



Ministério da Saúde

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
Coordenação Estratégica



Agosto
Uly
5.05.2011

MANUEL PIZARRO
Secretário de Estado Adjunto
e da Saúde

Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade

Lisboa, Março de 2011

ÍNDICE

1	Introdução	2
1.1	Enquadramento e antecedentes	2
1.2	Abordagens na prestação de cuidados em CSP.....	3
1.3	Sinergias obtidas com as intervenções das diferentes unidades funcionais.....	5
1.4	Contratualização de serviços e orientação para resultados de saúde	6
1.5	Papel dos conselhos clínicos.....	6
2	A Unidade de Cuidados na Comunidade	7
2.1	População abrangida e definição da área geográfica.....	7
2.2	Constituição da equipa	8
2.3	Carteira de serviços	9
2.4	Instalações e equipamentos.....	13
3	Indicadores de Desempenho.....	14
4	Considerações Finais	14

1 Introdução

1.1 Enquadramento e antecedentes

Os cuidados de saúde primários (CSP) são a componente dos sistemas de saúde que mais tem contribuído para a melhoria do estado de saúde da população em todo o mundo, quer nos países desenvolvidos, quer nos em vias de desenvolvimento.

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde veio, no seu Relatório Mundial de Saúde de 2008 intitulado: *Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca*, reafirmar que é necessário continuar a investir na estratégia dos CSP e menciona Portugal como um bom exemplo, pelos sucessos alcançados na melhoria do nível de saúde da população.

Os CSP, enquanto pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assumem importantes funções de promoção e protecção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços no sentido de ser garantida, de modo racional e eficiente, a continuidade dos cuidados. É essencial, neste processo, articular todos os recursos comunitários, enfatizando a saúde como um conceito positivo, que valoriza os recursos pessoais e sociais. Este processo visa aumentar a capacidade das pessoas para agirem sobre os factores determinantes da saúde individual e colectiva no sentido da adopção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis.

É de fundamental importância a equidade do Sistema, garantindo o acesso de toda a população a cuidados de saúde essenciais, o que implica o reforço das abordagens pró-activas e de discriminação positiva de alguns grupos da população, tendo em vista reduzir as desigualdades em saúde injustas e evitáveis.

Esta perspectiva conduz à necessidade de se identificarem problemas, os seus factores determinantes e as necessidades de saúde da população e de se delinearem abordagens de intervenção apropriadas. Isto implica planear em saúde e não apenas dar resposta à procura de cuidados de saúde. Implica também trabalhar com outros sectores, articular e estabelecer parcerias, promover a literacia e capacitar, com recurso ao envolvimento e participação das pessoas e estruturas locais nos processos que directa ou indirectamente possam afectar a sua saúde.

A transformação dos CSP em curso no país, consagrada legalmente no DL nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, dá corpo a três preocupações:

- a) **Reforçar e incrementar os valores próprios dos CSP:** proximidade, acessibilidade, equidade na prestação de cuidados de saúde; preocupação e pro-actividade para

com os grupos mais vulneráveis; redução das desigualdades em saúde; prioridade à promoção e protecção da saúde; desenvolvimento de intervenções em saúde multidisciplinares e trans-sectoriais; garantia da continuidade e integração dos cuidados de saúde; promoção do envolvimento da comunidade e dos cidadãos nos processos de intervenção em saúde;

- b) **Reorganizar os serviços de CSP, criando *unidades funcionais*, com autonomia técnica e organizativa**, constituídas por equipas multidisciplinares, em que os diferentes profissionais são co-responsabilizados pela qualidade do desempenho e dos resultados da sua *unidade*;
- c) **Atribuir às instituições de CSP a autonomia de gestão** que necessitam.

Seguindo esta lógica, foram constituídos os agrupamentos de centros de saúde (ACES), com uma dimensão menor do que as das antigas Sub-regiões, mas maior do que a média dos centros de saúde clássicos, com competências próprias legalmente atribuídas, especificidade que nunca tinha sido atribuída às anteriores estruturas dos CSP.

Esta nova dimensão geo-demográfica da unidade básica de gestão dos CSP – os ACES, ao permitir uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde da sua população e dos determinantes que lhes estão associados, vai, espera-se, contribuir para a autonomia gestonária que há muito se considerava necessário existir em CSP.

O facto de cada ACES ser constituído por diferentes *unidades funcionais*, cuja missão e actividades se intersectam e necessariamente se complementam, impõe uma definição clara dos papéis de cada uma dessas *unidades*, de modo a evitar, por um lado, a sobreposições de tarefas, conflitos de competências, duplicação e desperdício de recursos e de força anímica e, por outro, permitir tirar o máximo potencial do desempenho de cada uma no que respeita às suas especificidades em concreto. Esta necessidade de clarificação adquire maior acuidade na articulação entre as *unidades de cuidados na comunidade* (UCC), as *unidades de saúde pública* (USP) e as *unidades de recursos assistenciais partilhados* (URAP), dado disporem de diferenciações afins, embora com competências diferentes.

1.2 Abordagens na prestação de cuidados em CSP

A intervenção no âmbito dos CSP caracteriza-se por três tipos de abordagens complementares onde os cidadãos são identificadas no seu contexto familiar, no(s) grupo(s) de pertença ou na comunidade, designadamente:

- a) **Dirigida a cada indivíduo;**
- b) **Dirigida a cidadãos, famílias ou grupos com especial vulnerabilidade e risco;**
- c) **Dirigida à população/comunidade.**

A intervenção individual, de vocação simultaneamente singular e universal, isto é, dirigida personaladamente a todos os indivíduos inscritos no ACES ou residentes na sua área geográfica, visa contribuir para a identificação, resolução ou controle de problemas de saúde e para minorar os efeitos adversos dos determinantes negativos, através de cuidados curativos, preventivos e de promoção da saúde. O atendimento efectua-se através de uma intervenção personalizada, frequentemente clínica, e que tem em consideração as características e as necessidades de cada pessoa (utente/doente), inserida na família, no grupo e na comunidade. Esta intervenção é feita predominantemente pelos elementos da sua equipa de saúde familiar organizados nas *unidades de saúde familiar* (USF) ou nas *unidades de cuidados de saúde personalizados* (UCSP), as quais prestam cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Esta intervenção pode também, em situações específicas, ser feita segundo um modelo de complementaridade, pelas *unidades de cuidados na comunidade* (UCC), pelas *unidades de saúde pública* (USP) e pelas *unidades de recursos assistenciais partilhados* (URAP), consoante a situação, necessidades de saúde e natureza da intervenção em causa. Podem, ainda, ser envolvidos elementos e recursos da família e/ou da comunidade.

O segundo tipo de intervenção interliga-se, como já foi referido, com o anterior e caracteriza-se pela selectividade e pela prioridade de cada intervenção na comunidade, em pessoas, famílias ou grupos com necessidades especiais de cuidados de saúde. Isto é, pressupõe uma hierarquização de prioridades e decisões de intervenção criteriosas, não normativas, em função da magnitude e da gravidade de cada situação ou problema em causa, tendo em conta os recursos disponíveis em cada momento. Estes cuidados são, em geral, prestados na comunidade, fora dos “muros institucionais” e guiados por critérios precisos. A responsabilidade por este tipo de intervenções recai predominantemente sobre as UCC, embora possa envolver qualquer das restantes unidades funcionais, com particular destaque para USP, consoante a natureza das situações, necessidades de saúde e natureza da intervenção em causa.

O terceiro tipo de intervenção é dirigido à população/comunidade no seu todo e visa essencialmente promover e proteger a saúde, e prevenir a doença, através de intervenções baseadas num diagnóstico de saúde e orientadas para a obtenção de ganhos concretos de saúde da população.

As situações podem não ser facilmente compartimentáveis e as intervenções integram, frequentemente, componentes dirigidos a grupos da população e, simultaneamente, incorporam estratégias e objectivos de intervenção individual e familiar ou vice-versa. Os aspectos conceptuais e normativos devem contribuir para perspectivar as intervenções, sem funcionarem como obstáculos ao desempenho dos profissionais de saúde.

As principais causas de morbimortalidade evitáveis estão relacionadas com os comportamentos individuais e colectivos e respectivos determinantes, em particular os

que decorrem dos níveis de literacia em saúde dos cidadãos e dos contextos ambientais e sociais em que estes vivem. Neste tipo de abordagem é, portanto, imprescindível a existência de profissionais com competências específicas, nomeadamente em epidemiologia, planeamento e administração de saúde, intervenção comunitária, saúde ambiental e em comunicação interpessoal e sócio-grupal em saúde, ferramentas com as quais se identifica e caracteriza, planeia e actua com rigor técnico e evidência científica, sobre os problemas de saúde de uma dada população e sobre os determinantes que lhes estão associados. Estes requisitos são essenciais para se delinearem estratégias de intervenção de âmbito populacional. É com este conhecimento da população com quem se pretende trabalhar, dos seus valores e das suas práticas que se torna possível contribuir para uma maior literacia e capacitação em saúde. Esta intervenção só é possível se existir envolvimento da própria comunidade, das suas lideranças e organizações representativas.

Esta abordagem dirigida à população/comunidade como um todo é da responsabilidade das USP. Assenta num trabalho multidisciplinar e interinstitucional e implica a articulação e participação das restantes unidades funcionais do ACES (UCC, USF, UCSP e URAP). Esta articulação e complementaridade é decisiva para uma gestão eficiente dos recursos disponíveis, tendo em vista a consecução dos Programas de Saúde de âmbito nacional, regional ou local, cuja concretização deverá ser expressa em projectos de iniciativa local, consagrados no respectivo plano e/ou estratégia local de saúde, enquanto instrumentos norteadores de um trabalho planeado, participado e sujeito a avaliação e a melhoria contínua da qualidade.

1.3 Sinergias obtidas com as intervenções das diferentes unidades funcionais

Com a actual *reforma dos CSP* pretende-se otimizar as competências e as capacidades dos diferentes profissionais que lhes estão alocados, potenciar a autonomia, a responsabilidade e a inter-cooperação das equipas, promover a co-responsabilidade de todos os profissionais pela qualidade e adequação das intervenções em saúde que executam em tempo útil e com um menor custo.

Todas as unidades funcionais do ACES, em especial as UCC, as USP e as URAP devem ser capazes de delinear o seu funcionamento com plasticidade dinâmica para responder, em cada fase e momento, às necessidades especiais de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Não podem, por isso, amuralhar-se nem assumir atitudes disfuncionais quanto ao modo como organizam as respectivas unidades e recursos. Assim, devem privilegiar-se as dinâmicas de equipas funcionais transversais e em rede, traduzindo o conceito avançado de equipas em geometria ultra-variável, que necessitarão de algum tempo de aprendizagem e experiência para se implantarem correctamente no dia-a-dia dos CSP. Um desafio que a prática, a reflexão e a avaliação permitirão superar.

Com a alocação a todos os ACES de nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de serviço social, entre outros, os CSP disporão de contributos disciplinares essenciais para

desenvolverem, de forma mais robusta e sustentada, programas e estratégias de intervenção em saúde numa perspectiva global e não apenas baseadas no modelo biomédico. Em simultâneo, é previsível uma redução progressiva da “medicalização” inadequada de alguns tipos de cuidados de saúde e uma melhoria da efectividade e da eficiência dos CSP. Outros técnicos, não médicos, poderão assumir, com vantagem para os doentes, a responsabilidade por alguns dos cuidados de saúde, designadamente por novos e diferentes tipos de cuidados, que, em conjunto, irão contribuir para diminuir a procura excessiva de cuidados médicos e modificar a presente cultura de utilização, por vezes inadequada e excessiva, de fármacos e de meios complementares de diagnóstico, libertando os médicos para tarefas que só a eles cabe responder.

1.4 Contratualização de serviços e orientação para resultados de saúde

Atravessando toda a reforma dos CSP e o funcionamento das diferentes *unidades funcionais*, encontra-se a *contratualização*, que consiste na definição negociada entre as partes envolvidas de compromissos de desempenho, desejavelmente formalizados através de contratos-programa (contratualização externa) e de cartas de compromisso (contratualização interna) baseados em actividades a desenvolver e pelas quais os serviços prestadores são financiados ou abonados de equipamento e outros meios, ficando previstas as obrigações e consequências para ambas as partes contratantes.

Para além de potenciar a participação e a criatividade para apresentar sugestões de novos programas e projectos, esta metodologia estimula, simultaneamente, o envolvimento dos profissionais e responsabiliza-os na tomada de decisão e na concretização dos compromissos assumidos.

A contratualização interna com as diferentes *unidades funcionais* dos ACES, permanentemente apoiadas pelos *conselhos clínicos*, deve ser conduzida pelos directores executivos que, por sua vez, recorrerão ao apoio dos serviços das respectivas *unidades de apoio à gestão* (UAG). Esta prática vai contribuir para que se estruture uma nova cultura organizacional com que, espera-se, todos ficarão a ganhar: os profissionais de saúde, os serviços e, fundamentalmente, a população.

A prática de negociar contratos-programa e cartas de compromisso para o ano seguinte (mesmo que este esteja integrado num plano de acção plurianual, a três anos, por exemplo) ou, dito por outras palavras, que recursos vão estar envolvidos e que resultados devem ser atingidos com a boa aplicação desses recursos, constitui um desafio para os ACES e para as suas diferentes *unidades funcionais*. Para garantir isto, é preciso identificar que actividades são mais custo-efectivas, quais as que traduzem boas práticas em saúde, quais os recursos necessários e qual o impacto esperado na saúde da população.

1.5 Papel dos conselhos clínicos

Deve ser sublinhado o papel indispensável, estratégico, agregador e harmonizador dos *conselhos clínicos*, fórum onde se deve analisar o potencial contributo de cada *unidade*

funcional e da orquestra do conjunto das diferentes unidades para a saúde da população. Cabe ao conselho clínico harmonizar as actividades de saúde a desenvolver pelo ACES, como um todo, evitando desperdício de recursos e duplicações de tarefas e, pelo contrário, potenciar sinergias entre os diferentes profissionais e as missões das várias *unidades funcionais*.

2 A Unidade de Cuidados na Comunidade

2.1 População abrangida e definição da área geográfica

Como previsto no DL 28/2008, de 22 de Fevereiro, art.º 7.º, deve existir, pelo menos, uma UCC ou serviços desta por CS, tendo em conta a abrangência do seu campo de intervenção, a necessária articulação com as instituições comunitárias e o espírito da reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) que privilegia o trabalho em pequenas equipas.

Porque a UCC trabalha com a comunidade, deverá ter-se em conta que uma comunidade *“é um grupo social limitado por fronteiras geográficas e/ou valores e interesses comuns, em que os seus membros interagem entre si. Funciona dentro de uma estrutura social particular, demonstrando e criando normas, valores e instituições sociais”* (OMS,1997). Assim, a área geodemográfica de intervenção de cada UCC deverá abranger uma ou mais freguesias e, idealmente, não mais do que um concelho, pelo que encerram de dimensão integradora da comunidade, nomeadamente, pela possibilidade de trabalho intersectorial em projectos de parceria com autarquias e instituições comunitárias e pela história identitária das próprias comunidades.

Quando a área geodemográfica e/ou populacional de intervenção de cada UCC for de grandes dimensões, tendo em conta a vantagem de cuidados de proximidade, a organização do trabalho deve ter presente a possibilidade de responsabilização profissional por áreas geográficas específicas (nomeadamente as freguesias). Não devem ser descuradas as problemáticas territoriais, a dimensão da população, as suas necessidades de saúde e sociais (densidade populacional, acessibilidades, problemas sociais e de saúde identificados, índice de envelhecimento, entre outros) bem como, a dispersão geográfica da área de intervenção.

Em ambiente urbano, nomeadamente quando existe mais que um centro de saúde numa cidade, poder-se-ão formar UCC que juntem as populações abrangidas por dois ou mais CS integrados no ACES, não devendo, nesse caso, a população abrangida ultrapassar os 75 mil habitantes¹, visto que teríamos equipas demasiado grandes e uma população

¹ Valor indicativo e recomendado, somente, para UCC em meio urbano. O pressuposto de equipas pequenas é que deve prevalecer.

abrangida dispersa que poria em causa os cuidados de proximidade e o próprio espírito desta reforma dos CSP.

2.2 Constituição da equipa

Quando falamos de equipa falamos de um pequeno núcleo de profissionais, do sentido de pertença, de uma cultura e intencionalidade comuns, de vontade de adesão, enfim da qualidade da ligação interpessoal, de pessoas coordenadas por um líder que se assuma como coordenador do processo e não de pessoas.

As candidaturas à UCC (270 candidaturas apresentadas no período entre 23/03 e 30/11/2009) emergiram do terreno sob proposta dos profissionais que aderiram livremente. A esse movimento deve corresponder uma gestão para e com as pessoas e não uma cadeia de “comando e controlo”, que em nada beneficiará o futuro funcionamento e desenvolvimento destas equipas. Cabe aos órgãos gestores (ARS e directores executivos dos ACES) a responsabilidade da criação de condições ao início de actividade destas unidades.

Os profissionais que integram a UCC deverão reunir competências e estarem motivados para desenvolver actividades de intervenção comunitária em cooperação com os vários sectores comunitários. A UCC deverá, assim, ser constituída por equipa multidisciplinar, com profissionais a tempo inteiro, designadamente nas áreas de enfermagem, serviço social, fisioterapia e, se possível, de apoio administrativo, devendo estar ressalvada a existência de diferentes experiências/vivências profissionais. A perspectiva de trabalho em equipa multidisciplinar potencia as competências de cada grupo profissional e contribui, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação e resposta adequada às necessidades em cuidados de saúde da comunidade que serve.

Há, ainda, que dar a prioridade à mobilidade (interna e externa aos CSP) dos profissionais que desejem integrar este projecto, devendo os elementos oriundos de outros contextos de cuidados, ter a sua integração assegurada por profissionais que já tenham experiência em trabalho comunitário.

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

Em contexto de intervenção comunitária, o sucesso de um número significativo de intervenções/actividades decorre do conhecimento profundo da comunidade, dos seus

representantes formais e informais, dos recursos sociais e do estabelecimento de parcerias.

Os protocolos existem enquanto reguladores e consenso das parcerias, mas também deve reconhecer-se quão significativa é a continuidade dos interlocutores na dinamização dos processos e na abordagem de determinados grupos da comunidade.

Nesta perspectiva, considera-se que cada elemento que constitui a equipa deve, preferencialmente, estar afecto a tempo inteiro. Este facto tem impacto concreto no envolvimento pessoal e profissional no projecto, na disponibilidade para a intersubstituição e para melhor cumprimento das actividades propostas no plano de acção e em prol do desenvolvimento da própria equipa.

Contudo, a dimensão da equipa multidisciplinar, profissionais a tempo inteiro ou a tempo parcial, deve estar de acordo com as horas de cuidados necessários para dar resposta aos problemas e às necessidades da comunidade.

É assim, expectável que, numa 1ª fase, com maior carência de recursos, exista uma tendência natural dos profissionais para, de acordo com as suas motivações e competências, repartirem a sua capacidade de trabalho e horas pelas diferentes actividades que já realizam.

Com o desenvolvimento de novos projectos que respondam a necessidades em saúde identificadas e emergentes e o crescimento de áreas disciplinares em termos quantitativos e diferenciados nos ACES, entende-se que, para conseguir processos de qualidade e consequentemente cuidados de qualidade, a estabilidade das equipas e dos técnicos em áreas específicas terá um peso significativo.

2.3 Carteira de serviços

Tendo em consideração as recomendações previstas no Plano Nacional de Saúde (PNS) que prevêm uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a necessidade de intervir de uma forma mais visível nos problemas de saúde de origem social, priorizando a intervenção nos diferentes contextos, em enquadramento comunitário, a carteira básica de serviços da UCC deverá integrar projectos e programas que tenham em conta a realidade de saúde e social da sua área de intervenção.

Assim, ela decorre, numa primeira fase, de um diagnóstico de situação que retrate as necessidades actuais. Este diagnóstico deve ser sempre o ponto de partida para qualquer plano de acção (PA) e dele fazer parte integrante.

No que se refere às actividades relacionadas com os programas geridos pela USP, em especial dos Programas Nacionais de Saúde Escolar e de Promoção de Saúde Oral (PNSE e PNPSO, respectivamente), deverão ser discutidos e consensualizados com esta unidade, a

qual define, para cada programa, objectivos, população alvo, tipo e quantidade de actividades a assegurar recursos e respectiva avaliação.

Este trabalho conjunto decorre das necessidades de articulação, cooperação e complementaridade entre as diferentes unidades funcionais.

Concomitantemente, pelo carácter interventivo e de proximidade com as pessoas, famílias, grupos e comunidade, assume especial relevância a sua colaboração na concretização dos diagnósticos de saúde e sociais da comunidade que venham a ser realizados, da responsabilidade da USP.

O fornecimento de toda a informação de saúde e social da população alvo, bem como dos serviços disponibilizados, é essencial à concretização da missão do ACES, sendo imprescindível a existência de um sistema de informação credível e que retrate a diversidade das práticas desenvolvidas nesta unidade e dos resultados dos cuidados prestados.

A construção da oferta de serviços de cada UCC deve, claramente, permitir a identificação dessas especificidades, que se reflectirão na diversidade de programas e projectos, bem como nas metas e actividades que os permitirão concretizar.

Nesta construção recomenda-se que os elementos da equipa equacionem, de forma sustentada, as experiências de boas práticas que já são desenvolvidas em cada contexto e procurem a evidência da sua actualidade e resultados face às necessidades identificadas.

No momento actual, dadas as limitações a nível do sistema de informação que é incipiente e é absolutamente diferente de local para local, com significativa expressão no que se refere ao trabalho dos técnicos, esta capacidade ficará aquém do desejável e deverá ser tida em conta no processo de futura contratualização.

Assim, na tentativa de clarificar limites de intervenção, considera-se carteira de serviços para a UCC:

Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade;

Intervenções com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade

1. Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade, incluindo doença crónica, onde vivem e trabalham, identificadas ou referenciadas pelas outras unidades funcionais do ACES ou **instituições parceiras**, que, pela complexidade de situação apresentada, exigem um intenso acompanhamento social, multidisciplinar e em proximidade, assim como a intervenção em bairros sociais podendo recorrer à utilização de *unidades móveis*.
2. Formação de voluntariado na perspectiva de apoio às pessoas/famílias e grupos com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida.

3. Rede social: participação activa na identificação, avaliação, encaminhamento e promoção da vigilância de saúde das pessoas/famílias com problemáticas sociais e de saúde.
4. Apoio a crianças e jovens em risco: sinalização ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco de todos os casos detectados de maus tratos em crianças e jovens e apoiá-lo, quando solicitado, na avaliação, definição e/ou execução de planos de acompanhamento e nas intervenções em situações de risco identificadas.
5. Intervenção precoce: apoio e colaboração às equipas locais de intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNiPI) na avaliação e definição de planos de acompanhamento e intervenções nas situações identificadas.
6. Programa/projecto de Promoção da Saúde Mental.

Intervenção em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade – prevê-se que a UCC, em equipa multidisciplinar, executa parte das actividades previstas no PNSE e no PNPSO.

Assim, no âmbito do PNSE, cabe à UCC a intervenção ao nível da promoção e protecção da saúde e prevenção da doença na comunidade escolar, designadamente através de:

1. Intervir no âmbito da vigilância de saúde individual e colectiva nomeadamente:
 - a. Contributos para a promoção da saúde mental na escola, através da implementação de projectos específicos;
 - b. Articulação com a Rede Social para resolução de problemas identificados;
 - c. Referenciação de crianças e jovens para outras unidades e serviços;
 - d. Nas situações em que se verifique estudantes do parque escolar não inscritos nas unidades funcionais do ACES, é da responsabilidade da UCC identificar as situações em que não foi realizado o Exame Global de Saúde ou de incumprimento do Plano Nacional de Vacinação e proceder à devida articulação com as diferentes unidades funcionais para sua execução, se necessário.
2. Participar nas actividades de apoio à inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais, designadamente no papel de interface entre a escola e os serviços de saúde.

3. Promover a segurança e contribuir para prevenir os acidentes rodoviários, domésticos e de lazer ou de trabalho, quer eles ocorram na escola, no espaço periescolar ou no espaço de jogo ou recreio.
4. Potenciar o projecto educativo/aprendizagem através da dinamização e operacionalização de diferentes estratégias que conduzam à adopção de estilos de vida saudáveis, numa perspectiva salutogénica, nas áreas temáticas identificadas como prioritárias.
5. Disponibilizar-se como um recurso formativo no desenvolvimento de competências dos docentes e não docentes na orientação, encaminhamento, acompanhamento de crianças/jovens na escola ou desenvolvimento de projectos educativos da escola.
6. Participar activamente em reuniões com comunidade escolar e momentos de planeamento e avaliação do trabalho desenvolvido e a desenvolver.
7. Participar no desenvolvimento de projectos de promoção de saúde em áreas prioritárias, como por exemplo o atendimento a jovens em contexto escolar.

No que se refere ao PNPSO, cabe à UCC as intervenções comunitárias assentes na promoção da saúde e prevenção das doenças orais, ao longo do ciclo de vida, nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham ou estudam, designadamente:

1. Promover o acesso da população alvo prevista no Programa aos cuidados de saúde oral.
2. Promover o uso de próteses dentárias entre idosos beneficiários de complemento solidário.
3. Educação para a saúde nos diferentes grupos etários.

Projectos de intervenção comunitária dirigidos a indivíduos dependentes e famílias/cuidadores - no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através das equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) que são parte integrante das UCC.

1. Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa.
2. Reabilitação física.
3. Educação para a saúde.
4. Coordenação e gestão de casos.
5. Formação de ajudantes de família tendo em conta que a sua principal responsabilidade tem a ver com a pessoa com dependência.

Outros projectos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população ao longo do ciclo de vida

1. Projectos de cooperação com empresas/instituições implantadas na área de intervenção, no âmbito da educação para a saúde, nomeadamente os estabelecimentos prisionais.
2. Preparação para a Parentalidade; Promoção do Aleitamento Materno; Massagem do Bebé.
3. Intervenções junto da população idosa com vista à promoção do envelhecimento activo, em centros de dia/convívio, associações, entre outros.
4. Outras intervenções no âmbito do PNS, adequadas às necessidades das populações abrangidas e tendo em conta as estratégias locais de saúde.

2.4 Instalações e equipamentos

As instalações de uma UCC devem ser dotadas com os equipamentos necessários ao trabalho de qualidade dos profissionais. Para esta unidade é, ainda, necessário assegurar os recursos técnicos e materiais próprios dos cuidados de saúde na comunidade.

Até à existência de um documento orientador para a definição do programa funcional das instalações e equipamentos relativo às UCC, deve considerar-se o seguinte:

- Postos de trabalho, preferencialmente em *open space*, destinado às reuniões de preparação das actividades diárias, ajustáveis em número e área à dimensão e diversidade de profissionais que constituem a equipa, sendo um para as actividades no âmbito da protecção e promoção da saúde e prevenção da doença desenvolvidas pelas Equipas de Intervenção Comunitária (EIC), e outro para as actividades no âmbito da RNCCI desenvolvidas pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipa Comunitária Suporte Cuidados Paliativos (ECSCP);
- Local(is) de armazenamento dos materiais necessários à actividade diária, os quais podem ser partilhados com outras unidades;

Poderão ainda, existir, ou ser partilhados com outras unidades funcionais do mesmo edifício, outros espaços de trabalho de acordo com as actividades que se venham a desenvolver, designadamente a sala de movimento e a sala de reuniões.

De igual modo, os profissionais da UCC, pelo trabalho que desenvolvem na comunidade, podem utilizar os recursos físicos e técnicos, de acordo e em colaboração com as instituições parceiras.

É ainda necessário prever um sistema de informação que comporte, para além dos registos clínicos, a monitorização e acompanhamento do desempenho da equipa multiprofissional.

3 Indicadores de Desempenho

Em intervenção comunitária e num processo de implementação e consolidação das UCC, é determinante a definição de um painel de indicadores que seja fiável e que respondam às características específicas desta nova unidade funcional.

Estando conscientes que nesta fase inicial não existe histórico relativo ao funcionamento das UCC, este documento constituirá um ponto de partida que irá permitir caminhar para uma contratualização de indicadores que traduzam ganhos em saúde.

Embora conscientes do constrangimento ao nível do sistema de informação de apoio à prática dos profissionais que integram esta unidade, não pode ser factor impeditivo à contratualização, pelo que é necessário adaptar o *software* já existente no sentido da possibilidade de monitorização e de acompanhamento do desempenho destas equipas.

Os indicadores para monitorização e avaliação de desempenho das UCC são os definidos e periodicamente actualizados pelo Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários, constituído pelo Despacho n.º 7816/2009, de 9 de Março. O primeiro quadro de indicadores é definido por este Grupo até 30 de Abril de 2011.

4 Considerações Finais

Neste sentido, o presente documento pretende reunir e compilar um conjunto de recomendações decorrentes da reflexão de um grupo multiprofissional que, tendo por base os normativos em vigor; o conhecimento do contexto dos cuidados de saúde primários (CSP) e a experiência profissional dos vários elementos ao nível das diferentes áreas de intervenção em desenvolvimento nos centros de saúde (CS), se constitua um modelo facilitador da criação, implementação e funcionamento da UCC.

Contudo, não deve ser entendido como limitador das iniciativas dos profissionais, mas sim, constituir-se como um instrumento orientador para os que trabalham na comunidade e têm aqui a oportunidade de tornar visível e cada vez mais efectivo o trabalho que têm vindo a desenvolver, bem como, contribuir para uma decisão dos responsáveis pelo processo, baseada na harmonização de princípios nas cinco ARS.

