



Divisão de Desenvolvimento Social

Unidade de Cuidados na Comunidade Serra e Mar

Unidade Móvel de Saúde e Apoio Social de Grândola

Relatório de Atividades 2013

Manuela Banza
Pedro Lopes
Rute Moura
Otilia Mesquita

fevereiro de 2013

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A aquisição da Unidade Móvel de Saúde e Apoio Social de Grândola (adiante designada por Unidade Móvel de Saúde - UMS) teve por base fatores suficientemente conhecidos decorrentes das características geodemográficas do concelho, dos quais se destacam:

- Envelhecimento demográfico que se tem vindo a acentuar. Cerca de 3.608 habitantes têm idade superior a 65 anos, sendo que destes, 1.746 se situam na faixa etária dos 65 – 74 anos e 1.862 tem 75 e mais anos. Não sendo as cinco freguesias afetadas do mesmo modo em termos demográficos, algumas freguesias e/ou lugares das freguesias exigem um esforço maior na prestação de cuidados de saúde;

- A baixa densidade populacional – 17 habitantes/Km²;

- Distância significativa entre algumas freguesias e a sede do concelho, assim como entre aglomerados populacionais dispersos e as sedes de freguesia, que atingem em muitos casos percursos consideráveis;

- Inexistência de uma rede de transportes adequada às necessidades da população, o que dificulta as deslocações necessárias para aceder aos serviços de saúde e de apoio social;

- Fraco nível de rendimentos de grande parte da população idosa, o que torna este grupo populacional ainda mais vulnerável.

A UMS, em atividade desde 8 de abril de 2013, enquanto meio de excelência para a prestação de cuidados de proximidade, permitiu de forma sistematizada, por em curso intervenções interdisciplinares, baseadas no diagnóstico da conjugação de fatores problema. Desta forma, promoveu equidade no acesso aos serviços sociais e de saúde e minimizou a disparidade.

Dada a extensão do território concelhio e a inexistência, em rigor, de um levantamento das situações de isolamento, não foi nosso objetivo para este primeiro ano abranger todo o concelho, para a atuação da UMS. Contudo, o primeiro semestre de intervenção, revelou-se suficiente para a caracterização delineada para as áreas prioritárias, localidades onde a população está mais desprotegida em termos de cuidados de saúde e apoio social: a freguesia de Santa Margarida da Serra e localidades periféricas da freguesia de Grândola (Água Derramada, Silha do Pascoal, Silha do Centeio, Aldeia do Pico ...). Assim, foi ainda possível, chegar a outras localidades da freguesia de Grândola, como o Canal Caveira e a Muda, bem como às restantes freguesias do concelho.

Em simultâneo, dando corpo a outra perspetiva de intervenção delineada para a UMS - pela crescente preocupação que a Saúde e a Doença Mental representam na comunidade -, aprofundámos ao longo do ano a articulação com o Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE e a Equipa Comunitária de Saúde Mental, designadamente no que respeita ao conhecimento da dimensão do problema, patologias mais prevalentes, internamentos por agudização ou descontrolo de sintomas, circuitos possíveis de articulação, instrumentos de acompanhamento destes doentes nos pós alta e indicadores de avaliação. Apesar dos progressos até à data, perspetivamos ainda para o 1º quadrimestre de 2014, continuar este trabalho conjunto para o desenho de uma intervenção assertiva, sustentada e que se traduza em melhoria na qualidade dos cuidados prestados, designadamente no que respeita à população em idade ativa.

Em simultâneo com estas duas áreas de intervenção, considerando o recurso inestimável que a UMS representa para melhorar o acesso e equidade da população mais distante da Sede de concelho, colaborámos ainda com as atividades correntes da UCC no que se refere à Comemoração de Dias Mundiais e Eventos Comunitários, ao Crescer em Saúde nos Centros de Dia ou à Campanha de Vacinação da Gripe 2013-2014.

2. PROPOSTA METODOLÓGICA CONSIDERADA NO PLANO DE AÇÃO

2.1. MAPEAMENTO DOS IDOSOS E DE OUTROS UTENTES EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO E/OU DEPENDÊNCIA

Tomamos como principais fontes de informação as listas de inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e a informação clínica nos Sistemas de Apoio à Prática Médica e de Enfermagem.

No sentido de rentabilizar recursos e potenciar sinergias, contamos ainda com a habitual colaboração de parceiros da Rede Social, como sejam as instituições relacionadas com os idosos, as Juntas de Freguesia, ou mesmo a Guarda Nacional Republicana, pelo trabalho de georreferenciação que desenvolve no âmbito da segurança dos idosos/Censos Sénior.

Até final do ano verificou-se pelo cruzamento da informação nas bases de dados da saúde, da autarquia e GNR, relativamente ao total de utentes sinalizados (272), que 45% (122) indiciavam necessidades de apoio social e/ou de saúde, tendo-se procedido à caracterização da totalidade destas situações. Foram percorridas as seguintes freguesias/localidades: Santa. Margarida; Melides; Grândola: Silha do Centeio, Silha do Pascoal, Água Derramada, Isaías, Aldeia da Justa, Cadoços, Sobreiras Altas, Bairro do Isaías, Vale Gamito, Ameiras de Cima, Ameiras de Baixo, Santa Margarida da Serra, Azinheira dos Barros, Outeiro Pelado, Bicas, Aldeia do Futuro, registando-se a seguinte distribuição:

Tabela 1 – Distribuição de utentes caracterizados por local geográfico

Grândola								St. Margarida		Melides	Azinheira dos Barros	
Cadoços	Silha do Pascoal e do Centeio	Arreigota	Aldeia Pico Brejo Mouro	Isaías / Ameiras / Vale Gamito	Mosqueirões	Ferrarias, Juncalinho, Bicas e Muda	Sobreiras Altas	St. Margarida (Montes)	St. Margarida (Aldeia)	Várzeas de Cima; Fontainhas	Azinheira dos Barros	Viso
7	19	1	15	15	9	15	10	14	8	3	2	3
5,8%	15,7%	0,8%	12,4%	12,4%	7,4%	12,4%	8,3%	11,6%	6,6%	2,5%	1,7%	2,5%

- ✓ Identificação de utentes em idade ativa com patologia mental diagnosticada;

Estão identificados 156 doentes cujos diagnósticos clínicos são: psicose, perturbação do humor, demência e atraso ou debilidade mental leve (dos quais 67 são casos novos, identificados no ano em avaliação). Nestes casos estão incluídos todos os grupos etários em acompanhamento pela Equipa Comunitária de Saúde Mental. A informação está em análise no que se refere aos doentes em idade ativa.

- ✓ Identificação da rede de transportes de acesso aos aglomerados/localidades /habitações isolados;

Em Grândola, o transporte rodoviário coletivo de passageiros é assegurado pela Rodoviária do Alentejo.

Registam-se pelo menos 2 carreiras diárias vila de Grândola/principais localidades limítrofes do concelho (Água Derramada, Azinheira dos Barros, Lousal, Melides, Troia, Santa Margarida da Serra) e vice-versa, em período não escolar, servindo igualmente as populações localizadas ao longo das vias que acedem a essas localidades. No período escolar aumenta o número de carreiras diárias nestas vias e são servidas igualmente as populações de outras localidades mais desviadas dos traçados principais. Para as populações que se localizam junto de itinerários principais que atravessam Santa Margarida as carreiras diárias são em número mais elevado durante todo o ano. As ligações aos aglomerados principais estão assim asseguradas, ainda que com variações na sua frequência ao longo do ano, mais frequentes no período letivo.

A questão coloca-se sobretudo no facto de parte significativa dos idosos identificados residirem em locais afastados dos traçados principais, isolados e de difícil acesso – identificados 31 (26%) - o que os obriga a percorrer distâncias significativas a pé (quando têm condições para tal) ou a socorrer-se de táxi com encargos significativos para o orçamento destes idosos.

De referir contudo, que do total dos idosos identificados, 38 (31,4%) têm transporte próprio (5 deles assegurado pelos filhos).

2.2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

No sentido de adequar os cuidados às necessidades de saúde e apoio social, possibilitando mais objetivamente planear e concretizar intervenções em conformidade, identificámos os níveis de dependência de acordo com critérios de vulnerabilidade, fragilidade e risco, considerando o definido no Programa Nacional de Saúde Pessoas Idosas:

- "...situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação";
- pessoas idosas frágeis com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia, as que têm mais de 65 anos, AVC, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das atividades da vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, *déficits* sensoriais de visão e audição, problemas socioeconómicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses (DGS, 2004: 13).

Para o diagnóstico das necessidades, utilizámos um formulário (ver anexo) construído para o efeito, além de escalas de avaliação (Katz, Lawton, Braden, Morse). Pela sua aplicação identificámos:

- Os utentes/idosos isolados, com ou sem contacto telefónico= 122 idosos;
- Existência de cuidador: 55 utentes/idosos têm cuidador formal, informal ou ambos: 5 apenas com cuidador formal /SAD; 26 apenas com cuidador informal; 24 cuidador formal e informal. Sem cuidador registam-se 64 idoso/utentes, sendo que destes 50 são ainda autónomos e 14 não têm esse suporte.
- A Idade média é de 75,5 anos, tendo o mais idoso 95 anos e o mais novo 33 anos;
- Antecedentes clínicos relevantes= identificaram-se 63 utentes com Hipertensão arterial, 32 com Hipercolesterolemia, 24 com Diabetes Mellitus, 15 com Síndromes Depressivas, 14 com problemas gástricos entre outras patologias. São comuns as situações de pluripatologia e em 36 utentes foi identificada a toma incorreta da terapêutica.
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde: foi identificada sobretudo nas 32 situações em que a habitação além de isolada é de difícil acesso;
- Características das condições habitacionais dos idosos/utentes: 102 têm água canalizada, 110 luz elétrica, 97 sistema de esgotos, 90 WC no interior da habitação; 62 utentes vivem num monte e 4 em barraca. Quanto à necessidade de intervenção, 37 residem em habitações que necessitam de algum tipo de intervenção, dos quais 11 respeitam a necessidade de intervenção generalizada e os restantes de intervenções ao nível das instalações sanitárias, cobertura, rampas, etc.
- Rendimentos dos Utes/Idosos: 21 sem informação e 100 com rendimentos mensais de acordo com a seguinte distribuição: inferior a 300€ - 38; 300€ a menos de 600€ - 54; 600€ a menos de 900€ - 5; superior a 900€ - 3.

- Necessidade de ajudas técnicas: identificada em 20 utentes;
- Grau de dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) e Instrumentais= pela aplicação da escala de Katz identificaram-se 11 utentes com dependência em pelo menos uma AVD, sendo as actividades que mais contribuem para esse resultado a Higiene e a Deambulação; quanto à dependência nas Atividades Instrumentais, aplicada a escala de Lawton, verificou-se estar presente em 10 utentes;
- Risco de queda: em 22 utentes, verificado pela aplicação da escala de Morse;
- Risco de úlcera de pressão: foi identificado em 23 utentes através da escala de Braden.

2.3. ENTIDADES ENVOLVIDAS

A UMS enquanto meio para o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária de cariz multidisciplinar, multisectorial de atuação integrada, contou com o envolvimento dos parceiros sociais da comunidade, numa perspetiva de responsabilização partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dos resultados pretendidos. Além da Unidade de Cuidados na Comunidade e Câmara Municipal, contámos na medida das necessidades, com a participação da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a Unidade de Saúde Pública, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal, as Juntas de Freguesia, a Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Associações, a Guarda Nacional Republicana e outras entidades cujo contributo se revelou importante.

3. INDICADORES E METAS

Sendo que continuamos a não ter a dimensão do grupo alvo e que é possível ter-se sobrestimado o problema, as metas estabelecidas, foram elas próprias influenciadas por esse fator.

Tabela 2 – Indicadores e metas para 2013

Indicadores	META 2013	
	Previsto	Atingido
1-Nº de idosos isolados identificados/ Nº total de idosos isolados sinalizados x100 (saúde e social)	50%	$122/272 \times 100 = 45\%$
2-Nº de idosos caracterizados/ Nº total de idosos isolados identificados x100 (saúde e social)	60%	$122/122 \times 100 = 100\%$
3-Nº de idosos com PNV atualizado/ Nº total de idosos caracterizados x100	75%	$101/122 \times 100 = 82\%$
4-Nº de idosos encaminhados à UCSP/Nº de idosos com necessidade de encaminhamento x100	70%	$35/40 \times 100 = 87,5\%$
5-Nº de idosos vulneráveis com 2 VD enfermagem ano/Nº de idosos vulneráveis identificados x 100	30%	$69/85 \times 100 = 75\%$
6-Nº de idosos frágeis com 4 VD enfermagem ano / Nº de idosos frágeis identificados x 100	30%	$0/37 \times 100 = 0\%$
7-Nº de Idosos isolados com dependência com pelo menos uma VD Médica /Nº de idosos isolados com dependência identificados x100	10 %	$3/3 \times 100 = 100\%$
8-Nº Idosos isolados com avaliação Fisioterapeuta em VD /Nº de idosos sinalizados ao fisioterapeuta x100	20%	$1/1 \times 100 = 100\%$
9-Nº de idosos que beneficiaram de apoio social// Nº total de idosos identificados com necessidade de apoio extra saúde x 100 (por tipo de apoio)	30%	$37/72 \times 100 = 51,4\%$
10- Nº colaborações em AES / eventos comunitários/Nº de AES / de eventos com participação da UCC x100	50%	$5/8 \times 100 = 62.5\%$

Verificou-se pelo cruzamento da informação nas bases de dados da saúde e da autarquia, relativamente ao indicador 1, que do total de utentes sinalizados como isolados, só 45% careciam de cuidados de saúde ou apoio social. Nesta situação, indicador 2, foram caracterizadas 100%.

Quanto ao indicador 6, não é possível avaliar, pois as 4 VD previstas pressupõem uma visita por trimestre, o que não pode realizar-se só com 8 meses de intervenção.

No que respeita ao indicador 9, do total de utentes/idosos com necessidade de apoio extra saúde (72) foram realizadas diligências no sentido de colmatar essas necessidades em 60, sendo que em 21 a concretização dos apoios ficou a cargo de familiares e 39 a cargo dos serviços.

Destes últimos foi possível concretizar pelo menos um dos apoios necessários em 37 casos (51,4%), de acordo com a distribuição pelas tipologias constantes na tabela seguinte:

Tabela 3 – Pessoas idosas com necessidade de apoio extra saúde

72 Pessoas idosas com necessidade de apoio extra saúde			
12 Sem diligências	60 Diligências realizadas		
	21 Pela família	39 Pelos serviços	
		2 Sem apoio concretizado	37 Com pelo menos um dos apoios concretizados
	3		Apoio Psicossocial
1	Prestação Social		
3	Resposta Social		
3	Reforço da Resposta Social		
1	Outros		
2	Apoio Psicossocial + Prestação Social		
6	Apoio Psicossocial + Resposta Social		
4	Apoio Psicossocial + Outros		
3	Apoio Psicossocial + Apoio Habitação		
1	Apoio Psicossocial + Ajudas Técnicas		
1	Apoio Psicossocial + Ajudas Técnicas + Outros		
2	Apoio Psicossocial + Prestação Social + Outros		
1	Apoio Psicossocial + Prestação Social + Apoio Habitação		
3	Apoio Psicossocial + Resposta Social + Outros		
3	Apoio Psicossocial + Reforço Resposta Social + Outros		

Como pode confirmar-se, a maioria das metas foram largamente ultrapassadas, o que nos orienta para a revisão do âmbito de intervenção da UMS no plano de ação para 2014.

4. CRONOGRAMA

Antes do início de atividade da UMS no terreno, enquanto se aguardou a afetação de enfermeiro, decorreram alguns trabalhos preparatórios da operacionalização.

Considerando que não havia elementos suficientes de caracterização da problemática alvo, o cronograma ajudou-nos a balizar as atividades a desenvolver pelo que poderá resultar pouco esclarecedor. O roteiro foi definido mensalmente, com base no número e localização dos utentes sinalizados.

Tabela 4- Cronograma de atividades

Atividades	2012	2013											
	Dez	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Identificação de aglomerados/locais/habitações isolados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Criação/seleção dos Instrumentos a aplicar	x	x	x	x									
Divulgação externa e interna da atividade da UMS				x	x							R	
Identificação dos respetivos residentes, em particular utentes idosos isolados e/ou dependentes			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Caraterização das necessidades de saúde e apoio social dos idosos e encaminhamento					x	x	x	x	x	x	x	x	x
Articulação com outras entidades/ Profissionais saúde					x	x	x	x	x	x	x	x	x
Prestação de cuidados de saúde em VD					x	x	x	x	x	x	x	x	x
Identificação da rede de transportes					x	x	x	x	x	x	x	x	x
Colaboração em ações de educação para a saúde no âmbito de dias mundiais ou de eventos comunitários					x	x	x	x	x	x	x	x	x
Identificação das pessoas em idade ativa com doença mental						P	P	P	P	P	P	P	P
Definição de critérios de prioridade de intervenção						P	P	P	P	P	P	P	P
Avaliação intercalar/ medidas corretoras										x			
Ação comunitária de sensibilização no âmbito da doença mental											x		
Avaliação do Plano Ação													x

Legenda: X – Previsto e realizado; P – não Realizado; R – não Previsto e Realizado

5. EQUIPA E CARGA HORÁRIA

A UMS contou com uma equipa fixa, composta por assistente social, motorista (da autarquia) e enfermeiros (da saúde). A esta equipa, de acordo com as necessidades, juntaram-se outros profissionais de saúde cuja intervenção visou contribuir para o cumprimento dos objetivos estabelecidos e, bem assim, para os ganhos em saúde e bem-estar da população do Concelho.

Profissionais	Horas Mensais
Motorista	140
Enfermeiros	140
TSSocial	70

6. CONCLUSÕES

Atendendo ao desafio que representou para todos os intervenientes este novo projeto, sentimo-nos gratificados e orgulhosos pelos resultados alcançados e de que são evidência não só as metas atingidas, mas a concretização de objetivos, na sua maioria. Senão vejamos:

- ✓ Divulgar a nível externo e interno a atividade da UMS:

A divulgação da atividade da UMS foi feita presencialmente em 5 localidades do concelho nas comemorações do Dia Mundial da Saúde; pelos meios de comunicação social (radio e televisão), na Pagina da Intranet da Administração Regional de Saúde do Alentejo e da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. No âmbito da Rede Social foram também divulgados aos parceiros no final do ano, os resultados da intervenção realizada, num Conselho Local de Ação Social Temático, dedicado à Saúde.

- ✓ Identificar a população idosa isolada e/ou dependente:

Com base em diversas fontes de informação a atividade decorreu de acordo com o previsto ao longo de todo o ano.

- ✓ Caraterizar as necessidades de saúde e apoio social desses idosos e
- ✓ Identificar critérios de fragilidade e vulnerabilidade e atuar em conformidade:

Pelo recurso aos instrumentos de caraterização selecionados, foi possível concretizar esta atividade, conforme se pode verificar pelos resultados apresentados. Essa caraterização só não foi realizada, nas situações em que os utentes recusaram a intervenção da UMS.

- ✓ Contribuir para diminuir as diferenças na acessibilidade aos serviços de apoio social e de saúde das pessoas idosas e/ ou com dependência, que vivem isoladas:

Sempre que se verificou que a necessidade de cuidados exigia uma maior regularidade que a proporcionada pela UMS, os utentes foram encaminhados para vigilância e/ou tratamento na UCC ou na UCSP.

- ✓ Promover a prestação de cuidados de saúde em proximidade através de Visitação Domiciliária(VD);

De acordo com a periodicidade requerida pela situação encontrada, a UMS proporcionou os

cuidados necessários de âmbito domiciliário.

- ✓ Diminuir o isolamento social através do apoio social;

Ao longo deste período o isolamento social foi em alguns casos minimizado pelo acompanhamento realizado no âmbito da UMS. Trata-se de uma temática que requer um trabalho conjunto com as Juntas de Freguesia e Instituições locais complementar à atividade da UMS, que passará sobretudo pela implementação de projeto(s) de voluntariado de proximidade que procuraremos trabalhar durante o ano 2014.

- ✓ Colaborar em ações de educação para a saúde no âmbito de dias mundiais ou de eventos comunitários:

A UMS participou ao longo do ano em ações de sensibilização/informação em diversas localidades do concelho, como o Dia Mundial de Saúde, Maio Mês do Coração, Cuidados com o Calor, Dia Mundial da Alimentação, Dia Mundial do Alzheimer. Em articulação com o Crescer em Saúde, colaborou na atividade nos Centros de Dia sobre polimedicação e sobreposição de princípios ativos.

- ✓ Identificar as pessoas em idade ativa com doença mental em acompanhamento na Consulta Comunitária de Saúde Mental:

Atividades em concretização em articulação com a ECSM, em simultâneo com a identificação em curso, de doentes ativos em vigilância nesta consulta. A abranger não só as pessoas em idade ativa, mas também os idosos. Com continuidade no primeiro quadrimestre de 2014.

- ✓ Definir para essas pessoas critérios de prioridade de intervenção, em conjunto com a Equipa da Consulta Comunitária de Psiquiatria e atuar em conformidade:

Atividade em curso em articulação também com o Departamento de Saúde Mental, em que estão a ser definidos circuitos de comunicação e prioridades de intervenção, selecionados os instrumentos a aplicar e os indicadores de avaliação. Com continuidade no primeiro quadrimestre de 2014.

- ✓ Colaborar em pelo menos 1 ação comunitária de sensibilização para a melhoria da intervenção no âmbito da doença mental:

No âmbito da Rede Social, realizou-se uma ação de formação sobre a doença de Alzheimer, dirigida a ajudantes familiares e de lar, do nosso concelho.

Correndo o risco de parecermos incoerentes, não podemos deixar de sublinhar o que desde o início apontámos como “ameaça” ao sucesso deste projeto: os “pontos fortes” do histórico de intervenção junto dos idosos, quer por parte da Autarquia, IPSS, Segurança Social, quanto à cobertura elevada das necessidades de apoio social, quer por parte da Saúde, pelo seu desempenho no âmbito da vigilância de idosos e doentes crónicos em contexto de Visitação Domiciliária.

Apesar de se terem ultrapassado muitos dos constrangimentos que se colocaram à operacionalização do projeto, que sendo novo tem que encontrar o seu espaço, sem se sobrepor, mas completando outras intervenções em curso nesta comunidade, consideramos como principais medidas corretoras a introduzir:

- aprofundar conhecimento das situações sinalizadas, previamente à primeira visita;
- melhorar circuitos de comunicação entre os profissionais de saúde;
- redefinir articulação entre setor social da Saúde, Autarquia, IPSS, ...;
- redesenhar o projeto quanto ao âmbito e prioridades de intervenção.

Conscientes do que temos que melhorar, atrevemo-nos ainda assim, a afirmar que o que ficou deste ano de trabalho contribuiu para atingir o objetivo geral: Prestar cuidados de saúde multidisciplinares de natureza preventiva, de promoção, de tratamento, reabilitação e apoio social, à população alvo.