



**Divisão de Desenvolvimento Social**

**Unidade de Cuidados na Comunidade Serra e Mar**

**Unidade Móvel de Saúde e Apoio Social de Grândola**

**Plano de Ação 2014**

**2014**

## 1. JUSTIFICAÇÃO DA UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE E APOIO SOCIAL

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 3.724 habitantes têm idade superior a 65 anos, sendo que destes, 1.726 se situam na faixa etária dos 65 – 74 anos e 1.998 tem 75 e mais anos. Não sendo as quatro freguesias afetadas do mesmo modo em termos demográficos, algumas delas e/ou lugares das mesmas, exigem um esforço maior na prestação de cuidados de saúde;

- A baixa densidade populacional – 17 habitantes/Km<sup>2</sup>;

- 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 conjugação destes fatores origina problemas de equidade no acesso aos serviços, pelo que a UMS, enquanto meio que permite a prestação de cuidados de proximidade, pode constituir um recurso de excelência para minimizar esta disparidade. Enquanto reforço dos serviços, é uma estratégia local sustentável, enquadrando diferentes setores nas respostas integradas e proactivas, às necessidades de saúde e sociais dos grupos vulneráveis. Contribui para a redução do impacto dos determinantes sociais, enquadrando o acesso e as iniquidades em saúde como fatores-chave para a redução das desigualdades.

De acordo com a OMS-2010, pode definir-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais, de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos. Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde.

No que respeita à cidadania em saúde, conceito emergente da Declaração de Alma-Ata, sublinhamos o direito e dever das populações em participar na prestação dos cuidados de saúde. Assim, o estado de saúde depende da educação, do comportamento e estilos de vida, da gestão da doença crónica e aliança terapêutica, como reforço do poder e responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva.

A Cidadania em Saúde reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de proatividade, compromisso e auto controlo do cidadão (capacitação), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (participação ativa/empowerment).

## 2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

A adequação dos cuidados às necessidades identificadas, dependerá em larga medida da correta identificação das mesmas e da clarificação de conceitos. Tal possibilitará mais objetivamente, planejar e concretizar intervenções em conformidade.

Para identificação de níveis de dependência de acordo com critérios de vulnerabilidade, fragilidade e risco que determinem necessidades de saúde e apoio social, consideramos 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, *deficits* 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 a caracterização e diagnóstico de necessidades, utilizaremos um formulário (anexo 1) e informação sociofamiliar e económica complementar, além de escalas de avaliação (Katz, Lawton, Braden, Morse, Gijon). A sua aplicação possibilitará identificar:

- Os utentes/idosos isolados, com ou sem contacto telefónico;
- Existência de cuidador;
- Idoso que cuida de Idoso;
- Antecedentes clínicos relevantes;
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Necessidade de ajudas técnicas;
- Grau de dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) e Instrumentais;
- Risco de queda;
- Risco de úlcera de pressão;
- Características das condições habitacionais do utente;

- Situação sociofamiliar e económica do idoso.

Para a caracterização e diagnóstico de necessidades das pessoas com doença mental, utilizaremos também um formulário e escalas de avaliação (anexo 2).

A sua aplicação possibilitará identificar:

- Os utentes com ou sem
  - cuidador;
  - apoio social;
- Situação sociofamiliar e económica do utente;
- Características das condições habitacionais do utente;
- Antecedentes clínicos relevantes;
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Necessidade de vigilância de saúde;
- Necessidade de apoio na gestão do regime terapêutico;
- Risco de crise.

### 3. PROPOSTA METODOLÓGICA CONSIDERADA NO PLANO DE AÇÃO

Considerada a extensão do território concelhio e a inexistência, em rigor, de um levantamento das situações de isolamento, não se perspectivava ser possível abranger todo o concelho no ano 2013. Contudo, o trabalho de mapeamento e caracterização das situações foi realizado em todo o concelho, com base na sinalização de múltiplas fontes de informação. No final do ano estavam identificados cerca de cem idosos, que compõem agora o grupo alvo. As suas necessidades de acompanhamento/monitorização, em termos de cuidados de saúde e apoio social, serão assegurados em todo o concelho através de VD, com periodicidade baseada nos critérios de fragilidade e vulnerabilidade pré-estabelecidos.

Estes utentes situam-se maioritariamente na freguesia de Grândola e localidades periféricas (Água Derramada, Silha do Pascoal, Silha do Centeio, Aldeia do Pico ...), zonas que constituem desde o início da intervenção da UMS, áreas prioritárias. Nas restantes freguesias e localidades as situações de isolamento sem acompanhamento são residuais.

Simultaneamente com esta atividade, daremos continuidade ao trabalho de mapeamento e caracterização de idosos no ano em curso.

Não perdendo a intencionalidade no que respeita à equidade e acesso aos Serviços, mas numa outra perspetiva, considerámos neste diagnóstico a crescente preocupação na nossa comunidade com a Saúde e a Doença Mental e a forma como as doenças psiquiátricas são responsáveis por elevados custos para os Sistemas de Saúde e Social, em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da produtividade no trabalho. Esta problemática, encontra-se estreitamente associada a algumas das situações clínicas que levam a maiores índices de utilização de serviços e de consumo de medicamentos. A este impacto importa somar ainda o que resulta dos problemas ligados ao abuso de álcool e drogas, à violência doméstica e juvenil, aos comportamentos alimentares e sexuais e à não integração social. Estas pessoas, constituem grupos especialmente vulneráveis, sobretudo pela desestruturação familiar e pela ineficaz rede de suporte, frequentemente na génese de fenómenos de não adesão a comportamentos de saúde, como sejam o regime terapêutico e os programas de vigilância de saúde.

Designadamente no que respeita à população em idade ativa, pensamos que a UMS, pode também ser rentabilizada na resposta a esta problemática, acima de tudo no apoio/acompanhamento dos doentes e famílias.

Tal como planeado, aperfeiçoou-se ao longo de 2013, a interface com a Equipa da Consulta Comunitária de Saúde Mental (ECCSM) e também com o Departamento de Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal (DSMCHS), visando aprofundar o diagnóstico de situação e bem assim, o conhecimento real sobre a magnitude do problema, para poder delinear uma intervenção assertiva, sustentada e que se traduza em melhoria na qualidade dos cuidados prestados, com ganhos para as pessoas e para os Sistemas de Saúde e Social.

Na articulação com a ECCSM identificaram-se os doentes em vigilância ativa por parte da equipa (cerca de 156) e respetivas patologias; percebeu-se também que não há registo de contacto com esta equipa nos últimos 18 meses de mais de 100 doentes que, por isso mesmo, constituem uma preocupação acrescida.

Ao DSMCHS, apresentou-se a proposta de intervenção na problemática: estabeleceram-se prioridades, selecionaram-se instrumentos de acompanhamento e avaliação das situações a apoiar, discutiram-se estratégias de articulação e operacionalização e indicadores de avaliação. Aguardam-se os dados estatísticos sobre o número de internamentos e reinternamentos de doentes do concelho no Serviço de Psiquiatria do CHS e respetivas causas.

Convém sublinhar em relação aos doentes com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, que também eles, enquanto pessoas, têm frequentemente problemas de saúde que atingem outros aparelhos e sistemas, bem como necessidades acrescidas de apoio social. Como tal, deverão beneficiar também, de intervenções preventivas específicas (vacinação, rastreios, deteção e controle precoce de doenças e fatores de risco), de cuidados de promoção da saúde e da qualidade de vida, de âmbito geral.

Assim, o nível de intervenção da UMS será o de complementaridade com as equipas de saúde da pessoa e da família que integram a UCSP, a UCC e a ECSM.

Pretendendo-se uma abordagem integrada e respostas centradas na pessoa em todas as suas dimensões (bio – física – psicológica – espiritual – sociofamiliar – ocupacional - sociocultural), que será complementada ao nível do apoio social, pela parceria em que assenta a UMS.

De destacar que quer no âmbito do isolamento, quer no da doença mental, tendo em conta a gravidade, estadio e grau de dependência presentes, mantem-se o princípio essencial de que as respostas devem ser centradas na pessoa/ família/ cuidador, dada a situação e problema específico. O *continuum* de cuidados e a diversidade de respostas e intervenções, pode abranger:

- aconselhamento, cuidados e acompanhamento pela equipa da UMS em visitas domiciliárias (com o envolvimento de apoios multidisciplinares organizados na UCC),
  - sinalização e/ou encaminhamento para a:
    - UCSP, quando se pretende a vigilância, o tratamento e a readaptação funcional;
    - UCC, quando a natureza das situações e intensidade/frequência de cuidados ultrapassem a capacidade de resposta da UCSP e se requeira intervenção seletiva da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI);
    - ECCSM, quando importa mobilizar uma resposta especializada de natureza psiquiátrica;
    - IPSS, Organismos Públicos e outras estruturas da Comunidade,
- de acordo com as necessidades identificadas.

No que toca à Cidadania e à Literacia em Saúde, os programas e projetos de promoção e proteção da saúde, poderão ser de âmbito populacional ou grupal. As intervenções continuarão em 2014, a ser planeadas, executadas e avaliadas com o envolvimento da equipa da UCC e em articulação com a UCSP e os parceiros sociais, sempre que o nível de organização o possibilite e se julgar vantajoso para os resultados pretendidos. Assim, as atividades a desenvolver em dias comemorativos ou eventos comunitários, podem passar por:

- Reforçar campanhas de informação sobre Estilos de Vida Saudáveis, relacionados com tabagismo, alimentação, obesidade, sedentarismo, exposição ao sol, ou outros comportamentos de risco;
- Promover o diagnóstico precoce – incentivar o rastreio do cancro da mama e do colo do útero e a identificação precoce de sinais e sintomas.

#### 4. PLANO DE AÇÃO DA UMS

Pelo exposto, comprova-se a necessidade de reorganizar o Plano de Ação da UMS, redefinindo áreas prioritárias de intervenção para 2014.

Assim, partindo do diagnóstico social e da morbi-mortalidade concelhia, o plano é determinado essencialmente por três vertentes:

- as pessoas idosas e outros utentes em situação de isolamento e/ou dependência;
- o risco de agudização /crise nas pessoas com doença mental diagnosticada, em situação de pós-alta hospitalar, ou que abandonaram a vigilância;
- a necessidade de desenvolver a cidadania e a literacia em Saúde na comunidade em geral.

As intervenções centram-se em orientações nacionais como sejam a:

- Adesão aos Programas de vigilância e gestão da doença crónica;
- Adesão terapêutica/polimedicação/repetição de princípios ativos;
- Adesão ao Plano Nacional de Vacinação;
- Ações de sensibilização em dias mundiais /nacionais ou eventos comunitários relacionados com a saúde.

Pretende-se proporcionar um acompanhamento de proximidade e continuidade em todo o território, facilitando o acesso a serviços de apoio social e a cuidados de saúde multidisciplinares, na área preventiva e de promoção, de tratamento e reabilitação, ou mesmo a ações paliativas.

O plano apresentado encontra-se organizado por áreas funcionais correspondentes a essas prioridades, sendo identificadas para cada uma delas a população-alvo, os principais objetivos e os indicadores de execução que permitirão fazer a avaliação do cumprimento das metas estabelecidas.

#### 4.1 POPULAÇÃO ALVO

Pessoas em situação de isolamento (social e/ou geográfico) e/ou com elevado grau de dependência, essencialmente pessoas idosas e pessoas em idade ativa com patologia mental e Comunidade em geral do concelho de Grândola.

#### 4.2 OBJETIVO GERAL

Prestar cuidados de saúde multidisciplinares de natureza preventiva, de promoção, tratamento, reabilitação e apoio social à população alvo.

#### 4.3 PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

##### 4.3.1 Mapeamento e vigilância dos idosos e de outros utentes em situação de isolamento e/ou dependência

- População alvo:

Pessoas em situação de isolamento (social e/ou geográfico) e/ou com elevado grau de dependência, essencialmente pessoas idosas do concelho de Grândola.

- Objetivos específicos:

- ✓ Identificar a população idosa isolada e/ou dependente;
- ✓ Caracterizar as necessidades de saúde e apoio social desses idosos;
- ✓ Identificar critérios de fragilidade e vulnerabilidade e atuar em conformidade;
- ✓ Promover a prestação de cuidados de saúde em proximidade através de Visitação Domiciliária(VD);
- ✓ Sinalizar de acordo com as necessidades, para outros recursos de saúde e /ou sociais;
- ✓ 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;
- ✓ Diminuir o isolamento social através do apoio social.

#### 4.3.2 Acompanhamento de Pessoas em idade ativa com patologia mental

- População alvo:

Pessoas em idade ativa com patologia mental em situação de pós alta ou sem vigilância na consulta de especialidade.

- Objetivos específicos:

- ✓ Conhecer a casuística de internamentos/reinternamentos no serviço de psiquiatria do CHS, de pessoas residentes no concelho de Grândola;
- ✓ Identificar as pessoas em idade ativa em situação de pós alta ou sem vigilância de saúde e na consulta de especialidade;
- ✓ Caracterizar as necessidades de saúde e apoio social dessas pessoas;
- ✓ Identificar necessidades de vigilância de saúde e apoio social e atuar em conformidade;
- ✓ Definir para essas pessoas critérios de prioridade de intervenção, em conjunto com a ECSM e atuar em conformidade;
- ✓ Sinalizar de acordo com as necessidades, para outros recursos de saúde e /ou sociais;
- ✓ Promover a prestação de cuidados de saúde em proximidade através de Visitação Domiciliária(VD);
- ✓ Aumentar as taxas de vigilância desses doentes;
- ✓ Conhecer a frequência da não adesão ao regime terapêutico;
- ✓ Diminuir a incidência da não adesão ao regime terapêutico;
- ✓ Contribuir para diminuir as situações de reinternamento por agudização de sintomas;
- ✓ Diminuir o isolamento social através do apoio social;
- ✓ Contribuir para a inclusão social desses doentes através da realização de atividades ocupacionais.

#### 4.3.3 Dinamização de ações de informação/ sensibilização e formação

- População alvo: Comunidade em geral.

- Objetivos específicos:

- ✓ Desenvolver ações de informação/sensibilização em dias comemorativos e/ou eventos

comunitários sobre estilos de vida saudáveis, fatores de risco ou rastreios,

- ✓ Contribuir para a identificação de necessidades de formação de cuidadores formais e/ou informais;
- ✓ Realizar ações de formação que respondam às necessidades identificadas;
- ✓ Colaborar na sensibilização comunitária para a melhoria da intervenção no âmbito da doença mental.

#### 4.4 ENTIDADES A ENVOLVER

A Unidade Móvel constitui um meio para o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária assentes numa metodologia e visão multidisciplinares e multisectoriais de atuação integrada. Devem ser envolvidos os 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, serão chamadas a participar, na medida das necessidades, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a Unidade de Saúde Pública, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal. 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, ou mesmo a Guarda Nacional Republicana, pelo trabalho de georreferenciação que desenvolve no âmbito da segurança dos idosos, as Juntas de Freguesia, a Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Associações e outras entidades cujo contributo se revele importante.

Tomaremos como principais fontes de informação as listas de inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a informação clínica dos Sistemas de Apoio à Prática Médica e de Enfermagem e da ECSM, informação das Instituições e Serviços Públicos com intervenção junto da população alvo.

## 5. INDICADORES E METAS

Indicadores	META
	2014
Nº de idosos caracterizados/ Nº total de idosos isolados identificados x100 (saúde e social)	>=90%
Nº de idosos com PNV atualizado/ Nº total de idosos caracterizados x100	75%
Nº de idosos encaminhados à UCSP/Nº de idosos com necessidade de encaminhamento x100	70%
Nº de idosos vulneráveis com 2 VD enfermagem ano/Nº de idosos vulneráveis identificados x 100	70%
Nº de idosos frágeis com 4 VD enfermagem ano / Nº de idosos frágeis identificados x 100	60%
Nº de Idosos isolados com dependência com pelo menos uma VD Médica /Nº de idosos isolados com dependência identificados x100	10 %
Nº Idosos isolados com avaliação Fisioterapeuta em VD /Nº de idosos sinalizados ao fisioterapeuta x100	60%
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)	50%
Nº de pessoas em idade ativa com doença mental acompanhadas nos pós alta hospitalar/ Nº de pessoas em idade ativa com doença mental sinalizadas nos pós alta x100 (saúde e social)	60%
Diminuir a incidência da não adesão ao regime terapêutico Nº de pessoas em idade ativa com mudança positiva demonstrada na adesão ao regime terapêutico/ Nº de pessoas em idade ativa com adesão ao regime terapêutico não demonstrado x100	10%
Nº de pessoas em idade ativa com doença mental caracterizadas/ Nº de pessoas em idade ativa com doença mental não vigiadas x100 (saúde e social)	30%
Nº de pessoas em idade ativa encaminhadas para vigilância de saúde/ Nº de pessoas em idade ativa não vigiadas x100	40%
Nº de pessoas em idade ativa com PNV atualizado/ Nº total de pessoas em idade ativa caracterizados x100	75%
Nº de internamentos em psiquiatria de pessoas com alterações do estado mental monitorizadas pela UMS / Nº total de pessoas com alterações do estado mental monitorizados pela UMS X 100	A definir com DSMP
Nº de episódios de urgência em psiquiatria de pessoas com alterações do estado mental monitorizadas pela UMS / Nº total de pessoas com alterações do estado mental monitorizados pela UMS X 100	A definir com DSMP

Nº colaborações em AES / eventos comunitários/Nº de AES / de eventos com participação da UCC x100	70%
Nº ações de formação de cuidadores informais/formais realizadas/ Nº ações de formação de cuidadores informais/formais previstas x 100	70%

## 5.1 ATIVIDADES

### . Mapeamento dos idosos isolados/ Identificação

Quem	Equipa da UCC; Assistente Social da CMG/UMS
Como:	Através de consulta de listas fornecidas e confirmação no RN de Utentes
Onde:	Na Sede da UCC
Quando:	Ao longo do ano

- Realização do Diagnostico de Saúde e Social do Idoso Isolado/pessoas em idade ativa com doença mental não vigiadas

Quem	Enfermeiros da UCC / Assistente Social da CMG/UMS
Como:	Por aplicação de formulário/ escalas
Onde:	No domicílio com utilização dos recursos da UMS
Quando:	Ao longo do ano

- Referenciação à UCSP dos idosos/ pessoas em idade ativa com doença mental não vigiadas com necessidades específicas de apoio

Quem	Enfermeiros da UCC
Como:	Por ficha de referenciação e/ou contacto pessoal com os intervenientes
Onde:	Na sede da UCC/UCSP
Quando:	Nos tempos definidos entre a UCC e a UCSP para o efeito, ao longo do ano

- Referenciação às IPSS e Organismos Públicos dos idosos/ pessoas em idade ativa com doença mental não vigiadas com necessidades específicas de apoio

Quem	Assistente Social da CMG/UMS
Como:	Por ficha de referenciação e/ou contacto pessoal com os intervenientes
Onde:	Na CMG
Quando:	Ao longo do ano

- Realização de Visitas Domiciliárias de enfermagem a idosos vulneráveis /frágeis/ pessoas em idade ativa com doença mental não vigiadas ou em pós alta hospitalar

Quem	Os elementos da equipa da UCC e/ou da UCSP
Como:	Por referenciação do/a enfermeiro/a da UMS, com base nas necessidades
Onde:	Domicílio do idoso
Quando:	Programação previamente calendarizada

- Realização de Visitas Domiciliárias de Serviço Social a idosos vulneráveis /frágeis/ pessoas em idade ativa com doença mental não vigiadas ou em pós alta hospitalar

Quem	Profissionais das IPSS e/ou Organismos Públicos
Como:	Por referenciação da Assistente Social da GMG/ UMS, com base nas necessidades
Onde:	Domicílio do utente
Quando:	Programação previamente calendarizada

- Identificação das pessoas em idade ativa com patologia mental

Quem	Enfermeiros da UCC /ECSM
Como:	Por articulação com a ECSM
Onde:	Na UCC/ UCSP
Quando:	Semanalmente, à 5ª fª

- Identificação de necessidades de vigilância/encaminhamento de pessoas com patologia mental

Quem	Enfermeiros da UCC /ECSM
Como:	Em articulação com a ECSM; Por consulta do SAPE/SAM
Onde:	Na UCC/ UCSP
Quando:	Ao longo do ano

- Elaboração do plano mensal da UMS

Quem	Coordenadora da UCC/ enfermeiros UMS/ Assistente Social UMS
Como:	Identificando prioridades de intervenção
Onde:	Na sede da UCC
Quando:	Ao longo do ano

- Participação em AES/ dias mundiais, campanhas e outros eventos

Quem	Equipa UCC consoante o tema escolhido
Como:	Atividades de promoção da saúde de acordo com o tema escolhido
Onde:	De acordo com a programação
Quando:	De acordo com a programação

- Realização de ações de formação a cuidadores formais/informais

Quem	Equipa UCC consoante as necessidades identificadas
Como:	Em articulação com parceiros da rede social/famílias
Onde:	De acordo com a programação
Quando:	De acordo com a programação

- Avaliação/reformulação do Plano

Quem	UCC, CMG e outros parceiros
Como:	Baseada nos registos/ discussão de resultados em reunião multissetorial
Onde:	Na sede da UCC ou na CMG
Quando:	Semestralmente

## 6. CRONOGRAMA

As atividades serão desenvolvidas ao longo do ano, preferencialmente em dias úteis. A atividade será interrompida no período de férias de Verão, do motorista e da enfermeira. O roteiro será definido de acordo com a localização dos utentes a visitar, ou dos eventos a realizar. O Plano de saídas será elaborado/adequado mensalmente às necessidades.

Atividades	2014											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Criação/seleção dos Instrumentos a aplicar	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Identificação de pessoas idosas isoladas	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Identificação das pessoas em idade ativa com doença mental	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Identificação das pessoas em idade ativa com doença mental em pós alta hospitalar	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Articulação com outras entidades/ Profissionais saúde	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Visita domiciliária de avaliação/vigilância	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Caraterização das necessidades de saúde e apoio social das pessoas isoladas/com doença mental e encaminhamento	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
Definição de planos de intervenção	X	X	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	X	X
Realização de ações de formação cuidadores formais/informais	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Ação comunitária de sensibilização no âmbito da doença mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-
Avaliação do Plano ação /Avaliação intercalar/ medidas corretoras	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-

## 7.EQUIPA E CARGA HORÁRIA

A UMS conta com uma equipa fixa, composta por assistente social, motorista (da autarquia) e enfermeiros (da saúde). A esta equipa, de acordo com as necessidades, juntar-se outros profissionais de saúde cuja intervenção possa 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
Enfermeira	140
Assistente Social	70

## ANEXO I

## UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_ nº utente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico Família: \_\_\_\_\_

Estado civil : \_\_\_\_\_ contacto : \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_ localidade: \_\_\_\_\_

Transporte publico: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ Transporte próprio: sim \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tempo que está com o doente/dia: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Tivemos conhecimento do doente por: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL CLÍNICO

### Antecedentes Clínicos

Doenças	Sim	Não	Observações
HTA			
Diabetes Mellitus			
AVC			
Fraturas			
Último internamento			

Outros: \_\_\_\_\_

Estado Cognitivo	Não sabe/ não responde	Certo
Ano		
Mês		
Dia do Mês		
Dia de Semana		
Estação do Ano		
País		
Distrito		
Terra		
Casa		
Andar		

Estado Nutricional Adequado: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg Perímetro abdominal: \_\_\_\_\_ cm

Pele e mucosas: \_\_\_\_\_ Prega Cutânea: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Doente entubado: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Data da última entubação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Porquê? \_\_\_\_\_

Tipo de SNG: \_\_\_\_\_

Doente algaliado: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Data da última algaliação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Porquê? \_\_\_\_\_

Tipo de algália: \_\_\_\_\_

Úlceras de Pressão: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim: Com acompanhamento Local: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

Sem acompanhamento (aplicação da escala de avaliação de UP)

Observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### MEDICAÇÃO

Nome do medicamento	Dosagem	Posologia	Toma correta (S/N)

Condições da habitação

Água canalizada	Sim	Não
Luz elétrica		
Sistema de esgotos		
Wc interior da habitação		

Características da habitação:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apoio técnico	Sim	Não
Cadeira de Rodas		
Tripé		
Colchão de PA		
Andarilho		
outros		

Observações:

\_\_\_\_\_

Estilos de vida, consumos aditivos, ocupação, receptividade na abordagem:

Nota de Enfermagem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessidade de articulação com: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da Visita: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Nota Social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necessidade de articulação com: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora da Visita: \_\_\_\_\_ T.S.Social: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

**UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE**  
**Avaliação de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica**

Nome: \_\_\_\_\_ .....Nº Utente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos D.N. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Médico Família: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Transporte público \_\_\_\_\_ Transporte próprio \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Tempo que está com o doente/dia: \_\_\_\_\_

Nº Elementos do Agregado Familiar: \_\_\_\_\_

Escala de Braden: \_\_\_\_\_ / Escala de Morse: \_\_\_\_\_ / Escala de Barthel: \_\_\_\_\_ / Escala de Lawton: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Já anteriormente acompanhado(a) pela UMS: Sim  Não

**HISTORIAL CLÍNICO**

Ultimo contacto com a Equipa de Saúde \_\_\_\_\_

Ultimo contacto com a EC Saúde Mental \_\_\_\_\_

Antecedentes Clínicos:

HTA		Observações
Diabetes Mellitus		
AVC		
Fraturas		
Último internamento		

Outros: \_\_\_\_\_

Estado Nutricional Adequado: Sim  Não  Peso: \_\_\_\_\_ kg Perímetro abdominal: \_\_\_\_\_ cm Altura: \_\_\_\_\_ cm

Pele e mucosas: \_\_\_\_\_ Prega Cutânea: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

PNV atualizado: Sim  Não  Próxima: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

Condições da habitação

	Sim	Não
Água canalizada		
Luz elétrica		
Sistema de esgotos		
WC interior da habitação		

Características da habitação:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apoio técnico: Sim  Não  Observações: \_\_\_\_\_



Pensamento: Sem Alterações

C/ Alterações (**Conteúdo**) - Obsessivo  Pobreza  Associações Soltas

Sobrevalorizado  Ideação Suicida  Ideação Delirante  de que tipo?

Paranoide  Grandeza  Místico  Ciúme  Bizarro

Ruína  Culpa  Somático

C/ Alterações (**Forma**) - Aceleração  Bloqueio  Fuga de Ideias  Desagregado

Percepção: Sem Alterações

C/ Alterações - Alucinações  de que tipo? Visuais  Auditivas  Olfactivas

Gustativas  Tácteis

Discurso: Sem Alterações  (Coerente)

C/ Alterações - Incoerente  Mutismo  Pobre  Delirante

Verborreia  Lentificado  Imperceptível

Humor: Eutímico  Deprimido  Eufórico  Ansioso  Disfórico

Emoções/Afectos: Sem Alterações

C/ Alterações – Embotamento Afectivo  Labilidade Emocional  Choro Fácil

### **Antecedentes Psiquiátricos**

Sim  Não

Internamento  Onde? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Consulta de Psiquiatria  Onde? \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares  Especifique: \_\_\_\_\_

Encaminhado: Sim  Não  Se sim, para onde: \_\_\_\_\_

Nota de Enfermagem:

---

---

---

---

---

---

---

---

Necessidade de articulação com: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_