



Divisão de Desenvolvimento Social

Unidade de Cuidados na Comunidade Serra e Mar

Unidade Móvel de Saúde e Apoio Social de Grândola

Plano de Ação 2013

abril de 2013

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 3.608 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 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, constitui um recurso de excelência para minimizar esta disparidade.

Ainda que o objetivo seja abranger todo o concelho, a extensão do território concelhio e a inexistência, em rigor, de um levantamento das situações de isolamento, não permite no momento definir uma atuação da UMS com essa abrangência. Nesse sentido propõe-se que este trabalho tenha início nas 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 ...) apresentam-se como áreas prioritárias. A seu tempo, numa segunda fase, chegaremos às restantes freguesias.

Numa outra perspetiva, face à crescente preocupação que a Saúde e a Doença Mental representam na comunidade, designadamente no que respeita à população em idade ativa, pensamos que este novo recurso – UMS -, pode também ser rentabilizado na resposta a esta problemática, acima de tudo no apoio/acompanhamento dos doentes e famílias. Perspetivamos para isso aperfeiçoar a interface com a Equipa da Consulta Comunitária de Saúde Mental, visando aprofundar o conhecimento sobre a magnitude do problema, para poder delinear uma intervenção assertiva, sustentada e que se traduza em melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

2. PROPOSTA METODOLÓGICA CONSIDERADA NO PLANO DE AÇÃO

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

Tomaremos como principal fonte 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, contaremos 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.

- ✓ Identificação dos aglomerados/locais/habitações isolados;
- ✓ Identificação dos respetivos residentes, em particular utentes idosos isolados e/ou dependentes;
- ✓ Identificação de idosos sem contacto com as unidades de saúde locais nos últimos 6 meses;
- ✓ Identificação de utentes em idade ativa com patologia mental diagnosticada;
- ✓ Identificação da rede de transportes de acesso aos aglomerados/localidades /habitações isolados.

2.2. 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.

Assim, 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, *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, utilizaremos um formulário (ver anexo), além de escalas de avaliação (Katz, Lawton, Braden, Morse). 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 acessos aos serviços de saúde;
- Características das condições habitacionais do utente;
- Necessidade de ajudas técnicas;
- Grau de dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) e Instrumentais;
- Risco de queda;
- Risco de úlcera de pressão.

2.3. PLANO DE AÇÃO DA UMS

Partindo do diagnóstico social e da morbi-mortalidade concelhia, o plano é determinado essencialmente pelo isolamento (social e geográfico) e pelos níveis de dependência das pessoas idosas. Centra-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, facilitando o acesso a serviços de apoio social e a cuidados de saúde multidisciplinares nas áreas preventiva e de promoção, de tratamento e reabilitação, bem como a ações paliativas.

2.4. ENTIDADES A ENVOLVER

A Unidade Móvel deverá constituir-se como um meio para o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária assentes numa metodologia e visão multidisciplinares e multisectoriais de atuação integrada. Nesse sentido 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, as Juntas de Freguesia, a Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Associações, a Guarda Nacional Republicana e outras entidades cujo contributo se revele importante.

3. 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 e pessoas em idade ativa com patologia mental.

4. OBJETIVO GERAL

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

4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA 2013

- ✓ Divulgar a nível externo e interno a atividade da UMS;
- ✓ 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;
- ✓ 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;
 - ✓ Promover a prestação de cuidados de saúde em proximidade através de Visitação Domiciliária(VD);
 - ✓ Diminuir o isolamento social através do apoio social;
 - ✓ Colaborar em ações de educação para a saúde no âmbito de dias mundiais ou de eventos comunitários;
 - ✓ Identificar as pessoas em idade ativa com doença mental em acompanhamento na Consulta Comunitária de Psiquiatria;
 - ✓ Definir para essas pessoas critérios de prioridade de intervenção, em conjunto com a Equipa da Consulta Comunitária de Psiquiatria e atuar em conformidade;
 - ✓ Colaborar em pelo menos 1 ação comunitária de sensibilização para a melhoria da intervenção no âmbito da doença mental.

5. INDICADORES E METAS

Indicadores	META
	2013
Nº de idosos isolados identificados/ Nº total de idosos isolados sinalizados x100 (saúde e social)	50%

Nº de idosos caracterizados/ Nº total de idosos isolados identificados x100 (saúde e social)	60%
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	30%
Nº de idosos frágeis com 4 VD enfermagem ano / Nº de idosos frágeis identificados x 100	30%
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	20%
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%
Nº colaborações em AES / eventos comunitários/Nº de AES / de eventos com participação da UCC x100	50%

5.1 ATIVIDADES

. Mapeamento dos idosos isolados/ Identificação

Quem	Equipa da UCC
Como:	Através de consulta de listas fornecidas e confirmação no RN de Utentes
Onde:	Na Sede da UCC
Quando:	De março a dezembro de 2013

- Realização do Diagnostico de Saúde e Social do Idoso Isolado

Quem	Enfermeiros da UCC / TSS
Como:	Por aplicação de formulário/ escalas
Onde:	No domicílio com utilização dos recursos da UMS
Quando:	Todos os dias úteis de abril a dezembro de 2013

- Referenciação à UCSP dos idosos 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

- Realização de Visitas Domiciliárias de enfermagem a idosos vulneráveis /frágeis

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

- Identificação das pessoas em idade ativa com patologia mental

Quem	Enfermeiros da UCC /Equipa Comunitária de Saúde Mental
Como:	Por articulação com a Equipa Saúde mental
Onde:	Na UCC/ UCSP
Quando:	Semanalmente, à 5ª fª a partir de maio

- Definição de critérios de prioridade para utentes com idade ativa com patologia mental

Quem	Enfermeiros da UCC /Equipa Comunitária de Saúde Mental
Como:	Em reunião com a Equipa Saúde mental
Onde:	Na UCC/ UCSP
Quando:	A agendar , a partir de maio

- Elaboração do roteiro da UMS

Quem	Coordenadora da UCC/ enfermeiros UMS/ TSS
Como:	Através de reunião para definição de prioridades
Onde:	Na sede da UCC
Quando:	Reunião mensal

- Participação em AES/ dias mundiais e eventos locais

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

- Avaliação do Plano

Quem	UCC e outros parceiros
Como:	Baseada nos registos/ resultados em reunião multissetorial
Onde:	Na sede da UCC ou na CMG
Quando:	Setembro e novembro

6. 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 há elementos suficientes de caracterização da problemática em que vamos intervir, não nos é possível no momento prever a regularidade, nem o tempo de permanência em cada local do concelho, pelo que o cronograma poderá resultar pouco esclarecedor. Quando a experiência o proporcionar, introduziremos as devidas correções. Até lá o roteiro será definido mensalmente, com base no número e localização dos utentes sinalizados.

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	X	
Criação/seleção dos Instrumentos a aplicar	X	X	X	X											
Divulgação externa e interna da atividade da UMS				X	X										
Identificação dos respetivos residentes, em particular utentes idosos isolados e/ou dependentes			X	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	X
Articulação com outras entidades/ Profissionais saúde	X	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	X
Identificação da rede de transportes	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
Identificação das pessoas em idade ativa com doença mental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de critérios de prioridade de intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação intercalar/ medidas corretoras								X		
Ação comunitária de sensibilização no âmbito da doença mental									X	
Avaliação do Plano ação										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
TSSocial	70

Anexo

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: _____