cuidar de um doente em casa, tem-se tornado cada vez mais frequente no quotidiano das famílias. Não há dúvidas, que a permanência da pessoa em situação de dependência no seu meio familiar e social, é considerado o melhor cenário para viver de forma equilibrada, devido ao constante contacto com as pessoas que lhes são mais próximas. No entanto, devemos dar uma importância especial ao cuidador principal pois sabe-se que a sobrecarga é muito intensa quando se lida com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo de quem se cuida.

Assim, será pertinente investir em projetos de intervenção Comunitária para que a prestação de cuidados à pessoa dependente seja realizada com qualidade.

Este projeto “Capacitar para Bem-Fazer” terá como área temática Instrução do Familiar/Cuidador da pessoa em situação de dependência, a residir na área de abrangência do Concelho de Sever do Vouga.

População alvo

Cuidadores principais das pessoas em situação de dependência em contexto domiciliário, a residir no Concelho de Saúde de Sever do Vouga.

Objetivo Geral

Reduzir a sobrecarga do cuidador principal capacitando-o para melhores cuidados aos seus dependentes.

Objetivos específicos

- Que pelo menos a 80% dos utentes dependentes identificados seja aplicada a escala de Barthel e aos cuidadores principais a escala de Zarit
- Que pelo menos 50% dos Cuidadores principais participem nas sessões de educação para a saúde
- Que pelo menos 50% de cuidadores principais apresentem diminuição da sobrecarga ao fim de dois meses

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Convocatórias dos Familiares/ Cuidadores para a participação nas sessões de Educação para a Saúde</p>	<p>Quem Enfermeiras</p> <p>Como Identificação dos Familiares/Cuidadores através de conversas informais com a equipa de saúde, Tec. Ser. Social, IPSS e informadores chave da comunidade</p> <p>Aplicação da escala de Barthel ao utente dependente</p> <p>Aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit ao cuidador principal</p> <p>Onde Domicilio e UCC</p> <p>Quando Durante o trienio</p> <p>Avaliação Anual</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Sessões de Educação para a Saúde realizadas aos Familiares/Cuidadores</p>	<p>Quem Enfermeiras da UCC</p> <p>Como Mediante uma planificação e preparação dos temas, utilizando uma metodologia expositiva e demonstrativa</p> <p>2 sessões teórico-práticas em cada grupo num total de 2 grupos por ano (4 sessões)</p> <p>Onde A designar oportunamente</p> <p>Quando Durante o triénio</p> <p>Avaliação Anual</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Avaliação dos cuidadores principais através da escala de Zarit e dos utentes dependentes através da escala de Barthel</p>	<p>Quem Enfermeiras da UCC</p> <p>Como Visitas domiciliárias quinzenais para a acompanhamento do cuidador principal durante dois meses (3 VD por cuidador), após as sessões</p> <p>Aplicação das escalas de Zarit e Barthel ao fim de dois meses</p> <p>Onde Instalações da UCC e no domicilio</p> <p>Quando Durante o triénio</p> <p>Avaliação Anual</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de utentes dependentes/cuidadores principais identificados, com as escalas de Barthel e Zarit aplicadas				
Nº de utentes dependentes/cuidadores principais identificados com as escalas de Barthel e Zarit aplicadas/ Total de utentes dependentes/cuidadores principais identificados		70	75	80
% dos Familiares/Cuidadores principais de pessoas em situação de dependência que participaram nas sessões de educação para a saúde;				
Nº de familiares/cuidadores principais de pessoas em situação de dependência que participaram nas sessões de educação para a saúde/Nº de familiares/cuidadores principais de pessoas em situação de dependência convocados para as sessões x100		45	48	50
% de cuidadores principais que apresentaram diminuição da sobrecarga ao fim de dois meses				
Nº de cuidadores principais que apresentaram ausência de sobrecarga ou sobrecarga moderada através da aplicação da escala de Zarit ao fim de dois meses/ Total de cuidadores principais que preencheram a escala x100		45	48	50
Carga Horária				
	Visitas domiciliárias aos cuidadores principais dos utentes dependentes/Ano (2 grupos)	Participação nas sessões/Ano	Total/Ano	
Enfermeiras (2)	32H para domicílios x 8 famílias = 256H	5Hx4sessões = 20H	276	

* Fazendo uma estimativa de 8 cuidadores por sessão

Serviços mínimos

Este projeto não carece de serviços mínimos uma vez que os vários elementos da equipa se podem intersubstituir.

6.12. “Caminhar Para o Equilíbrio”

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes “a diabetes é uma doença crónica, debilitante e dispendiosa, associada a complicações graves (...), cuja incidência tem vindo a aumentar. De acordo com o Diagnóstico de Situação de Saúde

do ACeS Baixo Vouga de 2013, a diabetes no concelho de Sever do Vouga é uma das primeiras causas de morbilidade e mortalidade.

No Centro de Saúde de Sever do Vouga, existe cerca de 800 pessoas com diabetes, motivo pelo qual é necessário intervir e inverter a tendência de crescimento desta doença e das suas complicações. Como tal, necessita de cuidados continuados e de educação terapêutica.

Para dar resposta a este problema de saúde, a UCC de Sever do Vouga (em articulação com a equipa de saúde da UCSP), irá implementar o projeto “Caminhar para o equilíbrio”.

Este programa criado pelo laboratório Lilly®, é dirigido a pessoas com diabetes tipo 2 e tem como objetivo ensinar e motivar o doente a adoptar um estilo de vida saudável para um melhor controlo da diabetes e, assim, prevenir o aparecimento de complicações futuras. É constituído por atividades que, através da educação e motivação do doente, estabelecem a ligação entre as três componentes do tratamento (alimentação, actividade física e medicação). É dividido, sequencialmente, em oito sessões.

População alvo

Diabéticos tipo 2, inscritos no Centro de Saúde de Sever do Vouga, referenciados pelas equipas da UCSP, ou contactados directamente pela UCC (N= 726).

Objetivo Geral

Ensinar/motivar o doente a adoptar estilos de vida saudáveis para um melhor controlo da diabetes e, assim, prevenindo o aparecimento de complicações futuras.

Objetivos específicos

- Que pelo menos 80% dos cursos programados sejam realizados
- Que 15% dos diabéticos tipo 2 inscritos no Centro de Saúde de Sever do Vouga adiram ao programa educacional, até ao final do triénio
- Que pelo menos 40% dos diabéticos no final do programa tenham aumentado o grau de conhecimentos sobre a diabetes
- Que pelo menos 80% dos diabéticos que frequentaram o curso tenham ficado satisfeitos ou muito satisfeitos

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Planeamento dos cursos</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Identificação dos diabéticos (lista SAPE) Articulação com as equipas de saúde Convocatórias aos utentes Articulação com as juntas de freguesia</p> <p>Onde UCC e juntas de freguesia</p> <p>Quando Durante o triénio No final de cada curso</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Realização das atividades de educação e motivação</p>	<p>Quem Equipa multidisciplinar do CPoE</p> <p>Como 8 Sessões teórico-práticas em cada curso (uma vez por semana, durante 8 semanas consecutivas), num total de 4 cursos/ano Avaliação dos parâmetros antropométricos dos diabéticos que frequentam o curso Aplicação de um questionário de auto conhecimento Prática de exercício físico estruturado Sessão de follow-up realizada após seis meses do curso</p> <p>Onde Em cada freguesia do concelho</p> <p>Quando Durante o triénio e de acordo com o cronograma elaborado para o efeito No início e final de cada curso</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Tratamento estatístico/ Avaliação</p>	<p>Quem Enfermeira</p> <p>Como Tratamento de dados resultantes dos questionários aplicados Elaboração de um relatório Divulgação dos resultados através de jornais locais e site da UCC</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando No final de cada ano civil</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de cursos CPoE realizados		80	85	90
N.º de cursos CPoE realizados/N.º total de cursos CPoE previstos x100				
N.º de diabéticos abrangidos pelo programa				
% de adesão dos diabéticos ao programa “Caminhar para o Equilíbrio”		15	17	20
N.º de diabéticos presentes em, pelo menos, 4 sessões / N.º de diabéticos que frequentaram o curso x100				
% de diabéticos que na 8ª sessão tenham aumentado conhecimentos sobre a diabetes		40	45	45
N.º de diabéticos que na 8ª sessão tenham aumentado conhecimentos sobre a diabetes/ N.º total de diabéticos que frequentaram o curso x100				
% de diabéticos que responderam ao questionário com resposta satisfeito /muito satisfeito		80	85	90
N.º de diabéticos que responderam ao questionário com resposta satisfeito /muito satisfeito/ N.º de diabéticos que responderam ao questionário na 8ª sessão x100				

Carga Horária CPoE						
	Enfermeira	Enfermeira	TSSS	Nutricionista	Médico	Fisioterapeuta
	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano	Nº Horas/Ano
Planeamento dos cursos/sessões	80H					
Realização das atividades de educação e motivação (9 sessões)	108H	24H	12H	32H	12H	32H
Tratamento estatístico/ Avaliação	40H					
Total de Horas	228H	24H				
		252	12H	32H	12H	32H

Serviços mínimos

Este projeto não carece de serviços mínimos uma vez que os vários elementos da equipa se podem intersubstituir.

Quando isso não for possível, os utentes serão avisados do adiamento da atividade.

6.13. Prevenção de doenças cardiovasculares: “Menos Sal Mais Sabor à Vida”

As doenças do aparelho circulatório são uma das principais causas de morte e de incapacidade nas sociedades ocidentais nas quais Portugal se inclui. A Região Centro do país bem como o nosso concelho não são exceção.

A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco modificáveis, como sejam o sedentarismo, a falta de atividade física diária, uma alimentação desequilibrada ou o tabagismo.

Por tudo isto, justifica-se uma intervenção para minimizar o impacto destas doenças no nosso concelho. Cabe assim, aos profissionais de saúde, esclarecer a população para que cada indivíduo possa escolher e assumir as opções mais saudáveis e desejáveis dentro do seu estilo de vida, através de uma sensibilização permanente para a adoção de estilos de vida mais saudáveis e prevenção de fatores de risco.

Para este projeto contamos com o apoio da empresa “Jaba genéricos”, que nos disponibiliza alguns materiais como sejam folhetos informativos sobre várias temáticas relacionadas com as doenças cardiovasculares, brochuras de receitas sem adição de sal e vídeo.

População alvo

População inscrita no centro de saúde com fatores de risco para doenças cardiovasculares (N= 2743)

Objetivo Geral

Sensibilizar a população alvo sobre como diminuir o aparecimento das doenças cardiovasculares atuando nos fatores de risco modificáveis.

Objetivos específicos

- Que 10% dos utentes com fatores de risco cardiovascular inscritos no Centro de Saúde de Sever do Vouga adiram ao programa educacional, até ao final do triénio
- Que pelo menos 40% dos utentes no final do programa tenham aumentado o grau de conhecimentos sobre doenças cardiovasculares.

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Planeamento do programa educacional</p>	<p>Quem Enfermeiras</p> <p>Como Identificação dos utentes com risco cardiovascular (lista SAPE) Articulação com as equipas de saúde Convocatórias aos utentes Planeamento das sessões</p> <p>Onde UCC</p> <p>Quando Durante o triénio</p> <p>Avaliação No final de cada programa educacional Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Execução do programa</p>	<p>Quem Enfermeiras</p> <p>Como 3 grupos/ano 3 sessões teóricas por grupo (uma vez por semana, durante três semanas) Aplicação de um questionário de auto conhecimento Distribuição de material informativo</p> <p>Onde UCC e UCSP</p> <p>Quando Durante o triénio e de acordo com o cronograma elaborado para o efeito</p> <p>Avaliação No início e final de cada curso Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Avaliação do programa</p>	<p>Quem Enfermeiras</p> <p>Como Tratamento de dados resultantes dos questionários aplicados Elaboração de um relatório Divulgação dos resultados através de jornais locais e site da UCC</p> <p>Onde UCC,</p> <p>Quando No final de cada ano civil</p> <p>Avaliação Avaliação anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% dos utentes com fatores de risco cardiovascular inscritos no Centro de Saúde de Sever do Vouga adiram ao programa educacional, até ao final do triénio		70	75	80
Nº dos utentes com fatores de risco cardiovascular inscritos no Centro de Saúde de Sever do Vouga que adiram ao programa educacional/ Nº total de utentes convocados x100				
% de utentes que no final do programa tenham aumentado o grau de conhecimentos sobre doenças cardiovasculares		40	45	50
Nº de utentes que no final do programa tenham aumentado o grau de conhecimentos sobre doenças cardiovasculares/Total de utentes que responderam aos questionários x100				

Carga Horária Menos Sal Mais Sabor à Vida		
	Enfermeira (2)	
	Nº Horas/Grupo	Total Horas/Ano
Planeamento do curso	20H	60H
Realização das sessões	12H	36H
Tratamento de dados e avaliação	40H	120H
Total de Horas	72H	216H

7. Plano desenvolvimento profissional e formação contínua

A formação contínua é uma área muito importante para o desenvolvimento profissional da equipa multidisciplinar através do qual os profissionais aumentam e renovam conhecimentos, atualizam práticas e capacidades individuais de modo a melhorarem a sua competência técnica e prática para melhores Cuidados de Saúde.

No sentido do desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais da UCC, pretende-se diagnosticar as necessidades formativas da equipa e elaborar um plano de formação interno que vá de encontro às lacunas de formação encontradas.

A implementação de um Plano de Formação para a UCC em conjunto com as reuniões semanais de equipa, permitirá dignificar e assegurar com elevado nível de qualidade a prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade, integrando-se nos projetos individuais de cada profissional.

População alvo

Equipa multidisciplinar da UCC Vouga

Objetivos

- Criar e desenvolver competências formativas nos profissionais da UCC.
- Definir programas de formação de acordo com as necessidades de formação sentidas pela equipa.
- Que 50% do tempo destinado às reuniões semanais, seja dedicado à formação (interna e partilha de formação externa).

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade 1</p> <p>Necessidades formativas</p>	<p>Quem Profissionais da UCC</p> <p>No final de cada ano, é feito o levantamento das necessidades formativas de cada profissional</p> <p>Como Dar preferencia à formação interna com todos os profissionais envolvidos</p> <p>Incentivar a formação externa aos profissionais que demonstraram necessidade em determinada área</p> <p>Onde Na UCC</p> <p>Quando No final de cada ano civil</p> <p>Avaliação Anual</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Realização de formações</p>	<p>Quem Profissionais da UCC</p> <p>Fazer reuniões de formação interna</p> <p>Participar em formação externa</p> <p>Fazer partilha de ações de formação externa</p> <p>Como Fazer reuniões de formação interna com palestrante externo, para motivar, partilhar experiencias</p> <p>Envolver todos os profissionais de todos os grupos (assistentes técnicos, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos).</p> <p>Onde Na UCC</p> <p>Quando Durante o ano nas reuniões semanais</p> <p>Avaliação Anual</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Formação interna</p>	<p>Quem Profissionais da UCC e UCSP</p> <p>Como Apresentação de temas pertinentes, segundo as necessidades das equipas</p> <p>Onde Na UCC e UCSP</p> <p>Quando uma formação por mês, nas reuniões semanais</p> <p>Avaliação Anual</p>
<p>Atividade 4</p> <p>Partilha de formação externa</p>	<p>Quem Profissionais da UCC</p> <p>Como Apresentação oral, escrita, resumo</p> <p>Onde Na UCC</p> <p>Quando Na semana seguinte à acção externa frequentada, durante a reunião semanal</p> <p>Avaliação Anual</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de Formação interna				
Nº de formação interna/Nº total de reuniões realizadas x100)				
% de Partilha de formação				
Nº de partilhas/nº de formações externas frequentadas x100				
Nº de reuniões previstas				
Nº de formações externas				

Carga Horária Formação contínua				
	Tempo utilizado/Ação	Nº de ações/Ano	Horas/Ano/por profissional	Total horas/Ano
Formação Interna	1H	20	20H	80H
Formação externa	120H*		120H	480H
Partilha de formação externa	1/2H			**

* Tempo anual permitido por lei/profissional

** De acordo com o nº de formações externas

8. Programa de melhoria contínua da qualidade

Atualmente, a qualidade na saúde é condição essencial para uma boa prática nos cuidados de saúde. Essa qualidade deve ser assumida como uma filosofia de trabalho diária e um compromisso para a vida profissional.

Um programa de melhoria contínua de qualidade considera-se um sistema organizado, que permite melhorar de forma permanente os procedimentos, os resultados e os serviços prestados, definidos em termos de critérios de eficiência, efetividade, adequação técnico-científica, aceitabilidade e acessibilidade.

A atuação na área da qualidade abrange três eixos principais:

- Satisfação dos Utentes;
- Desempenho e Satisfação dos Profissionais
- Qualidade organizacional

População alvo

Utentes e profissionais da UCC

Objetivos

- Aumentar a Satisfação de Utentes
- Aumentar a satisfação de Profissionais
- Contribuir para a melhoria contínua dos Cuidados de Saúde

Atividades/Indicadores/ Carga horária

<p>Atividade1</p> <p>Satisfação dos utentes</p>	<p>Quem Utentes/Equipa de Saúde da UCC Vouga</p> <p>Como Aplicar questionários a todos os utentes utilizadores do serviço prestado na UCC Analisar resultados. Promover ações de melhoria Divulgar resultados Motivar e aceitar todas as sugestões como oportunidades de melhoria</p> <p>Onde UCC e domicílios</p> <p>Quando Durante o ano</p> <p>Avaliação Anual</p>
<p>Atividade 2</p> <p>Satisfação de Profissionais</p>	<p>Quem Profissionais da UCC</p> <p>Como Aplicar Questionário de Satisfação para os profissionais da UCC no mês de Novembro de cada ano. Analisar resultados. Promover ações de melhoria e/ou medidas corretivas. Divulgar resultados</p> <p>Onde Na UCC</p> <p>Quando Uma vez por ano</p> <p>Avaliação Anual</p>
<p>Atividade 3</p> <p>Caixa de Sugestões</p>	<p>Quem Utentes/Profissionais de Saúde</p> <p>Como Ter caixa de sugestões acessíveis aos utentes, fora da observação direta dos profissionais Ter impressos disponíveis e esferográfica junto da caixa de sugestões. Divulgar as sugestões deixadas Informar os utentes com folhetos, posters sobre a importância das sugestões deixadas para a melhoria dos serviços</p> <p>Onde Na UCC</p> <p>Quando Durante o ano</p> <p>Avaliação Mensal Anual para verificação do cumprimento do indicador</p>

Indicadores de Execução e Monitorização				
	Histórico	2014	2015	2016
% de utilizadores da UCC satisfeitos com os serviços prestados por esta unidade				
Nº de utilizadores que responderam ao questionário, com resposta Satisfeitos ou Muito Satisfeitos/Nº de utilizadores que responderam ao questionário x100		80	82	85
% de profissionais Satisfeitos na UCC				
Nº de profissionais que responderam ao questionário, com resposta Satisfeitos ou Muito Satisfeitos/Nº de profissionais que responderam ao questionário x100		90	90	90
Nº Total de reclamações		< 5	< 5	< 5

Para a melhoria contínua dos cuidados de saúde a UCC está a iniciar uma candidatura ao processo de Certificação da Idoneidade Formativa desta unidade dos contextos de prática clínica da UCC Vouga e da consequente operacionalização do Modelo de Desenvolvimento Profissional e do Exercício Profissional Tutelado. Assim, com esta candidatura pretende-se iniciar um processo de reconhecimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na referida unidade, que vai permitir ainda aos enfermeiros desta unidade candidatarem-se a supervisores clínicos de Prática Tutelada de Enfermagem, apostando ativamente na melhoria contínua do seu serviço e no seu desenvolvimento profissional.

9. Carga horária total

Plano de Ação	Carga horária total						
	Enfer.	Médicos	Téc. Serviço Social	Nutric.	Fisiot.	Assis. Técnico	Assis. Operacional
	NºH/Ano	Nº H/Ano	Nº H/Ano	Nº H/Ano	Nº /Ano	Nº /Ano	Nº /Ano
Viver a Parentalidade	252						
Visitação domiciliária no Puerpério	228						
Saúde Escolar/Saúde Oral	436		126				
In-Depedências	250		250				
Cuidados Continuados	2622		334		358		2080
Liga dos Amigos C.S. Sever do Vouga	39		13				
Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	240	48					
Comissão de Proteção de Crianças e Joves	384						
Intervenção Precoce	288						
Núcleo Local de Inserção	126						
Rede Social	64						
Rede de Interv em Violência Doméstica	72						
Capacitar para Bem-Fazer	276						
Caminhar Para o Equilíbrio	252	12	12	32	32		
Menos Sal Mais Sabor à Vida	216						
Formação Profissional	480						
Reuniões/ coordenador *	60						
TOTAL	6285	60	735	32	390	714	2080**

* Estimativa baseada nas reuniões de 2013, no âmbito do ACeS

** Ausente na ECCI

10. Responsáveis pelos programas/projetos

Programas /Projetos de Saúde da UCC Vouga	Responsáveis
	Enfermeira
Viver a Parentalidade em Pleno	Idalina Tavares
Visitação Domiciliária no Puerpério	Idalina Tavares
Saúde Escolar/Saúde Oral	Helena Silva
In-Dependências	Helena Silva
Caminhar Para o Equilíbrio	Inês Silva
Cuidados Continuados Integrados	Lúcia Almeida
Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	Helena Silva
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	Helena Silva
Intervenção Precoce	Helena Silva
Núcleo Local de Inserção	Inês Silva
Rede Social	Inês Silva
Promoção da Saúde no Idoso	Idalina Tavares
Prevenção de doenças cardiovasculares	Lúcia Almeida
Rede Intervenção na Violência Doméstica	Inês Silva
Programa de gestão de Resíduos Hospitalares	Lúcia Almeida
Comissão de Controlo da Infecção	Lúcia Almeida
Plano de Desenvolvimento Profissional e Formação Contínua	Inês Silva
Melhoria Contínua da Qualidade	Inês Silva