

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

***“Cuidados de Proximidade aos idosos frágeis do concelho Estremoz”***

Carla Maria dos Santos Remédios Calça Leão

**Orientador:**

Prof.ª Doutora Felismina Rosa P. Mendes

2012

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Relatório de Estágio**

***“Cuidados de Proximidade aos idosos frágeis do concelho Estremoz”***

Carla Maria dos Santos Remédios Calça Leão

**Orientador:**

Prof.ª Doutora Felismina Rosa P. Mendes

2012

“Cada um tem a idade do seu coração, da sua experiência, da sua fé”.

George Sand

**Agradecimentos**

Á Prof. Felismina Mendes pela sua disponibilidade, apoio e partilha de saberes.

Á minha família pelo seu apoio e compreensão.

Aos meus colegas da UCC Estremoz pela colaboração e amizade.

**ÍNDICE**

1 – Introdução 13

2 – Análise do Contexto 17

2.1 – Caraterização do Ambiente de Realização do Estágio Final 17

2.1.1 – Centro de Saúde de Estremoz (ACES Alentejo Central I) e Concelho de Estremoz 17

2.1.2 - Concelho de Estremoz 20

2.1.3 – A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Estremoz 22

2.1.3.1- Plano de Ação 23

2.2 – Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos da UCC Estremoz 25

2.2.1- Instalações e Equipamentos 25

2.2.2 – Caraterização dos Profissionais 27

2.3 – Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências 28

3 – Análise da População 32

3.1 – Caraterização dos Utentes do Centro de Saúde (ACES Alentejo Central I) 32

3.1.1 – Utentes Inscritos no Centro de Saúde de Estremoz 32

3.2 – Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo 34

3.2.1 – Seleção da População 34

3.2.2 – Cuidados e Necessidades da População Alvo 36

3.3 – Estudos sobre Programas de Intervenção com o Grupo Alvo 54

3.4 – Recrutamento da População Alvo 56

4 – Análise Reflexiva Sobre os Objetivos 58

4.1- Objetivos de Intervenção Profissional 58

4.2 – Objetivos a Atingir com a População Alvo 59

5 – Análise Reflexiva sobre as Intervenções 60

5.1 – Fundamentação das Intervenções 60

5.2 – Metodologias 73

5.3 – Análise Reflexiva Sobre as Estratégias Acionadas 77

5.4 – Recursos Materiais e Humanos Envolvidos 79

5.4.1 - Recursos Humanos 79

5.4.2 – Recursos Materiais 80

5.5 – Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas 80

5.6 – Análise da Estratégia Orçamental 81

5.7 – Cumprimento do Cronograma 82

6 – Análise Reflexiva sobre o Processo de Avaliação e Controlo 86

6.1 – Avaliação dos Objetivos 86

6.2 – Avaliação da Implementação do Programa 87

6.3 – Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas 89

7 - Análise Reflexiva sobre Competências Mobilizadas e Adquiridas 90

Abstract 12

ANEXO I - Protocolo de Colaboração 101

ANEXO II - Desdobrável do Projeto 102

ANEXO III - Documento Colheita de Dados 103

ANEXO IV - Documento de referenciação 104

ANEXO V - Documento IAI 105

ANEXOS 100

Conclusão 91

Referências Bibliográficas 93

Resumo 11

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Fig. 1 - Distrito Évora

Fig. 2 - Rede viária concelho Estremoz

**ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Distribuição de utentes com 65 e mais anos por grupos etários e sua percentagem na globalidade do Centro de Saúde.

Quadro 2 – Distribuição dos utentes por freguesia do concelho.

Quadro 3 – Utentes inscritos no Centro de Saúde de Estremoz, por grupo etário e sexo.

Quadro 4 – Distribuição dos utentes por freguesia do concelho.

Quadro 5 – Cronograma de Atividades.

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Pirâmide etária População Estremoz.

Gráfico 2 – Idade do grupo alvo.

Gráfico 3 – Problemas de saúde referido pelo grupo.

Gráfico 4 – Queixas de Saúde.

Gráfico 5 – Estado Nutricional.

Gráfico 6 – Quedas Último Ano (2011).

Gráfico 7 – Locomoção: Andar em Casa.

Gráfico 8 – Locomoção: Andar na Rua

Gráfico 9 – Locomoção: Andar em Escadas

Gráfico 10 – Locomoção: Meios para Visão e Audição

Gráfico 11 – Autonomia Física.

Gráfico 12 – Autonomia Instrumental.

Gráfico 13 – Queixas Emocionais: Triste/Deprimido.

Gráfico 14 – Queixas Emocionais: Nervoso/Ansioso.

Gráfico 15 – Estado Cognitivo: Orientação no Tempo.

Gráfico 16 – Estado Cognitivo: Orientação no Espaço.

Gráfico 17 – Vive só/Idade.

Gráfico 18 – Tempo em está só nas 24 h.

Gráfico 19 – Ter confidente.

Gráfico 20 – Escolaridade.

Gráfico 21 – Profissões.

Gráfico 22 – Refeições diárias.

Gráfico 23 – Atividade Física.

Gráfico 24 – Idosos muito frágeis e vulneráveis.

“Cuidados de Proximidade aos Idosos Frágeis do Concelho de Estremoz”

# Resumo

O envelhecimento populacional é um fenómeno da sociedade atual, este aumento progressivo de pessoas idosas, por si só, não constitui um problema social e de saúde se tivéssemos outra forma de entender a velhice.

Prestar cuidados de proximidade, integrados e articulados aos idosos assume especial relevância em enfermagem, sendo um desafio para a prestação de cuidados de saúde primários e muito especialmente para a enfermagem comunitária.

O objetivo deste Relatório Estágio foi a caracterização de idosos frágeis e vulneráveis que vivem em montes isolados, com dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.

A amostra foi constituída por 158 indivíduos com idades superiores ou igual a 65 anos (dos quais 2 têm idades inferiores mas incluídos no estudo por necessidade de cuidados), que residem em lugares isolados no concelho de Estremoz. A recolha de dados decorreu entre setembro a dezembro de 2011, sendo aplicado o Instrumento de Avaliação Integrada (IAI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e Documento de Colheita de Dados elaborado pela equipa.

Os resultados adquiridos revelam que o grupo etário é representado maioritariamente por indivíduos dos 71 aos 80 anos, 58%. As queixas de saúde identificadas pela população como sentidas e valorizadas, a principal são a Tensão Arterial Elevada, 33%, seguido do grupo de idosos que referem Sem Problemas de Saúde, 20%, não valoriza qualquer problema de saúde. De acordo com o IAI as queixas de saúde predominantes são as de Audição. Quanto ao estado nutricional 76% da população apresenta peso Adequado, relativamente à capacidade física (Autonomia Física) 89% dos indivíduos são totalmente independentes e na escala da funcionalidade (Autonomia Instrumental) 68% mantêm totalmente independentes. As queixas emocionais (ansiedade, nervoso, triste e deprimido) prevalecem os indivíduos sem queixas, 56% e 53%.

Podemos concluir que os idosos que vivem em lugares isolados são maioritariamente independentes, continuam com atividade física, não valorizam os problemas de saúde e consideram as alterações que ocorrem como normais do processo de envelhecimento. Os cuidados necessários a desenvolver com este grupo poderia centra-se nos cuidados de proximidade, continuação de cuidados e encaminhamento, e assenta numa prática de complementaridade com outros parceiros comunitários.

“Proximity Care to Frail Elderly in Estremoz Municipality”

# Abstract

Ageing is a natural phenomenon of the modern societies and it constitutes a social problem by itself due to the lack of understanding of old age.

It is particularly relevant in nursing to provide integrated and articulate health care to the elderly as it stands out a challenge to the primary health care, particularly for the nursing health community.

With this Report Stage we pretend to characterize vulnerable and frail elderly who live in isolated places with difficult access to health care.

The sample consists in 158 individuals aged equal or grater than 65 years old (two of whom are age below but were included in the study due to care needed) all living in isolated places of the Estremoz municipality.

The data collection was held between September and December of 2011 and the instrument applied was the Integrated Assessment Instrument (IAI) removed from the National Network of Continuous Care and also the Collection Data Document executed by the team.

The results obtained show that the age group mostly represented in 58% are the individuals from 71 to 80 years old.

The main health complaints identified and valued by the population is High Blood Pressure in 33%, followed by the group of elderly who have reported not to have health problems in 20%,.

According to the IAI the main health complaints reported is hearing problems.

Regarding to the nutritional status of the population, 76% presents a suitable weight. According to the physical functioning (Physical Autonomy) 89% of individuals are completely independent. In the range of functionality (Instrumental Autonomy) 68% remain totally independent.

Emotional complaints (anxiety, nervous, sadness and depression) prevail on the individuals without complaints in a scale between 56% and 53%.

In conclusion, this study shows that older people who still live in isolated places are mostly independent, active and do not value the health problems, as they are considered normal changes to the aging process.

The necessary care to be developed with this age group could be focused on proximity, continuing and guiding care, based on a complementarily practice with other community partners.

# 1 – Introdução

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, “reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”.

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários pretendeu centrar os cuidados de saúde do sistema português nos Cuidados de Saúde Primários e desenvolver um novo modelo organizativo, que conduzisse á reconfiguração dos Centros de Saúde.

Uma das principais alterações é a criação de Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, agrupando um ou vários Centros de Saúde, integrados nas Administrações Regionais de Saúde, orientados para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria das acessibilidades.

No seu capítulo II, cria as Unidades Funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde das quais destacamos as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), artigo 11º

A missão desta Unidade é a prestação de cuidados de saúde e sociais, apoio psicológico de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco e dependência física ou funcional, que requeira acompanhamento próximo, atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de saúde.

O modelo organizativo é o trabalho em equipa, a multidisciplinaridade, o estabelecimento de parcerias, trabalhando com outros setores da comunidade, promovendo e capacitando as pessoas para intervirem nos processos de saúde, conforme regulamento Organizativo e de Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade (Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril). No mesmo Despacho tem como princípio orientador, assegurar respostas articuladas, integradas, e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida.

Se por um lado temos este novo modelo organizativo por outro temos que olhar para a população em que estamos inseridos e alvo dos nossos cuidados, os idosos.

O envelhecimento populacional é um fenómeno atual, e um desafio nas sociedades modernas, em que os cuidados aos idosos devem ser vistos com outra prespetiva, abrangente, articulada e de proximidade.

Em Portugal, entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa (65 e mais anos), o índice de envelhecimento (relação entre população jovem e idosa) aumentou de 27,3% em 1960 para 102,2% em 2001 (Fonseca, 2006).

A variação da população residente no concelho de Estremoz não foge á regra, conforme o documento de diagnóstico da Rede Social (2004), e de acordo com os dados do INE (2008), teve uma taxa de crescimento negativa entre o período de 2001 e 2008, excetuando-se a faixa etária dos 65 e mais anos. A proporção de idosos tem vindo a aumentar, sendo de 28 indivíduos com 65 e mais anos por cada 100 indivíduos residentes no concelho.

Os cuidados de enfermagem são especialmente relevantes nesta população, uma vez que pelo simples fato que viver mais tempo não significa viver melhor. Os idosos sofrem de doenças crónicas e fragilidades, que requerem cuidados complexos, especializados e continuados no domicílio (Ávila, 2009).

Este relatório tem por objetivo caracterizar, em termos de saúde, os idosos frágeis e vulneráveis, a viverem em montes isolados, no concelho de Estremoz e com dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Centra-se nos cuidados de proximidade, prestando informação e educação para a saúde, continuidade de cuidados e encaminhamento para outros prestadores.

O enfermeiro de saúde comunitária tem o dever de, em parcerias e equipas alargadas, multidisciplinares, ajudar as populações a assumirem atitudes positivas em relação á sua saúde.

Os cuidados de saúde primários assumem um papel fulcral no que concerne a promoção de saúde, onde a prevenção e diagnóstico precoce dependem de um planeamento bem definido e estrategicamente eficaz.

Este projeto assenta em parcerias estabelecidas com a Câmara Municipal de Estremoz, Guarda Nacional Republicana (GNR) Estremoz, Instituto Segurança Social, IP – Centro Distrital Segurança Social Évora e Organização Não-governamental (ONG) Médicos do Mundo.

As parcerias resultaram de necessidades identificadas pelos Censos Sénior, a cargo da GNR. Assim, a ONG Médicos do Mundo disponibilizou uma Unidade Móvel, devido à não existência deste recurso no Centro Saúde de Estremoz, a Unidade de Cuidados na Comunidade pela sua missão e modelo organizacional (que pretende chegar perto das populações mais vulneráveis) e da Câmara Municipal de Estremoz que participa com apoio monetário para o combustível da Unidade Móvel e com um Técnico de Serviço Social, que identifica e encaminha as situações sociais. O Centro Distrital da Segurança Social Évora (Centro Local Estremoz) participa com resolução de eventuais encaminhamentos necessários. Esta proposta surgiu em reunião da Rede Social na Câmara Municipal de Estremoz.

A classificação de pessoas idosas frágeis ou vulneráveis (segundo Plano Nacional de Saúde de Pessoas Idosas – Circular Normativa da Direção Geral da Saúde 2004). Esta circular permitiu fazer essa classificação e tomada de decisão para continuidade de cuidados.

O estágio final foi desenvolvido na UCC Estremoz (Unidade de Cuidados na Comunidade), unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central 1. A escolha desta unidade de saúde deveu-se ao fato de ser o local de trabalho da mestranda.

O projeto teve como população alvo 158 idosos.[[1]](#footnote-1) A identificação desta população foi feita em equipa multidisciplinar e em contexto domiciliário.

Este projeto insere-se na área de Enfermagem Comunitária, conforme legislação existente. Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro, publicada em Diário da Republica, que regula as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Púbica, afirma que a enfermagem comunitária desenvolve a prática centrada na comunidade.

O Regulamento das competências especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária diz-nos que são suas competências, “(…) as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.” (pag.8667, 2011). É ainda competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária a liderança de processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e no exercício da cidadania, informando sobre as respostas de saúde existentes, encaminhando e educando para a saúde. O Código Deontológico de Enfermeiro, define que o enfermeiro tem deveres para com a comunidade, sendo responsável juntamente com ela, pela promoção da saúde, conhecer as necessidades da população e grupos, participar na sua orientação em busca de soluções para os problemas detetados, assim como colaborar com outros profissionais.

Neste Relatório apresenta-se todo o percurso do estágio, com mapeamento dos idosos, em que foi realizada a identificação dos idosos e dos seus dados de saúde e social, segundo o Instrumento de Avaliação Integrada (conforme modelo adotado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), instrumento de abordagem diagnóstico de deteção e monitorização, de pessoas em situação de dependência, mas aqui aplicado a pessoas em situação e fragilidade.

O Relatório está organizado segundo o Anexo I do Regulamento de Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora.

.

# 2 – Análise do Contexto

# 2.1 – Caraterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

# 2.1.1 – Centro de Saúde de Estremoz (ACES Alentejo Central I) e Concelho de Estremoz

Com a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, surgiu a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. São serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por unidades funcionais que prestam cuidados de saúde primários, que integram um ou mais centros de saúde e são igualmente serviços desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), sujeitos ao seu poder de direção. Tem por missão garantir prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

O ACES em que se realiza este estágio é o ACES Alentejo Central 1, criado pela Portaria nº275/2009 de 18 de Março, é um serviço desconcentrado da Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P. A sua área geográfica de abrangência de cerca de 2893,71 Kms2, é composta por sete Concelhos do norte do Alentejo Central /Distrito de Évora, nomeadamente, Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Mora, Redondo, e Vila Viçosa.

À data da Portaria, a População abrangida, tendo em conta o número de inscritos nos Centros de Saúde era de 60 889 utentes. Atualmente o Agrupamento é constituído por diferentes unidades funcionais, nomeadamente, cinco Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), duas Unidades de Saúde Familiares (USF), cinco Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e mantém um Serviço de Urgência Básico (SUB), não tem Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) constituída. Embora sob a responsabilidade do Agrupamento, o Serviço de Urgência Básica (SUB), instalado no Centro de Saúde de Estremoz, não faz parte da reorganização dos Centros de Saúde, aguardando-se uma definição da entidade que terá essa responsabilidade. Neste serviço existem recursos do INEM (Instituto Nacional de Emergência Medica), nomeadamente ambulância, enfermeiros e técnicos de ambulância de emergência.

O edifício onde se localiza o Centro de Saúde é um edifício construído em 2002, com diversas zonas, bem definidas e delimitadas com diferentes cores para maior facilidade de identificação. Uma zona é a UCSP, outra é a SUB, uma outra é a Unidade de Apoio à Gestão, uma outra zona adaptada é onde se localiza a UCC. Também tem serviço de radiologia e de colheita e recolha de análises clínicas.

Ao conjunto das unidades funcionais do, anteriormente, denominados Centro de Saúde, tem sede na cidade de Estremoz e extensões de saúde em oito freguesias: Arcos, São Domingos de Analoura, Evoramonte, Glória, São Bento do Ameixial, São Bento do Cortiço, São Lourenço de Mamporcão e Veiros.

Estão inscritos em médicos de família 14726 utentes, dos 7671 são do sexo feminino. Da totalidade de inscritos no Centro de Saúde, os utentes com 65 e mais anos (4130 indivíduos) distribuem-se do seguinte modo (Quadro 1):

Quadro 1- Distribuição de utentes com 65 e mais anos por grupos etários e sua percentagem na globalidade do Centro de Saúde

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO ETÁRIO** | **SEXO MASC** | **SEXO FEM** | **TOTAL** | **%** |
| **65-69 anos** | **389** | **561** | **950** | **6,08** |
| **70-74 anos** | **524** | **695** | **1219** | **7,80** |
| **>= 75 anos** | **975** | **1358** | **2333** | **14,93** |

Fonte: SINUS, Fevereiro 2009

Quadro 2- Distribuição dos utentes por freguesia do concelho, 2009

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FREGUESIA** | **GUPO ETARIO** | |
| **75-79 anos** | **≥80 anos** |
| Santa Maria e Santo André (Sede) | 1860 | 937 |
| São Bento do Ameixial | 13 | 26 |
| Arcos | 79 | 140 |
| Glória | 22 | 31 |
| Evoramonte | 43 | 79 |
| Veiros | 94 | 118 |
| São Lourenço de Mamporcão | 43 | 55 |
| São Bento do Cortiço | 47 | 63 |
| São Domingos de Ana Loura | 25 | 31 |

Fonte: SINUS, Fevereiro 2009

# 2.1.2 - Concelho de Estremoz

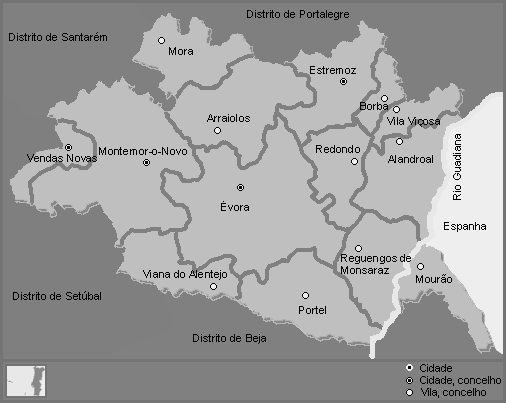
O concelho de Estremoz encontra-se na denominada “zona de mármores”, fazendo fronteira com os concelhos de Borba, Évora, Redondo, Arraiolos, Sousel, Monforte e Fronteira

É limitado a norte pelos concelhos de Sousel, Fronteira e Monforte, a nascente pelo concelho de Borba, a sul pelos concelhos de Évora e Redondo, e a poente pelo concelho de Arraiolos, sendo que o acesso é realizado através da A6, EN 245 e EN 4.

Fica a uma distância da capital do país, Lisboa, de 170 km e da capital de distrito, Évora, de 46 km.

O concelho de Estremoz tem uma área de 513,7 km2 e encontra-se integrado no Alentejo Central, distrito de Évora (fig. 1).

Fig. 1 - Distrito Évora



O concelho é constituído por treze freguesias: Santo André, Santa Maria, Arcos, São Domingos de Analoura, Glória, Evoramonte, São Bento do Ameixial, Santa Vitória do Ameixial, São Lourenço de Mamporcão, São Bento do Cortiço, São Bento de Analoura, Santo Estêvão e Veiros.

Cerca de 33% da população em idade ativa tem o 1º ciclo do Ensino Básico. Neste concelho, a percentagem de população ativa com o Ensino Secundário e Superior é relativamente expressiva, sendo que no primeiro caso, os homens representam a maior fatia e, no segundo, as mulheres encontram-se em maior proporção, o que significa que o abandono da escolaridade após o 12º ano, é mais acentuado no sexo masculino. No que diz respeito á população ativa sem nível de instrução, verifica-se que o sexo feminino representa 61.78%.

Relativamente à atividade económica, o sector dos serviços apresenta-se como o maior empregador, com cerca de 38% da população ativa aí empregada. Situado numa zona rica em mármores, a extração é uma das atividades económicas mais importantes, a par com a produção de vinho e de azeite. Por outro lado, em termos de artesanato, o concelho de Estremoz é conhecido pelas suas peças em barro e cortiça e pelo vestuário feito em couro.

O concelho de Estremoz tem perdido população desde 1950, exceto no período de 1991 a 2001. Durante a década de 1991/2001 apenas a freguesia de Santa Maria aumentou a sua população ao contrário de todas as outras freguesias (Rede Social Estremoz 2008).

Segundo censos 2011 a população total é de 14321 habitantes, perdeu cerca de 1351 habitantes em 10 anos.

Através da leitura da pirâmide etária do concelho (gráfico I) constatamos a elevada presença de pessoas idosas, traduzindo-se numa população envelhecida, com maior ênfase nas faixas etárias entre os 70 e os 79 anos.

Gráfico 1 - Pirâmide etária População Estremoz 2008

**Pirâmide etária da população residente**

**Estremoz - 2008**

-10

-8

-6

-4

-2

0

2

4

6

8

10

**Grupos de**

**idades**

**%**

%H

%M

85+

80

75

70

65

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

5

0

Fonte: INE – Estimativas População Residente Concelho Estremoz (Rede Social 2008)

# 2.1.3 – A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Estremoz

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Estremoz iniciou funções a 21 de Dezembro de 2009, após inauguração pelo Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Manuel Pizarro. Foi a primeira UCC inaugurada no Alentejo e a 15ª no País.

A UCC Estremoz é constituída por uma equipa multidisciplinar, integrando enfermeiros, assistente social, médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, administrativo e auxiliar. A médica inicial saiu para outro ACES, sendo substituída pelos médicos de família da UCSP. A sua substituição, como médica com formação em cuidados paliativos, ainda não aconteceu. Presentemente a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) está constituída por duas enfermeiras, com curso avançado e com mestrado em cuidados paliativos.

# 2.1.3.1- Plano de Ação

A UCC, conforme legislaçãoDespacho n.º10143/2009, presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a indivíduos, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, com maior dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento. Também tem nas suas funções a educação para a saúde, integração em redes de apoio á família e a implementação de unidades móveis de intervenção.

È através da UCC que o Agrupamento de Centros de Saúde participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a Equipa Coordenadora Local (ECL).

A UCC tem também nas suas competências constituir a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), conforme Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. A ECCI Estremoz, iniciou como experiência piloto em Julho de 2008, presentemente tem vaga para 22 utentes.

O plano de ação integra programas nacionais de saúde e projetos concelhios. Assim existem colaboradores e profissionais que integram a Equipa da Saúde Escolar, existe uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados, integra a Equipa de Intervenção Precoce, constitui a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, que presta cuidados e assessoria em cuidados paliativos, integra o Núcleo de Crianças e Jovens em Riscoe o Núcleo de Apoio à Violência Doméstica, também integra uma Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados (concelho de Estremoz e Borba), planeia e leciona as aulas de saúde na Academia Sénior e integra a equipa do projeto Montes Isolados, é neste projeto que se desenvolveu o presente Relatório (“Cuidados proximidade aos idosos frágeis do concelho Estremoz”).

Os programas de carteiras de serviço da UCC, contratualizados com o Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central 1 e com a Administração Regional de Saúde, são os seguintes:

* Contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade,
* Em intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença da comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar.
* Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, tais como acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade, cooperar com outras unidades funcionais, no tocante a ações dirigidas aos utentes, às famílias e á comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial, na criação de redes de apoio às famílias;
* Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado;
* Participar nas atividades inerentes à Rede Social e Rendimento Social de Inserção, na vigilância de saúde, encaminhamento e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos socioeconómicos;
* Participar nas atividades do programa de Intervenção Precoce a crianças, e também no Núcleo de Proteção de Crianças e Jovens em Risco.
* Projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam:
* Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
* Cuidados de reabilitação física;
* Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
* Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
* Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
* Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e da RNCCI.
* Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

# 2.2 – Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos da UCC Estremoz

# 2.2.1- Instalações e Equipamentos

A Unidade de Cuidados na Comunidade funciona na ala oeste do edifício do Centro de Saúde de Estremoz, com entradas exteriores, uma de serviço e outra para o público em geral, e uma ligação interior ao edifício.

Foi uma zona adaptada da antiga morgue, em que foram feitas obras em 2009 com esse fim. As instalações próprias promovem uma melhor gestão dos cuidados a prestar pela equipa multidisciplinar, facilita a relação de equipa, personaliza os cuidados e o atendimento ao público.

É constituída por três gabinetes:

Umdeles, amplo, que funciona como “open-space” para a equipa multidisciplinar e sala de reuniões. Existem duas secretárias individuais, com computadores, um computador portátil, uma mesa ampla de reuniões e dez cadeiras, também tem três armários de portas de correr. Um dos armários serve de armazenamento do material de farmácia (com registo de existências e validades), os outros dois para pastas/processos dos utentes da ECCI, pastas dos diversos programas, normas e diretivas técnicas orientadoras, regulamentos internos, documentos a utilizar.

Existe um outro gabinete mais pequeno utilizado pela coordenação da UCC e da ECL. Também funciona como sala reservada de atendimento a utentes e famílias e para conferências familiares. É composto por uma secretária, computador, mesa redonda e quatro cadeiras. Tem dois armários com portas de correr, um é utilizado essencialmente para processos da ECL e normas, regulamentos e diretivas dos Cuidados Continuados. Tem pastas relativas à coordenação, com planos de ação, relatórios atividades, horários e protocolos de articulação. O outro armário tem material utilizado na Saúde Escolar, processos da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos assim como informações, normas e orientações técnicas, pastas da Rede Social, processos Intervenção Precoce.

O terceiro gabinete serve essencialmente para a Administrativa e qualquer outro elemento da equipa, muitas vezes utilizado pela coordenação. Tem duas secretárias, dois computadores, três cadeiras. Existe um armário fechado pequeno onde estão todos os documentos necessários aos diversos processos e articulação entre diferentes unidades. Também existe uma estante aberta para pastas, do serviço de pessoal, de arquivo do ano anterior, Banco de Ajudas Técnicas e todo o material administrativo necessário.

A Unidade dispõe de uma pequena arrecadação, onde está o material esterilizado, armário de medicação e material diverso de farmácia, armário fechado com medicação utilizada em cuidados paliativos e estantes com sacos utilizados nas visitas domiciliárias e contentores térmicos.

Devido ao trabalho contínuo em horário seguido, de alguns elementos de enfermagem, também se equipou uma pequena copa, com mesa, duas cadeiras, micro-ondas, frigorífico, máquina de café.

A Unidade dispõe de uma casa de banho e utiliza uma antiga zona de duche como vestiário.

A zona de acesso dos utentes à Unidade tem sinalética exterior, equipada com rampa de acesso, a entrada faz-se para uma pequena sala de espera com mesa e duas cadeiras, possuí quadros informativos, nomeadamente horários, organograma, folhetos com informações várias sobre saúde.

O plano de ação contempla a gestão do Banco de Ajudas Técnicas do Centro de Saúde de Estremoz. Esse material está guardado num espaço existente da garagem do Centro de Saúde, sendo um espaço exíguo para o número de material existente, essencialmente de camas.

A Unidade dispõe de dois veículos automóveis para se deslocar, um entregue à ECL e outro á ECCI, mas são utilizados nas diversas atividades desenvolvidas e pela equipa multidisciplinar.

A climatização e as amenidades estão mantidas, existem janelas amplas em todos os gabinetes e aparelhos de ar condicionado em todos os gabinetes e sala de entrada.

# 2.2.2 – Caraterização dos Profissionais

A equipa é constituída por uma equipa nuclear, com horário completo na UCC e por outra equipa de colaboradores que dão algumas horas a atividades desenvolvidas nesta Unidade.

Equipa com horário completo é composta por cinco enfermeiros, uma administrativa e um assistente operacional. Para cumprir o Plano de Ação proposto falta mais um enfermeiro.

Os profissionais de enfermagem três são especialistas na área da Enfermagem Comunitária, três têm pós graduações, curso avançado e mestrados em Cuidados Paliativos, um têm Mestrado em Intervenção Socio-Organizacional da Saúde e um tem pós-graduação em Cuidados Continuados. Neste momento um outro elemento iniciou frequência de Especialização e Mestrado em Enfermagem Comunitária, para além da mestranda.

A equipa de colaboradores é constituída por uma médica, com 20 h por semana e que atualmente não se encontra a prestar cuidados, saiu para outro Agrupamento, sendo substituída em algumas áreas pelos diversos médicos de família dos utentes em ECCI e em articulação com os médicos especialistas dos utentes, não foi substituída nos Cuidados Paliativos pela não existência de profissionais médicos com esta formação.

Duas fisioterapeutas, partilham 17 h por semana, sendo uma delas do Agrupamento e a aguardar iniciar funções noutras unidades.

Uma assistente social que presta cuidados na Unidade 10 h por semana, na ECCI.

Uma nutricionista presta cuidados, essencialmente na Saúde Escolar e Plataforma Contra a Obesidade, com 5 h por semana.

Uma psicóloga, presta cuidados na Saúde Escolar, ECCI e Cuidados Paliativos com 12 h por semana.

Uma higienista oral presta cuidados, essencialmente na Saúde Escolar, 5 h por semana,

No projeto parceria no qual a mestranda realizou estágio, existe uma Unidade Móvel de Saúde da Organização Não Governamental Médicos do Mundo, conduzida habitualmente por um enfermeiro ou uma psicóloga da organização, que semanalmente se desloca a Estremoz. A equipa é constituída, também, por um enfermeiro da UCC, habitualmente uma assistente social da Câmara Municipal de Estremoz, assim como um ou dois agentes da Guarda Nacional Republicana de Estremoz.

# 2.3 – Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências

O conceito de competência tem vindo a alterar-se, com diversas interpretações, em função do contexto laboral, empresarial, politico, por se tratar de um fenómeno pouco objetivo e complexo “(…)competência é um processo combinatório e as competências são produzidas por este mesmo processo, ou seja, são as atividades e ações realizadas com competência(…)”. (Carrondo, 2006).

Também segundo o mesmo autor é um processo que precisa de passar dos recursos (como o conhecimento, capacidades) à ação, concretizado pelas realizações de atividades num determinado contexto, sendo um processo dinâmico.

“ (…) Este processo pode ser desenvolvido através da reflexividade e de uma variedade de situações de aprendizagem. Certas modalidades de formação favorecem a construção de competências: a formação pela resolução de problemas, por simulação, prática e em alternância (…)”. (Carrondo, 2006: 130).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) o enfermeiro especialista é detentor de um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais e especializados na sua área, ao utente e á comunidade. (1996)

Como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária compete-me estabelecer uma metodologia de planeamento em saúde e avaliação do estado de saúde de grupos e comunidades, contribuindo para o seu processo de capacitação. Neste sentido, há que garantir às populações escolhas exequíveis em termos de práticas saudáveis, desempenhando um papel fulcral como agentes ativos e dinamizadores na mudança. A realização do presente Estágio teve como objetivo a caraterização de um grupo populacional vulnerável, idosos isolados, realizando cuidados de proximidade a essa comunidade.

A comunidade está em constante alteração, tanto ao nível dos indicadores de morbilidade como na emergência de doenças crónicas, traduzindo-se em novas necessidades de saúde, tendo sido atribuída importância acrescida aos cuidados de saúde primários. É função do enfermeiro comunitário ver o utente como centro do sistema de saúde, promovendo a equidade no acesso aos cuidados e promovendo a qualidade de vida, dando prioridade á promoção de fatores que permitam uma resposta adequada à demanda de saúde.

No Código Deontológico de Enfermeiro, define que o enfermeiro tem deveres para com a comunidade, sendo responsável juntamente com ela, pela promoção da saúde, conhecer as necessidades da população e grupos, participar na sua orientação em busca de soluções para os problemas detetados, assim como em equipas multidisciplinares. O Estágio foi realizado multidisciplinarmente, os dados obtidos permitiram-nos conhecer a comunidade em questão e adequar os cuidados necessários, orientando-a, encaminhando-a e baseando-se sempre na promoção da saúde

De acordo com o Projeto desenvolvido considero que serão desenvolvidas as seguintes competências em contexto de estágio:

* Caracterizar um grupo da população da comunidade (idosos a viverem isolados no concelho de Estremoz), de acordo com as características do grupo populacional, em termos de saúde. Definindo o perfil deste grupo populacional, características pessoais, familiares, sociais, de dependência física e funcional, de acordo com o IAI[[2]](#footnote-2) (Instrumento de Avaliação Integrada da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), comportamentos para aquisição de saúde, nomeadamente a procura de consultas de vigilância de saúde, cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, utilização de ajudas técnicas, avaliação cognitiva e emocional, estado de consciência e expressão.
* Estabelecer prioridades de saúde para a população a caracterizar, com encaminhamentos necessários e continuidade dos cuidados. Integro na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde da comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, concretamente na circular normativa da Direção Geral da Saúde, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), identificando os idosos frágeis e vulneráveis para a continuidade de cuidados.
* Estabelecer projetos de intervenção. Otimizar e maximizar os recursos da comunidade, e promover o trabalho em parceria, encaminhando para a equipa de saúde prestadora de cuidados, de apoio domiciliário, de apoio social, das instituições que prestam apoio e que dão cobertura na zona de habitação do utente.

Promover o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções, elaborando protocolo com os parceiros Câmara Municipal, Guarda Nacional Republicana e Organização Não Governamental Médicos do Mundo.

Mobilizar os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções realizando reuniões entre parceiros e apresentando resultados em reuniões da Rede Social na Câmara Municipal de Estremoz, demonstrando resultados que suporta decisões dos responsáveis políticos e organizacionais. Promove a continuidade de cuidados na população alvo com participação multissetorial, reforça a necessidade de vigilância pela GNR, dos idosos a viverem em montes isolados, e pelas equipas de saúde na área geográfica dos utentes, encaminha para equipas específicas de cuidados domiciliários.

Demonstrar a necessidade de desenvolver estratégias diferentes na cobertura vacinal antitetânica (doença com mortalidade elevada nos idosos 10% a 80% - Portal de Saúde Pública) aos idosos uma vez que 54,4% não estão vacinados.

* Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, informando sobre as respostas de saúde existentes, encaminhando e educando para a saúde. Projeto parceria com instituições da comunidade e Rede Social, num projeto de intervenção comunitária dirigido a um grupo vulnerável, idosos a viverem em lugares isolados. Pesquisa e avalia fatores de risco, nomeadamente estado de saúde como a hipertensão arterial, diabetes, risco cardiovascular (avaliação peso, altura e perímetro abdominal), gestão adequada do regime terapêutico, alimentação, dependência física e funcional, comportamentos inadequados para a saúde, promove educação para a saúde oportunistas e adequadas aos diagnósticos.

Considero que as competências adquiridas durante este estágio referem-se a algumas das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária: “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” e “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”. (pág. 8667,8668. 2011)

Os critérios que avaliam a unidade de competência atingida são, nomeadamente, identificar as necessidades de saúde de um grupo (população idosa a viver em montes isolados) definindo o seu perfil de saúde, integrar na tomada de decisão orientações e normas da Direção Geral da Saúde, e especificamente o Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas, definir objetivos e estratégias de intervenção exequíveis e articuladas, as estratégias estabelecidas de acordo com os recursos disponíveis na comunidade. Também considero ter mobilizado responsáveis organizacionais (ONG Médicos do Mundo, GNR) e políticos (Câmara Municipal de Estremoz), promovendo trabalho em parceria para garantir maior eficácia na intervenção em reunião da Rede Social e disponibilizei informação, apresentando o decurso do projeto e resultados adquiridos. Também considero ter utilizado conhecimentos de diferentes disciplinas no processo de mobilização e participação dos grupos alvo.

# 3 – Análise da População

# 3.1 – Caraterização dos Utentes do Centro de Saúde (ACES Alentejo Central I)

A população alvo da UCC Estremoz são todos os utentes inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e todos os utentes não inscritos ou inscritos em outras Unidades e que residam na área geográfica de intervenção da UCC, “ (…) tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção (… )” conforme Despacho 10143/2009, artigo 3º, ou de outras áreas geográficas e que utilizem instituições sob intervenção em cuidados de saúde, da UCC Estremoz, como acontece com a população escolar.

# 3.1.1 – Utentes Inscritos no Centro de Saúde de Estremoz

Durante o decurso do ano 2011 com base na reorganização dos Centros de Saúde em unidades funcionais, segundo triénio, a UCSP Estremoz foi constituída, por esse motivo os dados apresentados (ano 2011) referem-se ao Centro de Saúde. Também em início do mês de Outubro de 2011 a Unidade de Saúde Familiar de Borba passou a prestar cuidados à população de uma freguesia do concelho de Estremoz, os Arcos. Este não interfere na população alvo da UCC Estremoz porque a área geográfica abrangida por esta unidade é todo o concelho e foram realizados protocolos de articulação com as diferentes unidades funcionais.

O conjunto das unidades funcionais tem sede na cidade de Estremoz e extensões de saúde em oito freguesias: Arcos, S. Domingos de Analoura, Évora Monte, Glória, S. Bento do Ameixial, S. Bento do Cortiço, S. Lourenço de Mamporcão e Veiros, como já foi referido.

Em fevereiro de 2012 a população inscrita no Centro de Saúde de Estremoz era de 14726 utentes.

Esta população distribui-se da seguinte forma, por grupo etário e sexo:

Quadro 3 – Utentes inscritos no Centro de Saúde de Estremoz, por grupo etário e sexo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grupos etários** | **Masculino** | **Feminino** | **TOTAL** |
| 0-4 anos | 255 | 243 | 498 |
| 5-9- anos | 298 | 274 | 572 |
| 10-14 anos | 342 | 273 | 615 |
| 15-19 anos | 336 | 344 | 680 |
| 20- 24 anos | 398 | 405 | 803 |
| 25- 29 anos | 459 | 384 | 843 |
| 30-34 anos | 450 | 452 | 902 |
| 35- 39 anos | 458 | 502 | 960 |
| 40- 44 anos | 524 | 536 | 1060 |
| 45- 49 anos | 544 | 540 | 1084 |
| 50- 54 anos | 509 | 509 | 1018 |
| 55- 59 anos | 403 | 390 | 793 |
| 60- 64 anos | 362 | 406 | 768 |
| 65- 69 anos | 346 | 466 | 812 |
| 70- 74 anos | 381 | 547 | 928 |
| 75 e + anos | 990 | 1400 | 2390 |
| **Totais** | **7055** | **7671** | **14726** |

(Fonte: SINUS, Centro de Saúde de Estremoz Fevereiro 2012)

Do total de utentes com 65 e mais anos prevalece o sexo feminino com 2413 utentes e 2390 têm 75 e mais anos, sendo este grupo 16,23% do total da população.

Quadro 4- Distribuição dos utentes por freguesia do concelho

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Freguesias** | **Total** | **%** |
| Santa Maria e Santo André (Sede) | 10277 | 69,79 |
| São Bento do Ameixial | 162 | 1,10 |
| Arcos | 859 | 5,83 |
| Glória | 446 | 3,03 |
| Evoramonte | 557 | 3,78 |
| Veiros | 1006 | 6,83 |
| São Lourenço de Mamporcão | 517 | 3,51 |
| São Bento do Cortiço | 661 | 4,49 |
| São Domingos de Ana Loura | 239 | 1,62 |
| Total | 14726 |  |

(Fonte: SINUS, Centro de Saúde de Estremoz, Fevereiro 2012)

# 3.2 – Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

# 3.2.1 – Seleção da População

O nosso grupo alvo são os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que residem em lugares isolados do concelho de Estremoz. Aconteceu que alguns dos utentes caraterizados vivem em zonas limítrofes do concelho e estão inscritos em outros Centros de Saúde, como Borba e Sousel.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), (Censos, 2001), população isolada são os indivíduos residentes em aglomerados populacionais com menos de 10 alojamentos, ou em alojamentos dispersos não integrados em aglomerados populacionais (lugares).

Como podemos verificar na fig.3, no concelho de Estremoz a grande maioria das freguesias rurais não têm ligação viária entre elas. A rede viária entre a sede do concelho e as freguesias encontra-se em bom estado de conservação, não acontecendo o mesmo em alguns caminhos rurais e algumas das poucas ligações existentes entre as freguesias rurais.

Fig. 2 – Rede viária concelho Estremoz

Mapa: Estremoz

(c) Todos os direitos reservados
Filipe Moreira / Semantix

As acessibilidades e a rede de transportes precária, praticamente sem transportes públicos disponíveis são dos problemas mais flagrantes no ordenamento do território. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde aumentam se associarmos problemas de situações de maior risco, como a doença, dependência física, funcional, rede familiar precária ou inexistente.

A estrutura das relações familiares alterou-se, essencialmente por quebra da cadeia proximal familiar e pelo aumento do número de divórcios. A existência de clã tende a desaparecer, os jovens afastam-se dos meios rurais em procura de grandes cidades, especialmente nas faixas litorais. Os idosos mantém-se nas zonas rurais (…)”subsistindo numa solidão que aceitam pala melhoria das condições dos seus, mas que tem os seus custos, físicos, psíquicos e sócias.” (Costa, 1998:11)

A Guarda Nacional Republicana de Estremoz, como já foi referida anteriormente, realizou um levantamento de dados identificativos de pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos) a viverem em montes isolados do concelho, no âmbito da rubrica “Operação Censos Sénior” (programa “Apoio 65 – Idosos em Segurança”), campanha iniciada em 2011 dirigida aos idosos que vivem sozinhos e/ou isolados. A viverem em lugares isolados foram identificados 82 idosos, também foi observado, através dos registos de procura de saúde no Centro de Saúde de Estremoz, que 17 não tinham qualquer registo no SINUS (Sistema de Informação nas Unidades de Saúde) no ano anterior, 2010.

Em reunião de parceiros sociais da Rede Social de Estremoz, na qual a enfermeira coordenadora da UCC Estremoz está como representante da área da saúde do concelho e como mestranda, e com a possibilidade de realizar parceria com a ONG Médicos do Mundo para a disponibilização de uma Unidade Móvel de Saúde foi proposto, pela UCC, este projeto de parceria que serviu de base ao estágio de Mestrado de Enfermagem Comunitária.

# 3.2.2 – Cuidados e Necessidades da População Alvo

A esperança média de vida tem vindo a aumentar, sendo um indicador de qualidade de vida de um país. Deve-se essencialmente ao desenvolvimento das sociedades humanas, melhoria da qualidade de vida e de saúde das populações, surgindo por consequência alterações demográficas das quais se destaca o envelhecimento.

Segundo Àvila (2009), o aumento da longevidade conduz, inevitavelmente, a um aumento da incidência de doenças crónicas e de fragilidades, levando, por conseguinte, a uma maior procura de cuidados de saúde e a uma maior necessidade desses cuidados.

Também, segundo o mesmo autor, os enfermeiros detêm um papel fulcral na prestação desses cuidados, levando os indivíduos a mobilizar as suas potencialidades consoante o seu estado de saúde. Assim, refere que os cuidados de proximidade, principalmente os domiciliários, permitem uma maior humanização dos cuidados em geral e permitem dar uma resposta adequada à complexidade de problemas e necessidades dos idosos.

Ainda refere que Portugal tem assistido a um aumento da população idosa, como consequência da fraca natalidade e do aumento da esperança média de vida. Refere que associado a estes fatos, de baixa natalidade e baixa mortalidade existem movimentos migratórios que contribuem para um envelhecimento acentuado da população (Ávila, 2009)

A definição de envelhecimento, para Ermida (1999) é “(…) um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.”(…) “Envelhecer é uma caraterística, por enquanto inevitável, das formas de vida mais elevadas.” (Ermida, 1999: 43)

Segundo o mesmo autor, existe um envelhecimento biológico, alterações estruturais e funcionais, que nem sempre é coincidente com o envelhecimento cronológico do indivíduo. É ainda realçado um outro tipo de envelhecimento, com consequências importantes no campo biológico, é o envelhecimento social. O papel social e familiar do idoso diminui ou perde-se, podendo provocar alterações no seu normal equilíbrio bio-psico-social, fragilizado por si nesta etapa de vida, levando a descompensação de patologias e somatização de problemas. (Ermida, 1999)

Berger (1995), compila várias teorias do envelhecimento e conclui que o ser humano envelhece em vários planos, biológico, social, psicológico.

A conceção de saúde de cada idoso é realçada pela importância da autonomia individual. “ (…) não basta lutar contra a doença e a morte, há que reforçar (…) a capacidade de adaptação ao meio ambiente e levar a bom termo os objetivos que cada um fixou.” (Berger, 1995: 120)

O mesmo autor refere que os idosos detêm capacidade de mudança e de adaptação, de reverem a sua escala de valores e de fixarem novos objetivos a atingir, à medida que as alterações surgem.

Para a recolha de dados, como já referido anteriormente, foi utilizado o Instrumento de Avaliação Integrada (IAI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Este questionário fornece informação sobre “queixas de saúde”, nomeadamente “musculares” e “esqueléticas”, da “visão”, “audição”, “pele”, “outros órgãos/sistemas”, “estado de nutrição” em que o individuo se encontra, “locomoção” e “quedas”, “autonomia física” e “instrumental”, “queixas emocionais”, “estado cognitivo”, “estado social”, “hábitos de vida” como atividade física e alimentação. Identifica perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida. O próprio sistema informático da RNCCI permite quantificar e registar numericamente perfil biopsicossocial, (entre 0 e 1 classifica-se de desfavoráveis ou indesejáveis, entre 2 e 3 é favoráveis ou desejáveis). No presente estágio esse perfil não se encontra introduzido uma vez que os utentes não são utentes da RNCCI, são avaliados em suporte de papel e programa informático Excel e alguns dos itens não são possíveis de avaliar sem introduzir os dados no sistema informático. [www.rncci.min-saude.pt/Paginas/profissionais.aspx](http://www.rncci.min-saude.pt/Paginas/profissionais.aspx)

Também foram recolhidos dados identificativos, relativos ao agregado familiar, dados de saúde (dados sobre cumprimento do Plano Nacional de Vacinação, utilização ou não de ajudas técnicas, alergias, situação clínica conhecida pelo utente, medicação atual), avaliação social (apoios que recebe, situação habitacional, situação económica), conforme instrumento de colheita de dados criados pela equipa.

Relativamente ao grupo alvo estudado quanto ao género, 87 indivíduos (55%) são do sexo feminino e 71 do sexo masculino (45%). O grupo estudado tem como características de inclusão estar sinalizado pela GNR Estremoz, e viver em montes isolados e ter idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Existem alguns indivíduos identificados no relatório, com menos de 65 anos (2 indivíduos) porque apresentavam alguns critérios de necessidade de ensinos e encaminhamento para unidades de saúde. Também apresentavam critérios de isolamento assim como necessidades em termos de saúde por desconhecimento na gestão da medicação anti-hipertensiva e vacinação desatualizada.

O grupo etário que prevalece é o que se situa entre os 71 e os 80 anos, com 58% e o grupo menos representativo é dos 90 e mais anos, 3%, por razões de dificuldade acrescida em viverem isolados com uma idade tão avançada e por serem menos representativos em termos populacionais.

Gráfico 2 – Idade do grupo alvo

Quando interrogados sobre conhecimento de problemas atuais, relacionados com a sua saúde individual, independentemente de se frequentam ou não consultas de vigilância, a população referiu os seguintes problemas[[3]](#footnote-3):

* Tensão Arterial Elevada, verificada sempre a existência de medicação no domicílio, foi um problema referido por 33% da população, que corresponde a 57 indivíduos;
* Problemas relacionados com o sistema cardiovascular, 30 (17% do total), dos quais 3 pessoas referiram ter sofrido enfarte do miocárdio, 3 tinham sido intervencionados a uma cirurgia cardíaca e 13 tinham sofrido um Acidente Vascular Cerebral;
* Colesterol elevado é um problema identificado por 13% (23 indivíduos);
* Dores osteo articulares, 11 pessoas referiram ser o seu principal problema, (6% da população);
* Problemas relacionados com o diagnóstico de um Tumor Maligno foram referidos por 6 pessoas (4%);
* Problemas de insuficiência renal foi identificado por 4 indivíduos, (2%);
* Problema gástrico, com uso ou não de medicação, foi referido por 6 pessoas (3%);
* Situações de demências conhecidas, foi referido 3 pessoas (2%)

Do total de idosos visitados 34 (21,5%) não referiram qualquer tipo de problema de saúde conhecido por eles.

Gráfico 3 – Problemas de saúde referido pelo grupo

No questionário utilizado, IAI, as queixas de saúde são categorizadas em:

* “Musculo Esqueléticas”, considerados sinais e sintomas de todo o corpo humano, medo de cancro, medo de doença músculo esquelética, incapacidade/limitação funcional – referido por 33 pessoas (23%).
* “Queixas de Visão”, correspondem a vários problemas como a dor no olho, lacrimejar, olho vermelho, incapacidade/limitação da visão, entre outros – 7 pessoas identificaram este problema (5%).
* “Queixa de Audição”, em que se considera medo de problemas no ouvido, dor, secreção, zumbido, incapacidade/limitação da audição, entre outros – foi o problema mais referido no questionário, 62 idosos (42%).
* “Queixas de Pele”, consideram-se nomeadamente problemas dermatológicos, assim como medo de cancro de pele, problemas do couro cabeludo – 6 indivíduos consideraram estas queixas (4%).
* “Queixas Outros Órgãos ou Sistemas”, este parâmetro refere-se a queixas nos aparelhos não identificados anteriormente, como é o caso do aparelho digestivo, endócrino, circulatório, urinário, entre outros – 38 idosos consideraram ter problemas de saúde em outros órgãos ou sistemas, corresponde a 26% do grupo

Gráfico 4 – Queixas de Saúde

Quando ao registo de vacinas[[4]](#footnote-4), confirmado no local com a existência de boletim de vacinas ou posteriormente pelo programa SINUS (Sistema de Informação nas Unidades de Saúde), na UCC, 86 idosos não estavam vacinados com a vacina antitetânica (três inoculações), o que corresponde a 54% do grupo alvo.

O questionário identifica, por ordem de aplicação, o estado nutricional. Para tal os idosos foram avaliados em peso e altura. Os mais dependentes, com dificuldade em manter posição de pé na balança não foram avaliados (total de dois indivíduos).

Foi avaliado Índice de Massa Corporal (IMC), que corresponde ao peso/altura2, em que se considera no questionário IAI, 16,0 a 18,4 magreza/baixo peso, 18,5 a 25,0 adequado, 25,0 a 30,0 excesso de peso, mais de 30,0 obesidade.

Os resultados obtidos correspondem a magreza ou baixo peso 5 idosos (3%), excesso de peso 26 pessoas (17%) e obesidade 6 indivíduos (4%), peso adequado 119 (76%).

Gráfico 5 – Estado Nutricional

O risco de queda é elevado neste grupo etário, tal como nos diz Berger (1995: 380), como consequência de alguns défices, nomeadamente sensoriais. Assim a dificuldade em andar, em manter o equilíbrio e a vulnerabilidade agravada a quedas, estão presentes neste grupo.

De acordo com Gráfico 6, do total da população inquirida, 12 indivíduos (7,5%) tinham sofrido quedas no último ano, dos quais 1 tinha sofrido mais de quatro quedas (1%), 3 tinham sofrido duas a três quedas (2%) e 8 tinham sofrido uma queda (5%)[[5]](#footnote-5). Não foi registado qual o motivo da queda, se por fatores internos, externos ou ambo, devido à dificuldade na perceção desse acontecimento nem o momento da queda (não é valorizado nem avaliado), porque alguns indivíduos não se recordavam da data da queda e este questionário não é feito em contexto de admissão, referenciação ou internamento em cuidados continuados.

Perante a falta destes dois dados não é utilizada a escala do IAI, em que classifica as quedas desde nível mau, insatisfatório, satisfatório e bom, dependendo da avaliação de “número de quedas”, “momento da queda”, “motivo da queda” e “sequelas resultantes”. As sequelas resultantes da queda aconteceu em 5 idosos, dos quais 1 com alteração da mobilidade (fratura do membro inferior).

Gráfico 6 – Quedas Último Ano (2011)

Um item do IAI aplicado a este grupo relaciona-se com o domínio “locomoção” do indivíduo. Dentro desde domínio avalia-se a capacidade do indivíduo em “Andar em Casa ou em Edifícios”, “Andar na Rua”, “Andar em Escadas” e a “Locomoção e Meios para a Visão e Audição” (relaciona a capacidade de se locomover com a utilização ou não de meios para a visão e audição).

Nestes subdomínios, é avaliado se o indivíduo é incapaz, dependente, autónomo ou independente, através da classificação de, “Dependente de Terceiros” (consegue fazer desde que outro apoie ou ajude), se utiliza “Meios” (ajudas técnicas) ou se é “Independente”. Este grupo alvo é caraterizado por ser maioritariamente independente (72%) em Andar em Casa ou em Edifícios, conforme Gráfico 7. Os indivíduos dependentes ou com necessidade de apoio de terceiros vivem com familiares que lhes prestam cuidados. Também se verifica que 25% da população alvo utiliza meios, nomeadamente bengala, canadianas e andarilho. Dois utilizavam cadeira de rodas, pois trata-se de uma faixa etária avançada e com patologias associadas. Só 1% é classificado como “Incapaz” para esta atividade de vida diária.

Gráfico 7 – Locomoção: Andar em Casa

Relativamente à Locomoção Andar na Rua, os indivíduos continuam maioritariamente independentes (65%) mas duplica o número de incapaz, 2%, em andar na rua (não sai), aumentam os indivíduos que necessitam de terceiros para o fazerem (5%) e os que utilizam meios para o conseguir (28%). Representa-se graficamente da seguinte forma.

Gráfico 8 – Locomoção: Andar na Rua

Como referido anteriormente um dos subdomínios da avaliação da “Locomoção” é a capacidade do indivíduo “Andar em Escadas”, subir e descer escadas. Neste caso o número de “Incapaz, não usa”, aumentou (6%) assim como aqueles que necessitam da ajuda de terceiros para o fazerem (8%). A utilização de meios diminuiu, porque mesmo com algumas ajudas técnicas a necessidade de terceiros mantêm-se (21%). Os indivíduos independentes mantêm-se em número elevado (65%), conforme Gráfico 9.

Gráfico 9 – Locomoção: Andar em Escadas

Este Instrumento de avaliação, IAI, inter-relaciona a capacidade do “Locomoção” do indivíduo com a utilização de “meios para a visão e audição” (uso de óculos, lentes de contato, próteses auditivas), continua a maioria a ser independente, sem necessitar deste apoio. Verifica-se que 37 indivíduos utilizam meios para a visão, óculos, e 4 utilizam prótese externa auditiva (total de 25%), conforme representação gráfica (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Locomoção: Meios para Visão e Audição

A caraterização seguinte no questionário utilizado corresponde à Autonomia Física e utiliza oito atividades de vida diária (“lavar-se, vestir-se, transferir-se da cama, transferir-se da cadeira, usar sanita e/ou bacio e/ou urinol, controlar urina, controlar fezes e alimentar-se”) baseado no Índice de Katz[[6]](#footnote-6), tal como a utilização de “meios de visão” (uso de óculos ou lentes de contato) e “audição” (aparelhos auditivos) relacionados com a autonomia física. Estas atividades de vida diária são classificadas em ”Incapaz”, “Dependente de terceiros”, “Meios” (acabamentos no vestir, na incontinência se incontinência esporádica, na alimentação), e “Independente”.

A população estudada mantém as mesmas caraterísticas anteriormente apresentadas, verificando-se, (Gráfico 11), que maioritariamente são Independentes (89%), considerado Incapaz 1 individuo (1%), 8 Dependente de Terceiros (5%) e 8 utilizam Meios (5%) para serem autónomos. Relativamente aos” meios para visão e audição” os números são os anteriormente referidos, 39 utilizam óculos ou próteses auditivas e 119 são independentes.

Gráfico 11 – Autonomia Física

O questionário avalia os indivíduos segundo a sua “Autonomia Instrumental” em nove tarefas de atividades instrumentais (“usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas de lida da casa, lavar e tratar da roupa, usar transportes onde não pode ir a pé, tomar os seus medicamentos, gerir o seu dinheiro, e na autonomia instrumental com meios para a visão e audição”), baseada na Escala de Lawton[[7]](#footnote-7).

À semelhança da anterior avaliação da Autonomia Física, também estas atividades instrumentais são classificadas em “Incapaz”, “Dependente de terceiros”, “Meios” (ajuda ocasional para realizar a tarefa), e “Independente”.

O item, que também aqui se refere aos meios utilizados para visão e audição nesta atividade são os anteriormente descritos (39 meios e 119 independentes).

Nesta fase do instrumento verificou-se que aumentou o número de indivíduos com Incapacidade (5%) ou com Dependência de Terceiros (9%) para a realização das tarefas, apesar de se manterem maioritariamente Independentes, 68%, conforme Gráfico 12.

Gráfico 12 – Autonomia Instrumental

O IAI também avalia as “Queixas Emocionais” dos indivíduos, através das questões da área psicológica do instrumento de avaliação.

Nesta área a avaliar, o inquérito é baseia-se em perguntar se está “Triste/deprimido” e “Nervoso/ansioso”, e classificar, se existirem queixas emocionais em “Muito Tempo” (perguntando se é todos os dias e maior parte do dia), “Metade do Tempo” (se durante o dia sente tristeza ou nervosismo durante metade desse dia), “Pouco Tempo” (acontece essa sensação por vezes) ou “Nunca”. Ainda foi perguntado se existiam ou não ”Outras Queixas Emocionais”, como é o caso de zangado, irritado, tiques, abuso de álcool, abuso de medicação, de tabaco, entre outros). Relativamente a estas “Outras Queixas Emocionais”, referiram queixas 3 indivíduos da população em estudo, dois irritação/zanga e um medo de doença mental.

A maioria dos indivíduos apresenta classificação nas “Queixas Emocionais de Nunca ter essa Sensação” 53%, “Triste/Deprimido” em 53% e ”Nervoso/Ansioso” em 56%, conforme Gráficos 13 e 14.

Gráfico 13 – Queixas Emocionais: Triste/Deprimido

Quanto à “Queixa Nervoso/Ansioso” é representada graficamente da seguinte forma (Gráfico 14). Também aqui se verifica que a maioria dos indivíduos refere “Nunca” ter a queixas relativas a Ansiedade e Nervosismo (56%), os que referem “Muito Tempo” são em menor número (10%) que no gráfico anterior, “Triste e Deprimido”.

Gráfico 14 – Queixas Emocionais: Nervoso/Ansioso

Continuando na avaliação da área psicológica da população alvo, o instrumento avalia o Estado Cognitivo, através da Orientação no Tempo e Orientação no Espaço, “excerto” da avaliação mental do Mini Mental State, conforme é referido nas orientações sobre IAI[[8]](#footnote-8).

Relativamente à “Orientação no Tempo” avalia o ano em que estamos, o mês em que estamos, o dia do mês, a estação do ano e o dia da semana, as respostas são “certo” ou “errado/não sabe/ não responde”.

A “Orientação no Espaço” é avaliada por perguntar: em que país vive, em que terra vive, em que distrito vive, morada da casa em que está, em que andar vive. De igual modo as respostas é: “certo” ou “errado/não sabe/ não responde”.

A avaliação no sistema informático da RNCCI corresponde a uma média da pontuação adquirida nas respostas: 0 errado, 1 certo, em que a pontuação total 0 significa Mau, a pontuação 1 Insatisfatório, 2 Satisfatório, 3 Bom. Nesta caraterização só refiro a percentagem de respostas certas e erradas na avaliação do “Estado Cognitivo” da população, uma vez que não utilizo o sistema informático.

Conforme Gráfico 15, podemos verificar que os idosos respondem certo em 95,5% no item “Dia da Semana”, o item em que as respostas corretas são menores é “Ano”, e mesmo assim é de 88,6% de respostas certas.

Gráfico 15 – Estado Cognitivo: Orientação no Tempo

Quanto à “Orientação Espacial”, (Gráfico 16), foi perguntado à população em estudo como se chama o nosso país ajudando por vezes com exemplos porque a palavra país era de difícil compreensão, em que distrito vive, em que terra vive, qual a morada desta casa, em que andar está. De igual modo a maioria respondeu de maneira acertada às perguntas, e o número de pessoas que errou foi sempre menor que no anterior.

A percentagem de respostas certas é muito alta, a mais alta é na pergunta relativa à “Terra”; em que terra vive, de 98%, a mais baixa relativamente às respostas certas, é o item “Distrito”, 96%. As respostas certas na “Orientação no Espaço” são ligeiramente superiores ás de “Orientação no Tempo”.

Gráfico 16 - Estado Cognitivo: Orientação no Espaço

O IAI é constituído por avaliação social, através do questionário “Estado Social” avalia-se o “Isolamento Social” (estado civil, numero de coabitantes, tempo em que está só nas 24h, ter com quem desabafar/ falar de assuntos pessoais) e “Habilitações” (escolaridade e profissão).

Quanto ao estado civil do grupo a maioria é casada, 102 indivíduos que corresponde a 65%, ou vive em união de facto com outras pessoas. As pessoas em situação de viúvo, separado ou solteiro representam 35% do grupo.

Relativamente aos coabitantes os dados que recolhemos indica o número de coabitantes na casa dos inquiridos. Normalmente vivem a dois, mas existem 24 indivíduos que vivem com os filhos. Alguns destes casos, o agregado familiar é constituído por várias gerações, um dos filhos constituiu família e ficaram todos a residir juntos, outros casos são pais idosos que residem com filhos adultos. Também existem três casos de pais a residirem com filhos adultos mas com deficiência mental.

A classificação número de coabitantes na casa dos indivíduos do estudo, foi dividido em “Vive só” e “Vive acompanhado”, conforme Gráfico 18. O número de pessoas que vivem acompanhadas é de 75% (119 pessoas), vivem sós 39 pessoas (25%).

Para melhor percebermos a dimensão do problema dos idosos a viverem sós, foi feita correlação entre idade e número de idosos a habitarem sozinhos.

O grupo maioritário, de acordo com o Gráfico 17, é constituído pelo grupo etário entre 70 e 79 anos, o grupo maioritário do estudo, com 64%. O grupo menos representativo é o grupo de idades igual ou superior a 90 anos, com 5%.

Gráfico 17 – Vive só/Idade

Continuando a caraterização do grupo alvo, que permite identificar necessidades e os cuidados a prestar, e de acordo como IAI, a caraterização do Isolamento Social classifica o tempo que os idosos estão sós nas 24 h, em dois itens, “8 ou mais hora” e “menos de 8 horas”.

Existe um número elevado de indivíduos a permanecerem mais de 8 horas sós, o que corresponde a 30% do total em estudo, 47 pessoas. São111, 70%, as pessoas que estão sós menos de oito horas por dia (Gráfico 18).

Gráfico 18 – Tempo em está só nas 24 h

Um outro item que avalia o Isolamento Social é o “ter com quem desabafar/ ter confidente” ou seja, poder falar com alguém de assuntos pessoais. De acordo com o Gráfico 19, existem 18% de pessoas que não têm confidente e 82% que podem falar de assuntos pessoais.

Gráfico 19 – Ter confidente

O “Estado Social” também é avaliado pelo item “Escolaridade”, em que existem vários níveis possíveis de escolha, como: “não tem educação” (significa não sabe ler nem escrever), “primeiro estadio da educação básica” (ter 4ª classe ou 6º ano), “segundo estadio de educação básica” (5º ano antigo/9º ano), “educação 2ª” (7º ano antigo/12º ano), “educação pós 2ª” (6m a 2 anos/bacharelato), primeiro estadio da educação 3ª (2 anos curso/curso superior) e segundo estadio da educação 3ª (3 a 7 anos doutoramento/ investigação avançada).

O grupo alvo do estudo, situa-se maioritariamente no item “não tem educação”, não sabe ler nem escrever (57%), seguido do “primeiro estadio da educação básica”, ter 4ª classe ou 6º ano (34%).

Os indivíduos com nível de escolaridade mais avançada, 1%, residem em lugares isolados a maior parte do tempo, por esse motivo foram também contabilizados.

Gráfico 20 - Escolaridade

O último ponto do questionário, relativamente à avaliação social, é relativo á “Profissão”. Esta questão tem 9 itens de escolha única, dividindo a pontuação em “profissões não qualificadas” (operadores de máquinas/fábricas, vendedores ambulantes, agricultura e pescas não qualificados, empregada doméstica), “qualificadas” (serviços e vendedores, agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, pintores, costureiras), “intermédios” (técnicos e profissionais de nível intermédio, administrativos) e “especialistas” (quadros superiores, especialistas/profissões intelectuais e cientificas). Não utilizamos a pontuação do sistema informático da RNCCI mas classificamos os indivíduos quanto à sua profissão, nestes quatro itens.

Gráfico 21 - Profissões

O inquérito foi realizado de acordo com as questões que se encontram no IAI, perguntas concreta da profissão exercida, e posteriormente agrupadas em quatro eixos, conforme gráfico anterior. O grupo profissional maioritário é “Não qualificado”, 64%, essencialmente da área da agricultura e empregadas domésticas, seguido do grupo profissional “Qualificado” de 27%, constituído por agricultores, vendedores. No nível “Intermédio” existem profissões como militares, administrativos, bancários e “Especialistas”, engloba profissões intelectuais e científicas, neste grupo existem três indivíduos de quadros superior e professores.

O último ponto do IAI pertence á área social e avalia “Hábitos”, nos itens “Atividade Física” e “Numero de Refeições”.

A “Atividade Física” avalia o andar a pé na rua e número de horas por semana, ginástica ou desporto e número de horas por semana, outra atividade física e número de horas por semana.

O segundo item avalia o “Número de Refeições” por dia, com campo para pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar, ceia e outras, conforme Gráfico 22.

A maioria das pessoas toma quatro refeições por dia (52%), pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Também existe uma percentagem elevada que toma uma ceia porque janta cedo, cinco refeições ou mais é representativo de 39% da população. Existem uma pequena percentagem, 9%, que só toma três refeições por dia.

Gráfico 22 – Refeições diárias

A “Atividade Física” também foi questionada, uma vez que integra o IAI. Neste tema a atividade física desenvolvida é “andar a pé na rua”. Muitos indivíduos trabalham no campo e guardam animais de rebanho, essas horas foram contabilizadas no item “andar a pé”. Este é o motivo para que este item tenha um número de horas superiores.

Neste item todas as atividades são contabilizadas em tempo de realização por semana. Nomeadamente 1 a 3 h por semana, 3 a 6 h por semana e mais de 6 horas por semana.

Realizar “ginástica ou outro desporto” tem um número de horas pequeno, existem três pessoas que fazem hidroginástica e dança na academia sénior de Estremoz. A dificuldade na deslocação é um impedimento para maior número de pessoas aderirem. No item “outra atividade física” foi considerado os tratamentos de fisioterapia que as pessoas fazem nas diversas instituições que prestam estes cuidados, por esse motivo existem 7 pessoas a realizarem 1 a 3 h por semana, 4,4%, conforme Gráfico 23.

“Andar a pé” 1 a 3 h por semana representa 23% da população, 3 a 6 h por semana representa 7,5%, já mais de 6 h por semana é representativo de 5% do grupo. Sem atividade em ginástica ou desporto adquire a maior percentagem, de 98%.

Gráfico 23 – Atividade Física

Este foi o último item do IAI avaliado, uma vez que é o ultimo item do questionário utilizado na caraterização do grupo alvo.

# 3.3 – Estudos sobre Programas de Intervenção com o Grupo Alvo

O significado da expressão “Cuidados de Proximidade”, significa precisamente o conjunto de cuidados, neste caso de saúde, articulados de serviços e outros recursos de saúde, disponíveis para os cidadãos e que se encontram o mais próximo possível (não só fisicamente mas também na acessibilidade) e disponíveis. Quer sejam cuidados inerentes a cuidados de prevenção e promoção de saúde, quer sejam de tratamento, recuperação ou adaptação.

Assiste-se em Portugal a uma mudança de paradigma na filosofia da prestação de cuidados, tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros em diversos momentos, durante o ano 2011, concretamente pela Sra. Bastonária em discurso públicos relatados pelos jornais e noticiários. Cuidados prestados com uma nova organização, em que os cuidados de saúde primários deverão ter uma aposta na complementaridade, multidisciplinaridade, articulação e centrados no cidadão, com estratégias de planeamento e desenvolvimento de ordem geográfica.

“De um modo geral, os estudos disponíveis confirmam que, se forem disponibilizadosserviços de proximidade de elevada qualidade, a maioria dos antigos utentes de instituições prefere claramente a vida em comunidade e exibe níveis mais elevados de satisfação pessoal e inclusão social, com menos problemas associados à insegurança ou à solidão do que seria de esperar.” (Comissão Europeia - Relatório do Grupo de Peritos Ad Hoc sobre a Transição dos Cuidados Institucionais para os Cuidados de Proximidade2009:13) Trabalho elaborado por um grupo de peritos, da Comissão Europeia, sobre a “Transição dos Cuidados Institucionais para os Cuidados de Proximidade”. Este estudo é abrangente em termos de etapas do ciclo de vida da pessoa, analisa desde a infância até ao idoso, em que aborda as questões económicas, sociais, institucionais, de utilização de fundos europeus na formação profissional, promoção de indicadores relacionados com a qualidade de vida, aborda o direito do cidadão em viver de forma independente e de ser incluído na comunidade e realiza orientações e recomendações para esta alteração na filosofia de prestação de cuidados. Promove o desenvolvimento de cuidados de saúde em contexto domiciliário em oposição ao contexto institucional, em pessoas com doenças crónica, incapacitante ou não, e também em idosos.

A reorganização dos Centros de Saúde em unidades funcionais e, concretamente, a criação de Unidade de Cuidados na Comunidade, conforme já referido anteriormente, baseado em cuidados de saúde articulados, multidisciplinares, continuados. Tendo como missão a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico, social, de âmbito domiciliário e comunitário, dirigidos a utentes, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo é a implementação de uma resposta de cuidados de saúde de proximidade. (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro). Motivo principal para a realização do estágio nesta unidade funcional e elaboração do presente Relatório. Também a população foi selecionada por ser uma população vulnerável, com necessidade de cuidados de proximidade e de encaminhamento.

O estudo de Rui Ávila, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem (Porto, 2009) com o tema “Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade”, contextualiza e agrega informação que foi utilizada no presente Relatório, nomeadamente em termos de conceitos e de orientações para a problemática dos cuidados de proximidade.

Este estudo tem como objetivo identificar “as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados de proximidade aos idosos”, valorizando os cuidados de promoção de saúde e prevenção da doença, intervenções também identificadas no presente Relatório de Estágio. O estudo em questão também não carateriza a necessidade de cuidados sentidas pelos idosos apesar de salientar que os cuidados domiciliários emergem das necessidades das pessoas. Como a população alvo deste estudo são os enfermeiros, é reconhecida, por estes profissionais a importância dos cuidados de proximidade, pela aproximação dos profissionais ao idoso, á família e á comunidade, facilitando a identificação de necessidades, assim como a interação e planificação de cuidados. Também revela a preocupação da adequação dos cuidados às necessidades passando pelo encaminhamento.

Difere essencialmente pela população alvo em estudo, o presente Relatório de Estágio tem por “ objetivo caracterizar, em termos de saúde, os idosos frágeis e vulneráveis, a viverem em montes isolados, no concelho de Estremoz e com dificuldade de acesso aos cuidados de saúde”, abordando a multidisciplinaridade na prestação de cuidados e a articulação de recursos.

Foram consultados artigos, mas direcionados para a dependência e para a prestação de cuidados por parte da família. Também consultei artigos sobre envelhecimento ativo e depressão no idoso que consolidaram alguma informação, conforme referências bibliográficas apresentadas no final do trabalho.

# 3.4 – Recrutamento da População Alvo

A escolha da população recaiu sobre os idosos a viverem em lugares isolados no concelho de Estremoz, previamente identificados pela GNR Estremoz, através do Programa Censos Sénior.

Ao fazer o levantamento, a GNR regista os dados dos idosos ou agregado familiar numa ficha identificativa, com alguma informação relativa á capacidade de ainda ser autossuficiente ou não e o numero de pessoas que residem na casa, com localização GPS (Global Position System) do lugar.

A enfermeira da UCC Estremoz verificou as fichas do Programa Censos Sénior, 82 identificações, e comparou com dados registados no programa informático SINUS, do Centro de Saúde na procura de saúde por esses utentes. Verificámos que 17 não tinham qualquer registo no ano 2010. Este dado reforçou a necessidade de caraterizar este grupo em termos de necessidades de saúde.

Consoante o projeto se foi desenvolvendo foram sendo caraterizados outros indivíduos, por proximidade de residência com o grupo previamente definido, não identificados pela GNR, mas que se encontravam a viver em montes isolados e com idades superiores ou igual a 65 anos. O total de indivíduos incluídos no estudo foi de 158 pessoas (até Dezembro de 2011).

O instrumento de colheita de dados adotado para o estudo, IAI, também avalia o estado social do indivíduo, sendo este levantamento feito sempre por um enfermeiro e, com alguma frequência, também por um técnico de serviço social da Câmara Municipal de Estremoz.

A identificação dos idosos foi feita em contexto de visitação domiciliária, em equipa multidisciplinar (enfermeiros, assistente social e agente da GNR), com prestação de informação prévia sobre o projeto e aquisição do consentimento verbal do indivíduo para a recolha de dados e realização de intervenções necessárias.

A população alvo deste projeto tem idade igual ou superior a 65 anos[[9]](#footnote-9), reside em lugares isolados e cujo local de residência pertence ao concelho de Estremoz, podendo estar ou não inscritos no Centro de Saúde de Estremoz.

# 4 – Análise Reflexiva Sobre os Objetivos

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a etapa da definição de objetivos é fundamental, uma vez que só mediante uma correta fixação e quantificação de objetivos se pode proceder a avaliação dos resultados adquiridos.

Os objetivos específicos devem contribuir para a concretização do objetivo geral, devendo para tal serem pertinentes, mensuráveis e exequíveis.

Stanhope e Lencaster (2010) ainda nos dizem que o planeamento em saúde incluiu a análise de problemas identificados a partir dos diagnósticos de enfermagem comunitária, estabelecimento de prioridades, assim como de metas e objetivos e a identificação de atividades de intervenção.

# 4.1- Objetivos de Intervenção Profissional

De acordo com Stanhope e Lencaster (2010:10), a enfermagem de saúde pública ou comunitária tem carateristicas de ser centrada na população, ser orientada para a comunidade, preocupando-se coma relação entre estado de saúde das pessoas e o ambiente em que vivem, focalizando-se na saúde e sua prevenção, com intervenções realizadas ao nível das comunidades, em que os processos políticos são estratégias importantes para atingir objetivos e em que a preocupação é por toda a comunidade mas especialmente por subpopulações vulneráveis.

O regulamento das competências específicas do enfermeiro em enfermagem comunitária e saúde pública, nº 128/2011, de 18 de Fevereiro de 2011, diz que este enfermeiro (…)”assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.” (pág. 8667).

A identificação de necessidades de saúde de um grupo vulnerável, inserido na comunidade, é um objetivo do contexto da enfermagem comunitária, assim como as intervenções baseadas na promoção da saúde e prevenção da doença.

# 4.2 – Objetivos a Atingir com a População Alvo

Os idosos são o principal cliente dos serviços de saúde, também são alvo de reflexão ao nível de diversas estruturas da sociedade em geral e da saúde em particular. São um grupo populacional alvo de diagnósticos, estudos, programas nacionais, projetos específicos e orientações técnicas, motivados essencialmente pelos critérios de fragilidade associados.

**Objetivo Geral:**

Caracterizar, em termos de saúde, os idosos frágeis e vulneráveis, a viverem em montes isolados, no concelho de Estremoz.

**Objetivos Específicos:**

-Identificar as necessidades de saúde dos idosos frágeis.

- Determinar a continuidade dos cuidados a prestar.

- Estabelecer o roteiro da Unidade Móvel de Saúde.

- Supervisionar a equipa que assegura a continuidade dos cuidados.

# 5 – Análise Reflexiva sobre as Intervenções

As intervenções, ou atividades, são desenvolvidas com a finalidade de dar cumprimentos aos objetivos e estarem de acordo com o público-alvo.

Analisar essas intervenções e pensar criticamente sobre elas, avaliando se o foco a atingir (objetivos) foi ou não atingido e se estiveram de acordo com o grupo alvo, com o objetivo de melhorar a prática.

“As intervenções são ações em benefício das comunidades, dos sistemas, dos indivíduos e das famílias para melhorar ou proteger o estado da saúde” (Lencaster e Stanhope, 2010: p 20)

# 5.1 – Fundamentação das Intervenções

No desenvolvimento deste projeto, o passo relativo ao desenvolvimento de intervenções, baseou-se no estabelecimento de prioridades (segundo Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes, 1993).

A sequência do projeto está de acordo com as prioridades definidas, a utilização adequada de recursos e a otimização dos resultados.

As prioridades foram ordenadas da seguinte forma:

- Realizar reuniões entre os diversos parceiros e apresentação do projeto.

- Uniformizar procedimentos, registos informáticos e escritos, dos dados a colher e de articulação.

- Realizar cuidados de proximidade.

- Programar os locais a percorrer, de acordo com áreas geográficas a mapear e com identificação de idosos considerados vulneráveis.

Para conseguirmos identificar prioridades, e de acordo com Imperatori e Giraldes (1993), temos que ter um diagnóstico de situação. Um diagnóstico que corresponda às necessidades da população determina a pertinência do estudo, onde é possível intervir e como vamos intervir.

“A patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inadaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, (…)” (Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, 2004: 10) .

Este projeto baseou-se num diagnóstico prévio, tendo por início o diagnóstico da GNR em termo de número de idosos a residirem sós, os conhecimentos das autarquias e câmara municipal em relação a condições de habitabilidade e isolamento, o cruzamento de dados de procura de saúde, no Centro de Saúde, realizado pela mestranda, do grupo previamente identificado pela GNR.

Perante este diagnóstico consideramos a necessidade de recursos a afetar e a disponibilidade de uma Unidade Móvel de saúde da ONG Médicos do Mundo, equipada em termos de recursos materiais e humanos. Pelas caraterísticas relatadas em termos de possíveis problemas sociais também foi incluída uma técnica de serviço social na equipa para realizar diagnóstico social, pertencente à Câmara Municipal. Devido a algumas dificuldades de acesso geográficas assim como possíveis recusas de consentimento à colheita de dados e intervenções por referirem medo ou desconfiança, por parte dos indivíduos, a equipa foi sempre constituída por elementos da GNR.

O desenvolvimento deste projeto aconteceu pela presença de profissionais de saúde, neste caso a mestranda, em reuniões de parceria da Rede Social do concelho de Estremoz.

Segundo Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (2004), as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, incapacitantes e insidiosas, são a principal causa de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas. Também a prevalência de doenças neurodegenerativas, essencialmente doença de Parkinson e Alzheimer, aumentam com a idade, assim como os Acidentes Vasculares Cerebrais. Em Portugal a principal causa de morte a partir dos 64 anos são as doenças do aparelho circulatório e tumores malignos.

De acordo com o diagnóstico consideramos que realizar a caraterização, em termos de saúde do grupo alvo, importante para conhecer a comunidade em que estamos inseridos como técnicos de saúde e como unidade funcional de prestação de cuidados, assim como despistar possíveis problemas, encaminhar situações com necessidade, manter a continuidade de cuidados e realizar cuidados de proximidade de promoção e prevenção.

A promoção de saúde, conceito importante para o desempenho da ciência de enfermagem, está diretamente ligado á qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas. Modelo de intervenção baseado na auto vigilância, auto cuidado nos problemas de saúde, habitualmente crónicos, da pessoa idosa, permitindo a adoção de estratégias e adaptações eficazes, ao favorecer a auto responsabilidade e resolução dos seus problemas. (Cordeiro, 1999)

**Intervenções:**

**1 – Discussão do projeto em reunião conjunta, com os diversos parceiros**.

Foi feita reunião com os elementos responsáveis da GNR, responsável projetos ONG Médicos do Mundo e enfermeiro, mestranda e outra enfermeira da UCC Estremoz, técnica de serviço social da Câmara Municipal de Estremoz e técnico serviço social do Centro Distrital de Segurança Social Évora (Serviço Local Estremoz). Foi elaborado o protocolo de colaboração. (anexo I)

O presente projeto já tinha sido discutido com o Diretor Executivo do ACES Alentejo Central 1, com o Vice-presidente da Câmara Municipal de Estremoz, com a mestranda e técnica de serviço social da Câmara Municipal, em reunião anterior no Centro de Saúde.

Posteriormente ao protocolo procedeu-se a apresentação aos elementos da UCC Estremoz em reunião mensal (1ª terça feira de cada mês).

Também se procedeu a uma reunião conjunta com o coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e responsável médico do Serviço de Urgência Básico do Centro de Saúde de Estremoz.

Para divulgar o projeto foi elaborado um desdobrável, entregue às unidades de saúde, instituições e comunidade em geral. (anexo II)

**2 - Uniformizar procedimentos, registos informáticos e escritos, dos dados a colher e de articulação.**

Realizou-se uma reunião para discussão de procedimentos, entre a mestranda e enfermeira da UCC, enfermeiro da ONG e técnica de serviço social da Câmara Municipal Estremoz, sobre os dados necessários a obter com o objetivo de caraterizar os idosos, em termos de saúde e sociais, no sentido de construção de um instrumento de registos. (anexo III)

A equipa construiu um documento de colheita de dados, pessoais com nome, profissão, documentos identificativos, agregado familiar, existência de cuidador principal, necessidade de cuidados de terceiros, tipo de apoios recebidos, avaliação social, antecedentes pessoais, alergias, medicação atual, identificação de problemas de saúde atuais e antecedentes, vacinação, problemas com pele e tegumentos, notas de enfermagem (registo de valores avaliados, sinais vitais, glicemia, colesterémia, diagnósticos de enfermagem, intervenções realizadas e encaminhamentos).

Também foi construído um documento em papel, com base no IAI informático da RNCCI, para caraterizar a população alvo.

Pela necessidade de articulação entre as diferentes unidades funcionais e instituições da comunidade, foi construído um instrumento de registo para articulação entre o projeto e outras unidades de saúde e/ou sociais (anexo IV).

Os dados colhidos em instrumentos de registo de papel são posteriormente transferidos para um ficheiro em exell, para melhor utilização dos dados.

Nesta fase é realizada a colheita de dados e realizado os diagnósticos de enfermagem.

**3 – Execução de cuidados de proximidade.**

Todos os encaminhamentos são feitos com folha de referenciação entregue ao indivíduo ou a familiar, existiram casos com dificuldade em se deslocarem, em que foi entregue em mão á enfermeira da equipa de saúde da área de abrangência do idoso pela equipa do projeto.

As atividades de educação para a saúde individuais foram realizadas de acordo com diagnósticos de enfermagem, com orientações e diretivas técnicas da DGS e com o princípio orientador da promoção do envelhecimento ativo (ano 2012 Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações). Sempre que possível, organizar um pequeno grupo de indivíduos por existirem alguns pequenos aglomerados populacionais, as intervenções de educação para a saúde são feitas em grupo. “Os comportamentos de saúde são influenciados pelos grupos a que as pessoas pertencem”. (Stanhope e Lencaster 2010:315)

Também foram realizados sessões de educações para a saúde sobre Recomendações em Tempo Frio, uma vez que o grupo alvo do estudo é considerado grupo vulnerável. Recomendações relacionadas com ter sempre algum familiar ou amigo com quem mantenha contato para saber estado de saúde e conforto, utilizar roupas adaptadas á temperatura, em dias de frio extremo não sair de casa e ter provisão de alimentos e medicamentos, beber e comer alimentos quentes, cuidados acrescidos com aquecimentos. (www.**dgs**.pt/)

Encaminhados para centros de convívio e centros de dia com o objetivo de manutenção de alguns cuidados adequados em tempo frio.

**-Vacinação antitetânica e antigripal:**

Os dados demonstraram a necessidade de desenvolver estratégias diferentes na cobertura vacinal antitetânica (doença com mortalidade elevada nos idosos 10% a 80% - Portal de Saúde Pública) aos idosos uma vez que 54,4% (86 indivíduos) não estão vacinados. Foi dada informação (educação para a saúde) sobre problemas relacionados com comportamentos de não adesão á vacinação, horário e funcionamento do gabinete de vacinação.

Segundo dados atuais (Janeiro de 2012) do SINUS os utentes inscritos no Centro de Saúde de Estremoz, com idade superior ou igual a 65 anos vacinada com vacina antitetânica (três inoculações) é de 65%.

Com base nos dados obtidos pretendemos programar uma reunião com a enfermeira responsável pela vacinação na UCSP e o coordenador da unidade.

Também foram feitos ensinos sobre a necessidade de adesão à vacina antigripal e orientações no sentido de aquisição da vacina junto do médico de família e encaminhamentos para a equipa de saúde.

**- Problemas de Saúde referidos pelo grupo e Queixas de Saúde:**

Face aos dados obtidos, foram caracterizados os problemas de saúde identificados pelos idosos, quando questionados quais os seus problemas de saúde. A maior percentagem refere tensão arterial elevada, seguido de colesterol elevado e problemas cardio vasculares, depois referem dores osteoarticulares, tumor maligno, insuficiência renal e demências.

As queixas (segundo IAI) prevalentes do grupo caraterizado, são as relacionadas com problemas de “outros orgão ou sistemas”, nomeadamente aparelho digestivo, circulatório, respiratório, urinário, neurológico. Seguida de queixas relacionadas problemas de “audição” e queixas “músculo esqueléticas”, em último referem queixas de “visão” e de” pele”.

O Boletim Informativo Eurotrials (2005), apresentou um artigo, baseado no estudo sobre a Prevalência, Controlo e Tratamento da Hipertensão Arterial em Portugal, do Prof. Doutor Mário Espiga de Macedo (2005), em que o cálculo da prevalência da Hipertensão Arterial no nosso país, era de 49,5% na região Alentejo, a mais alta, atingindo 56,9% no sexo masculino e 43,2% no sexo feminino.

Segundo Stanhop e Lencaster (2010:202) “(…) a pratica ao nível do individuo muda o conhecimento, as atitudes, as crenças, as praticas e os comportamentos dos indivíduos.” Mesmo que a nossa intervenção seja em grupos, famílias e comunidades, a mudanças é sempre individual.

Os cuidados prestados relacionaram-se com avaliação de tensão arterial e colesterol, registo da medicação atual, ensinos de educação para a saúde sobre comportamentos de risco, alimentação adequada, gestão eficaz do regime terapêutico, atividade física, entre outros e de acordo com os diagnósticos de enfermagem.

A importância da gestão do regime terapêutico foi bastante reforçada, com identificação, sempre que possível, do fator da não adesão, normalmente multifatorial e relacionados com falta de memória, dificuldade na visão, dificuldades funcionais, não saber ler nem escrever, não compreensão correta das indicações e considerar que é prejudicial pelos efeitos secundários. Feitos ensinos e estratégias para a correta toma da medicação, nomeadamente com recurso a aquisição de caixas de medicação semanais (feitos contatos com familiares para ensino e aquisição das caixas unidose), estratégias de identificação com cores e desenhos nas caixas dos medicamentos e desmistificação de alguns efeitos secundários.

A não adesão acontece frequentemente neste grupo etário, como nos diz Henriques (2006), cerca de 80% dos idosos tomam quatro a cinco medicamentos, e a não adesão traduz-se em resultados negativos para a saúde dos indivíduos e custos para a saúde por reinternamentos hospitalares.

De acordo com os dados obtidos realizámos contatos com os enfermeiros das equipas de saúde no sentido de dar continuidade a estas intervenções, são estes profissionais que detêm um papel privilegiados na equipa multidisciplinar para desenvolver intervenções adequadas ao idoso para a gestão adequada do regime terapêutico e adesão medicamentosa (Henriques, 2006).

**- Estado Nutricional**:

Após avaliação do IMC nos indivíduos, a prestação de cuidados de proximidade são adequados ao problema identificado ou manutenção do equilíbrio.

Foram sempre realizados os ensinos adequados aos problemas identificados, principalmente a dentição alterada e a solidão, e feitos os encaminhamentos necessários, nomeadamente para instituições de apoio na alimentação, consulta de nutricionista no Centro de Saúde e equipa de saúde.

A promoção do envelhecimento saudável passa também, pela aquisição e manutenção de hábitos alimentares saudáveis. As alterações alimentares podem estar relacionadas com diversos fatores, a solidão e o desinteresse pela confeção dos alimentos, problemas de saúde relacionados com alteração do olfato e paladar, a falta de dentes e de próteses adequadas, as dificuldades de coordenação motora, alterações do sistema digestivo. (Envelhecer com sabedoria. DGS 2008)

Devo referir que a maioria deste grupo é composto por pessoas ativas, que vivem com possibilidade de cultivar a terra e de produzir algum alimento para uso próprio (principalmente hortícolas, frutas e animais domésticos) e ainda autónomos nas suas atividades de vida diária, também realizam muitas atividades físicas, apesar da idade, ainda trabalham por conta própria, nas suas terras, ou por conta de outrem, também na agricultura. Parece-me ser este o principal fator para a classificação de 76% do grupo alvo com peso adequado.

**- Quedas Último Ano (2011):**

O elevado número de indivíduos sem quedas (92%) deve-se ao tipo de utentes que residem em isolamento, ainda independentes e autónomos, na sua maioria, e também ao esquecimento e não valorização de alguns acontecimentos de quedas anteriores, referido textualmente por alguns idosos.

O ensino sobre prevenção de quedas foi sempre realizado e quando permitida entrada na habitação, foi feita avaliação da habitação e ajudas técnicas a utilizar (pegas de casa de banho, bancos de banheira, fixação de tapetes, corrimão, entre outros). Foram fornecidas as indicações de como adquirir algumas ajudas técnicas, com apoio da Segurança Social e recorrendo ao Banco de Ajudas Técnicas do Centro de Saúde de Estremoz e feitos respetivos encaminhamentos, com recurso á folha de referenciação. Também foram realizados ensinos sobre a correta utilização das ajudas técnicas que as pessoas já adquiriram, como uso de canadianas ou bengalas.

**- Locomoção:**

A população é maioritariamente independente, seja “andar na rua” ou “andar em escadas”, conforme preconizados pelo IAI.

Na avaliação desta atividade, relaciona-se a utilização de meios para a visão e audição com a capacidade de ser autónomo e alguns indivíduos referiram a necessidade de utilização de óculos mas sem capacidade económica para a sua aquisição, foram encaminhados para a Segurança Social. Também se verificou a diminuição da acuidade auditiva em alguns utentes mas que não a consideram como um problema de saúde.

**- Autonomia Física:**

Após avaliação de dados podemos verificar que 89% são independentes, e 5% dependentes de terceiros e 5% utilizam meios (como ajudas técnicas) para serem autónomos. Um idoso era totalmente dependente (“incapaz”).

Os ensinos realizados basearam-se na manutenção da autonomia e prevenção da dependência física e funcional, com recurso a atividades físicas e de lazer. Também foram reforçados ensinos ao cuidador de idosos dependentes, ensinos sobre a prevenção de desgaste físico e psíquico do cuidador com soluções possíveis como recurso a unidades de internamento de cuidados continuados para descanso do cuidador, encaminhamento para apoio domiciliário de cuidados de higiene e conforto, partilhar os cuidados com outra pessoa para poder ter tempo para se auto cuidar. Este caso foi encaminhado para a ECCI de Borba, porque a área de residência pertence a Borba

**- Autonomia Instrumental:**

Também nesta avaliação de necessidades a maioria dos idosos são independentes na escala de avaliação instrumental, apesar de demonstrarem mais dependência em alguns itens, nomeadamente com ajuda ocasional para desempenhar tarefas.

Com a aplicação desta Escala (Lawton) percebe-se que os indivíduos vivem sozinhos mas contam com apoio pontual de familiares ou instituições de apoio domiciliários para satisfazerem algumas destas necessidades, nomeadamente lida da casa, preparar refeições e fazer compras. Face a esta situação, foram feitos encaminhamento para Apoio Domiciliário, por necessidade de limpeza da habitação e entrega de refeições.

**- Queixas Emocionais: Triste/Deprimido e Nervoso/Ansioso**

Também existe no IAI a identificação de outras “Queixas Emocionais”, como é o caso de zangado, irritado, tiques, abuso de álcool, abuso de medicação, de tabaco, entre outros. Relativamente a estas Outras Queixas Emocionais, referiram queixas 3 indivíduos da população em estudo, 2 irritação/zanga e 1 medo de doença mental.

Quando referem a sensação por “muito tempo” na tristeza e ansiedade, maioritariamente está relacionada com o aumento da dependência e a solidão, o abandono da família, assim como medo de roubos ou assaltos.

Verificamos que existem muitos utentes a tomar medicação indutora de sono, assim como medicação reguladora de humor. Face a esta situação decidimos fazer ensinos sobre a toma correta da medicação, efeitos secundários, manutenção da medicação e vistas regulares ao médico.

Também foram realizados ensinos de educação para a saúde sobre a manutenção de atividades lúdicas e que permitam a ocupação do tempo, incentivados a contatar alguém de família ou algum amigo ou vizinho pelo menos uma vez por dia, estimulou-se a inscrição e frequência na Academia Sénior, em centros de convívio, atividades das paróquias, uma vez que a maioria dos indivíduos do sexo masculino ainda se desloca em carro próprio. Também verificamos que muitos idosos tratavam a terra e dos animais domésticos como ocupação.

**- Estado Cognitivo: orientação no tempo e no espaço:**

Os idosos questionados estão maioritariamente orientados no tempo e algumas das respostas erradas, como o ano em que estamos, estão diretamente relacionadas com a escolaridade, não sabem ler nem escrever, e com a falta de estímulos mentais.

Quanto à “Orientação Espacial”, foi perguntado à população em estudo como se chama o nosso país ajudando por vezes com exemplos porque a palavra país era de difícil compreensão, em que distrito vive, em que terra vive, qual a morada desta casa, em que andar está. De igual modo a maioria respondeu de maneira acertada às perguntas, e o número de pessoas que errou foi sempre menor que no anterior. Também aqui considero que a baixa escolaridade é um fator importante a ter em conta nas respostas erradas.

Também é relevante a manutenção da capacidade mental, assim como a física, funcional e instrumental, deste grupo alvo, uma vez que para viverem sozinhos e isolados a maioria mantém capacidade elevada de autonomia.

De acordo com os dados obtidos, foram realizados ensinos para a saúde, recorrendo à utilização de algumas estratégias de orientação temporal e espacial, como uso de calendário, estar atento ao dia na rádio ou televisão, uso de relógio, ser portador de identificação adequada, com contatos em situação de necessidade, ter os contatos telefónicos mais utilizados e urgentes em local bem visível acessível, uso de telemóvel com marcação rápida, frequentar espaços de convívio ou centros de dia, manter contato com os vizinhos mais próximos.

**- Vive só /Tempo em que está só nas 24 h:**  
A avaliação do isolamento foi questionada por perguntas sobre estado civil, número de coabitantes e também pelo tempo em que está só nas 24h.

Sendo uma população idosa e isolada, 35% dos indivíduos são viúvos, solteiros ou separados, apesar desta percentagem elevada a maioria vive com outras pessoas de família, normalmente com irmãos ou filhos.

Dos indivíduos que vivem sós, dois vivem junto à casa de familiares, alguns têm vizinhos próximos e/ou família.

A maioria dos idosos que vivem sós estão totalmente independentes em termos físicos, funcionais, instrumentais e cognitivos, exceto dois que tem dependência parcial a nível físico e instrumental, um vive ao lado do filho que o apoia e o outro foi encaminhado para Centro de Dia de uma instituição do concelho, por referenciação.

Para melhor percebermos a dimensão do problema dos idosos a viverem sós, foi feita correlação entre idade e número de idosos a habitarem sozinhos. A idade avançada é um dos critérios de fragilidade, por isso todos os idosos com idade igual ou superior a 80 anos e a viverem sós, têm novas visitas programadas e foram encaminhados para equipa de saúde, sendo identificados como idosos frágeis neste projeto.

Mesmo que o idoso viva com outras pessoas, acontece frequentemente que os filhos vão trabalhar, permanecendo em casa sozinho durante o dia. Feitos ensinos sobre algumas estratégias para minorarem esta necessidade, como contatos telefónicos com horas marcadas, um no início do dia e outro no fim do dia com familiares, reconhecimento por parte de algum dos vizinhos que moram perto, pelo menos uma vez no dia.

De acordo com as carateristicas identificadas, a GNR ficou com a referência destes idosos para passar mais frequentemente nestes locais de acordo com o Programa Apoio 65-Idosos em Segurança, cujo objetivo é a garantia das condições de segurança das pessoas idosas, principalmente as que vivem mais isoladas.

**- Ter confidente:**

Existem 28 pessoas (18%), que não têm com quem falar de assuntos mais pessoais, são os indivíduos que vivem sós e alguns referiram não sentir essa necessidade. Foi referida e reforçados ensinos sobre a necessidade de relacionamentos humanos, de manter relações pessoais com os outros no sentido de prevenir transtornos psicológicos e de proporcionar hétero-ajuda. Foi referido por alguns idosos que a família existe mas não está presente.

**- Escolaridade e profissões:**

Dados identificativos e de caraterização, não de diagnóstico de enfermagem apesar de condicionar e alterar a metodologia da realização das educações para a saúde.

**- Refeições diárias:**

Ao avaliar estes itens realizei educação para a saúde ao nível da nutrição adequada, diversificada e pelo menos cinco refeições por dia. Não existe nenhum indivíduo a referir fazer menos de três refeições diárias.

Observámos que grande número de indivíduos alimenta-se à base de sopa de pão e dos alimentos que produzem na horta e que criam na capoeira. Face aos dados adquiridos, foram encaminhados (referenciados) para apoio domiciliário de refeições, oito indivíduos, por não apresentarem capacidade de confecionar os alimentos e pela necessidade de fazerem uma alimentação mais equilibrada. Dois deles recusaram o apoio para não pagarem (as contas são feitas de acordo com os rendimentos) e outro por referir não gostar da comida, apesar de não conhecer. Três pessoas não tinham condições habitacionais para cozinhar.

**- Atividade Física:**

Também essa necessidade não é sentida pelos utentes, apesar de existir um número elevado de pessoas (36) que referem “andar a pé” 1 a 3 h por dia, foi considerado o tempo que passam no campo ou na horta a trabalhar.

As educações para a saúde foram realizadas sobre este tema tendo por base os diagnósticos de enfermagem (referido pelos indivíduos problemas de saúde relacionados com colesterol elevado, tensão arterial elevada, dores osteoarticulares, obesidade, glicemias elevadas) e incentivando ao movimento, passeios, caminhadas, hidroginástica, mais uma vez a participação nas aulas de ginástica ou dança da Academia Sénior.

Tendo em consideração que, no caso das mulheres, poderão estar fisicamente exaustas pelas atividades “domésticas” dentro e fora de casa, as atividades podem ser direcionadas para o lazer, promovendo o bem-estar físico e mental, encaminhando-as para centros de convívio.

O envelhecimento ativo foi incentivado em todas as intervenções realizadas, não só no item das atividades físicas mas muito especialmente nas atividades de orientação tempo-espacial, estimulação cognitiva, estimulação da iniciativa pessoal para a autonomia e independência, a participação do idoso na sociedade em geral.

No item outras atividades físicas foram contabilizadas as horas de tratamentos de fisioterapia em ginásio, em sete utentes. Estes tratamentos de fisioterapia são de recuperação funcional e de manutenção da funcionalidade, seis realizam os tratamentos em Estremoz, na Clínica Cruz Vermelha Portuguesa, e um em Évora no Hospital Espírito Santo.

**4** - **Programar os locais a percorrer, de acordo com áreas geográficas a mapear e com identificação de idosos considerados vulneráveis**

A programação do percurso semanal da Unidade Móvel de saúde no presente projeto é feita nas quartas-feiras de manhã, às 8.30h, na UCC e posteriormente discutidas com o enfermeiro ou outro elemento da ONG Médicos do Mundo. São definidas as áreas geográficas a mapear e as visitas seguintes a idosos considerados vulneráveis. Esta programação é posteriormente discutida com os elementos da GNR e assistente social.

- Idosos frágeis e vulneráveis:

A programação semanal dos utentes é feita após discussão dos casos visitados e avaliados no dia, uma vez que se programam os utentes a revisitar por apresentar critérios de fragilidade em simultâneo com as primeiras avaliações a realizar.

Perante os múltiplos problemas de saúde identificados pelos idosos, foi necessário analisar adequadamente os critérios de fragilidade e definir os principais a incluir neste projeto. O Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas define critérios de fragilidade que são facilmente identificáveis com a maioria do grupo alvo (idade avançada, desnutrição, alterações sensoriais, polimedicação, risco de queda, incontinência de esfíncteres). Existiram algumas segundas visitas previstas e marcadas que não aconteceram, devido essencialmente a caraterísticas de vulnerabilidade das pessoas idosas. Foi o caso de um idoso que sofreu um acidente de viação, dois casos que faleceram e dois casos com internamento institucional em Lar de Idosos.

Do total de idosos avaliados até Dezembro de 2011, apresentam critérios de muito frágil e /ou vulneráveis 21 indivíduos.

Foram discutidos com a equipa os critérios prioritários e após análises de fatores comuns, decidido que seria necessário apresentar alguma das seguintes caraterísticas:

* A dependência física, funcional e mental;
* Idade avançada (superior a 80 anos) e viver só;
* Diversas queixas de problemas de saúde, em que se inclui a polimedicação com dificuldade de gestão do regime terapêutico e risco agravado de descompensação por aparecimento de novo problema de saúde.

Foram encaminhados para a unidade de saúde da freguesia da área geográfica a maioria dos idosos, 110, sendo posteriormente referenciados para Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)[[10]](#footnote-10) quatro idosos.

Gráfico 24 – Idosos muito frágeis e vulneráveis

Como podemos verificar no gráfico anterior o grupo a manter visitação e cuidados de proximidade é constituído maioritariamente por indivíduos com mais de 80 anos (13 idosos), com múltiplas queixas de saúde e a viverem sós. O grupo entre 70 e 79 anos é o grupo com maior número de indivíduos com dependência física, funcional e mental.

# 5.2 – Metodologias

As metodologias adotadas devem ter em conta a população alvo, os objetivos a atingir e os recursos disponíveis.

Segundo Tavares (190), o modelo teórico do Processo de Planeamento em Saúde, desenvolve-se em seis etapas: Diagnóstico de situação; Determinação de prioridades; Seleção de estratégias; - Preparação operacional e Avaliação.

Ainda segundo o mesmo autor, o diagnóstico de situação permite identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes.

Neste estudo o diagnóstico do problema foi feito em parceria, multidisciplinarmente, baseando na recolha de informação da GNR. Posteriormente esses dados foram discutidos em equipa e correlacionando-os com outras informações.

A determinação de prioridades é feita de acordo com os recursos e tempo disponíveis. Neste estudo a prioridade teve por base as reuniões, entre parceiros institucionais e da mesma unidade funcional, no sentido de definir o projeto e delinear estratégias. As estratégias selecionadas dependem dos objetivos definidos e dos recursos disponíveis. Estrategicamente envolveu-se toda a equipa na prestação de cuidados, técnicos de saúde, de serviço social e de segurança, para além dos cuidadores informais identificados.

Segundo Tavares (1990), segue-se a etapa da preparação operacional, que consiste na organização e estruturação das atividades necessárias á execução de estratégias pré definidas, com fim de atingir os objetivos.

Os questionários foram aplicados em contexto de visita domiciliário, sendo elaborados os diagnósticos de saúde e sociais (estes sob responsabilidade da assistente social) e desenvolvidas as intervenções necessárias, com recurso á prestação de cuidados de proximidade, essencialmente de promoção e prevenção da saúde.

A principal razão de se utilizar um planeamento precede da necessidade de gerir os vários recursos e da necessidade de se intervir diretamente nas causas dos problemas. O enfermeiro tem a oportunidade de basear as decisões das intervenções que realiza nas evidências que recolhe, utilizando instrumentos que lhe permitem avaliar as necessidades e as intervenções desenvolvidas.

De acordo com os objetivos específicos previamente traçados na implementação do projeto, as metodologias adotadas foram as seguintes:

Objetivo

* Identificar as necessidades de saúde dos idosos (frágeis).

Metodologias:

* Formação prévia sobre aplicação do IAI, discussão de orientações técnicas e normas necessárias, discussão de diagnósticos de enfermagem frequentes e intervenções.
* Supervisão clínica na aplicação do questionário pela mestranda ou pela enfermeira da UCC. Apoio na formulação de diagnósticos e de intervenções.
* Reuniões de equipa semanais, após as visitas realizadas.

Identificação das caraterísticas de cada idoso, (todos não só os frágeis), através do IAI e colheita de dados, discussão dos diagnósticos elaborados e das intervenções executadas pela equipa (com base nas notas de enfermagem registadas).

As visitas seguintes são programadas na UCC, e quando o idoso está caraterizado como muito vulnerável, são discutidas as intervenções a realizar multidisciplinarmente. Os casos com necessidade de continuidade de cuidados (referenciados ou encaminhados), são sempre discutidos em equipa de enfermagem, e com alguma frequência, também com a assistente social. Posteriormente os dados são registados numa base de dados em Exell.

O enfermeiro para ser formador e educador, segundo Stanhop e Lencaster (2010), tem seis princípios básicos que o devem guiar: “(…) enviar uma mensagem clara, selecionar o modelo de aprendizagem mais adequado, criar o melhor ambiente de aprendizagem possível, organizar experiencias de aprendizagem positivas e significativas, envolver o educando numa aprendizagem participativa e avaliar e proporcionar feed back objetivo” (2010:308).

Objetivo:

* Determinar a continuidade dos cuidados a prestar.

Metodologias:

* Reunião de equipa de enfermagem.
* Decisão técnica, em contexto de visita domiciliária ou na unidade móvel de saúde, sobre a necessidade de continuidade de cuidados.

Em equipa de enfermagem foram decididos os critérios de idoso vulnerável e frágil, segundo orientações do Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, com o objetivo de identificar idosos frágeis e vulneráveis e programar visitas seguintes segundo plano individual de intervenção. A informação foi posteriormente prestada aos restantes parceiros.

As intervenções definidas, após diagnóstico de necessidade de continuidade de cuidados, são decididas em contexto de prestação de cuidados, recorrendo a referenciação para outros técnicos, instituições ou equipas de saúde e verificando simultaneamente, os critérios de idoso frágil e vulnerável.

Esta identificação de idoso vulnerável/frágil permite-nos programar novas visitas domiciliárias em articulação e integração com outras respostas solicitadas ou efetivas de prestação de cuidados.

As referenciações para outras unidades de saúde, são solicitadas por escrito, pelo enfermeiro ou assistente social, em folha própria e entregues ao indivíduo, em alguns casos com maior dificuldade na deslocação, a equipa do projeto é portadora do documento e responsável pela entrega deste. As necessidades de encaminhamento para outras instituições de saúde ou socias são realizadas recorrendo a contatos telefónicos ou em presença, com os diversos intervenientes.

Objetivo:

* Estabelecer o roteiro da Unidade Móvel de Saúde.

Metodologias:

* Este roteiro é elaborado e programado na UCC, pelos enfermeiros, em folha própria. De acordo com as zonas geográficas a percorrer e com a necessidade de visitas seguintes aos idosos caraterizados como frágeis e vulneráveis.

O roteiro da Unidade Móvel de Saúde da ONG Médicos do Mundo é programado semanalmente pelos enfermeiros da UCC, utilizando um documento próprio criado com esse propósito. Os idosos com visitas seguintes são agendados quando identificado como idosos vulneráveis e, sempre que possível, esse agendamento é cumprido, o roteiro para a caraterização de indivíduos a mapear é programada na quarta-feira de manhã antes da saída da Unidade. São tidas em consideração as distâncias a percorrer, as localizações geográficas dos idosos a caraterizar e dos idosos frágeis e vulneráveis a revisitar.

Objetivo:

* Supervisionar a equipa que assegura a continuidade dos cuidados

Metodologias:

* Reunião mensal com a equipa sobre os idosos caraterizados e cuidados de proximidade prestados.
* Supervisão clínica na aplicação dos questionários, diagnósticos e referenciações.

“O conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, utilizado no âmbito da formação graduada, (…) refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado.”(Garrido e Simões, 2007).

Discussão de casos, mensalmente na sala de reuniões da UCC, sobre as necessidades identificadas de cuidados de proximidade, aferindo procedimentos e diagnósticos, entre enfermeiros e assistente social.

Também são realizadas reuniões trimestrais com os parceiros responsáveis pelas diversas instituições sobre o desenvolvimento e continuidade do projeto, com apresentação de resultados.

No final do ano 2011 foi elaborado um relatório de atividades do projeto pela mestranda e enviado para as entidades parceiras e Diretor Executivo do ACES Alentejo Central I.

# 5.3 – Análise Reflexiva Sobre as Estratégias Acionadas

As estratégias dependem dos objetivos definidos e dos recursos, são técnicas aplicadas com um fim previsto, atingir objetivos. (Tavares 1990).

As estratégias adotadas consistiram em envolver toda a equipa na prestação de cuidados de proximidade, após a colheita de dados e diagnósticos de enfermagem, com base em métodos de educação para a saúde e aconselhamento, supervisionando a prestação da equipa e realizando todos os encaminhamentos necessários.

Foram aprofundados conhecimentos em matérias de saúde do idoso (processo de envelhecimento, orientadas pela mestranda uma vez que possui especialidade em enfermagem comunitária, opção saúde do idoso), assim como recurso a orientações técnicas e normas da DGS em áreas de envelhecimento ativo, recomendações em tempo de frio, alimentação no idoso, vacinação, atividade física, saúde oral e dados epidemiológicos relevantes para o estudo.

Uma vez que a equipa prestadora de cuidados é multidisciplinar utilizaram-se as diferentes disciplinas nas intervenções aplicadas, com objetivo da prestação de cuidados de proximidade multidisciplinares e de encaminhamentos adequados.

Também foram desenvolvidas reuniões para orientações específicas na aplicação do IAI, neste aspeto tanto a formanda como a enfermeira da UCC que colabora no projeto, estavam familiarizadas com o questionário em contexto de prestação de cuidados em utentes em ECCI. Foi prestada formação ao enfermeiro da ONG e assistente social da Câmara Municipal para aplicação do questionário.

A motivação e envolvência da equipa desenvolveu-se a vários níveis:

- Discussão e construção do projeto com os parceiros e prestadores da equipa.

- Construção dos documentos pelos enfermeiros e assistente social.

- Discussão semanal dos casos acompanhados pela equipa.

- Formação sobre normas e orientações técnicas da DGS (Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas - Circular Normativa nº 13/DGCG de 02/07/04; Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas nº053/2011), artigos sobre envelhecimento ativo.

- Formação sobre IAI. Diagnósticos e intervenções de enfermagem.

- Supervisão clínica em contexto de visitação domiciliária na Unidade Móvel de Saúde.

- Discussão sobre caraterísticas de idosos vulneráveis.

- Partilha de informação nos encaminhamentos e referenciações.

- Reuniões sistemáticas para avaliar o projeto e proceder a alterações, se necessário.

Em dias programados para as visitas domiciliárias de caraterização e cuidados de proximidade, a equipa almoçava junta, partilhando momentos de convívio que unem e motivam, promovendo uma cultura de partilha de atividades, de discussão e de preocupação pelos resultados a atingir.

# 5.4 – Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Como nos diz Dussault e Souza (1999), quem diz quais os serviços a serem consumidos, de que modo, em que quantidade e onde são os profissionais de saúde, e por consequência o impacto que estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas. Os mesmos autores também nos dizem que as necessidades são o foco ideal de planeamento das ações de saúde e dos recursos exigidos, segundo um prisma técnico e de valores socialmente compartilhados.

Neste projeto os recursos humanos e materiais utilizados foram os necessários para atingir os objetivos propostos de um modo eficiente, uma vez que são recursos partilhados e os custos foram diluídos pelos diversos parceiros do projeto, UCC Estremoz (Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central I), ONG Médicos do Mundo, Guarda Nacional Republicana, Câmara Municipal de Estremoz.

# 5.4.1 - Recursos Humanos

Recursos humanos da UCC Estremoz:

Duas enfermeiras, uma das quais a mestranda; Uma administrativa na organização dos documentos. O projeto desenvolvia-se semanalmente às quartas-feiras, a disponibilidade dos enfermeiros da UCC (em contratualização com plano de ação anual) não permitia mais horas atribuídas ao projeto.

Administrativa.

Recursos Humanos da ONG Médicos do Mundo:

Um enfermeiro, Uma psicóloga (quando o enfermeiro não pode estar presente)

Recursos Humanos da Câmara Municipal de Estremoz:

Uma assistente social.

Recursos Humanos da Guarda Nacional Republicana:

Um ou dois agentes de serviço.

# 5.4.2 – Recursos Materiais

Recursos materiais da UCC Estremoz:

- Computador de secretária (programas Microsoft Office, aplicação informática SINUS);

-Fotocopiadora (fotocopia dos processos dos utentes para as instituições parceiras, fotocopias dos processos a utilizar assim como de todos os documentos utilizados no projeto);

-Papel; Canetas; Data show; Telefone; Desdobráveis da Direção Geral da Saúde.

Recursos Materiais da ONG Médicos do Mundo:

- Unidade Móvel de Saúde; Material de penso; Balança; Fita Métrica; Aparelhos de medição de glicemias e colesterémia; Esfignomanómetro eletrónico.

Recursos Materiais da Câmara Municipal de Estremoz:

- Combustível para a Unidade Móvel; Telefone.

Recursos Materiais da GNR:

- Carrinha com tração para acesos mais difíceis, GPS.

# 5.5 – Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Contatos frequente com os enfermeiros das equipas de saúde da UCSP Estremoz, com a enfermeira do gabinete de vacina da mesma unidade e com médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência Básico de Estremoz.

Contato com enfermeiros de outros concelhos, nomeadamente de Borba e Sousel, quando existe a necessidade de encaminhamento de utentes residentes em fronteiras geográficas com estes concelhos e inscritos nesses Centros de Saúde.

Contato com a Equipa Coordenadora Local de Estremoz, pela necessidade de referenciação de idosos para a RNCCI.

Contato com a assistente social da Equipa de Gestão de Altas do Hospital Espírito Santo devido a internamento de um idoso.

Contato com as assistentes sociais de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) do concelho. Contato com a assistente social do Centro Local da Segurança Social de Estremoz.

# 5.6 – Análise da Estratégia Orçamental

Como nos diz Tavares (1999), a necessidade de recursos, quando eles são escassos, obriga à adequação dos recursos disponíveis para solucionar o maior número possível de problemas com o mesmo custo.

Os recursos utilizados foram utilizados simultaneamente em projeto do Plano de Ação da UCC, com horas de enfermagem contratualizadas para esse fim, e estágio da mestranda, pelo que foram adequados e rentabilizados.

Recursos Financeiros:

Da UCC Estremoz:

Tempo despendido no projeto, em todas as fases. Fotocopias e papel, contatos telefónicos frequente.

# 5.7 – Cumprimento do Cronograma

Relativamente ao cumprimento do cronograma e de acordo com as atividades desenvolvidas:

* Reunir os parceiros para definir protocolo e assinar – foi realizado na primeira semana de setembro, data programada. Já tinha acontecido uma primeira reunião, antes do início do projeto, de Rede Social, onde foi abordado o problema e elaborado um diagnóstico inicial.
* Elaborar instrumentos a utilizar no projeto – foram elaborados diversos documentos após esta reunião na primeira semana de setembro, nomeadamente processo de colheita de dados multidisciplinar e de diagnóstico. Folha de referenciação para as diversas instituições e unidades de saúde. O IAI foi utilizado diretamente do aplicativo informático, posteriormente foi elaborado em Word para maior facilidade de registos (novembro). Elaborado documento de programação de visitas e de registos de indicadores.
* Elaborar base de dados em Exell – foi construída a base de dados na altura definida, pela necessidade de melhor controlo dos dados obtidos e das necessidades do grupo alvo.
* Recolher dados pessoais, registos de enfermagem e aplicar o IAI, verificar boletim de Vacinas – durante as visitas domiciliárias na Unidade Móvel de Saúde, foi sempre feita esta recolha e registo de dados, verificado boletim de vacinas, se este não existir (acontecia com muita frequência), verificado o estado vacinal em sede da UCC no programa informático SINUS. Também foi sempre aplicado o IAI em formato de papel. Os dados continuam a ser recolhidos uma vez que os idosos ainda não foram todos mapeados.
* Elaborar nota de enfermagem e diagnósticos, executar cuidados de enfermagem /intervenções. Organizar processos e fazer cópias para os parceiros – elaboradas as notas de enfermagem no documento e registados diagnósticos de enfermagem, assim como as intervenções realizadas. Após as visitas, na UCC, os processos eram organizados em pastas próprias para posteriormente serem colocados os dados no registo informático. Os processos de idosos identificados como frágeis, eram colocados em pastas individuais para utilizar nas próximas visitas. As cópias para os técnicos parceiros eram feitas nessa altura, pelo administrativo da UCC, e entregues.
* Preencher instrumento de referenciação e encaminhar – estes documentos eram preenchidos em todas as visitas com necessidade de encaminhamento e entregues ao indivíduo, em caso de dificuldade nas acessibilidades ao elemento referenciador da equipa do projeto entregava o documento.
* Estabelecer o roteiro do UMS e programar novas visitas quando o idoso é frágil ou vulnerável – o roteiro das áreas a mapear era feito de acordo com as identificações da GNR, em documento dos Censos Sénior, nas quartas-feiras às 8.30h (inicio de trabalho dos enfermeiros da UCC) e posteriormente discutidos com o enfermeiro, ou seu substituto, da ONG e depois com os elementos da GNR. As visitas seguintes dos idosos considerados frágeis e vulneráveis são programadas após a realização das visitas e alteradas, se necessário, de acordo com a zona geográfica prevista para a deslocação da unidade móvel.
* Fazer reuniões para avaliar critérios de continuidade – semanalmente reunião breve e informal entre enfermeiros, raramente com a assistente social, após as visitas para fazer diagnóstico de idoso muito frágil e vulnerável. Estes momentos foram sempre cumpridos pela necessidade de aferir procedimentos de intervenção.
* Apresentar o projeto na reunião da Rede Social – a programação inicial manteve-se, sabíamos que se iria realizar no mês de Outubro mas não o dia concreto. Foi preparado um power point, entre a mestranda e assistente social, pata apresentar aos parceiros o trabalho a realizar e dados já obtidos.
* Divulgar o projeto às Unidades funcionais de saúde á população – realizada reunião com o coordenador da UCSP e SUB de Estremoz, ainda em Setembro e não em Outubro como inicialmente previsto, por ter sido aproveitado um outro momento de reunião com o Diretor Executivo e estes coordenadores. A população teve conhecimento do projeto pelo Boletim Informativo da Câmara Municipal de Estremoz. Tinha sido previsto um pequeno artigo no jornal do concelho (mensal) que não saiu por problemas gráficos.
* Programar e realizar reuniões entre os parceiros, avaliar projeto – as reuniões previamente agendadas pelos diversos responsáveis, exeto a Segurança Social, foram cumpridas. A reunião de Março ainda não aconteceu mas está prevista para dia 28/03/2012 para avaliação do projeto e continuidade.

**5.7 – Cumprimento do Cronograma**

Quadro 5 – Cronograma de Atividades

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atividade**  **Mês** | Setembro  2011 | Outubro  2011 | Novembro  2011 | Dezembro  2011 | Janeiro  2012 | Fevereiro  2012 | Março  2012 |
| Fazer reunião entre os parceiros para definir protocolo e assinar |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborar instrumentos a utilizar no projeto. |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborar base de dados em Exell |  |  |  |  |  |  |  |
| Recolher dados pessoais, registos de enfermagem e aplicar o IAI, verificar boletim de Vacinas |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborar nota de enfermagem e diagnósticos, executar cuidados de enfermagem /intervenções. Organizar processos e fazer cópias para os parceiros |  |  |  |  |  |  |  |
| Preencher instrumento de referenciação e encaminhar |  |  |  |  |  |  |  |
| Estabelecer o roteiro do UMS e programar novas visitas quando o idoso é frágil ou vulnerável |  |  |  |  |  |  |  |
| Fazer reuniões para avaliar critérios de continuidade |  |  |  |  |  |  |  |
| Apresentar o projeto na reunião da Rede Social. |  |  |  |  |  |  |  |
| Divulgar o projeto às Unidades funcionais de saúde á população, |  |  |  |  |  |  |  |
| Programar e realizar reuniões entre os parceiros, avaliar projeto. |  |  |  |  |  |  |  |

# 6 – Análise Reflexiva sobre o Processo de Avaliação e Controlo

Para Stanhop e Lencaster (2010), a avaliação tem início na fase de planeamento, quando os objetivos são definidos e as atividades identificadas. (…) “Ao apreciar os dados registados nas notas de progresso, o enfermeiro é solicitado a avaliar se os objetivos foram atingidos e se as atividades de intervenção utilizadas foram eficazes.” (2010: p 381)

Tavares (1990), diz que a avaliação perspetiva-se, em termos de adequação, entre os objetivos e as estratégias utilizadas. Significa que as intervenções realizadas e as estratégias definidas foram adequadas ou não.

Trata-se da última etapa do planeamento em saúde, è uma etapa transversal a todo o processo e por vezes conduz a um novo diagnóstico, vindo a ligar-se á fase inicial do processo. (Imperatori e Giraldes, 1993).

# 6.1 – Avaliação dos Objetivos

A avaliação dos objetivos deverão ser vistas em duas fases, uma que permita à mestranda a realização deste Relatório de Estágio e outro que permita estudar a totalidade do grupo e dar cumprimento ao plano de ação da UCC. Esta fase posterior não poderá ser avaliada em contexto de Relatório.

**Objetivos Específicos:**

* Identificar as necessidades de saúde dos idosos frágeis.

Este objetivo tem sido atingido, todos os indivíduos visitados são caraterizados segundo IAI e processo multidisciplinar. Após aplicação dos questionários são identificadas as necessidades de saúde a todos os indivíduos, independentemente de serem ou não idosos frágeis (diagnósticos) e realizadas as intervenções adequadas (cuidados de proximidade). Este objetivo foi avaliado para 158 indivíduos, tendo sido atingido. Será reavaliado para a totalidade da população no final do estudo.

* Determinar a continuidade dos cuidados a prestar.

A continuidade de cuidados esteve sempre presente em todas as intervenções, sejam de saúde, sociais, de segurança ou outros com os respetivos encaminhamentos, a todos os indivíduos caraterizados.

Os idosos frágeis e vulneráveis foram devidamente encaminhados, para equipas de saúde de unidades funcionais, para unidades de cuidados continuados ou para instituições de apoio social, apesar de terem sido programadas novas visitas domiciliarias com o objetivo de realizar algumas intervenções necessárias, reforçando conhecimentos e atitudes e avaliar intervenções. Também aqui é um objetivo não concluído porque o projeto não terminou, com a continuidade do estudo também este objetivo se mantém.

* Estabelecer o roteiro da Unidade Móvel de Saúde.

Este objetivo foi atingido, o roteiro da Unidade Móvel em termos de mapeamento de idosos é feita sempre na quarta-feira de manhã, antes da saída da unidade (aconteceram algumas vezes que ficou previamente combinado o roteiro na semana anterior devido à área geográfica a percorrer). Foram sempre agendadas as visitas seguintes aos idosos frágeis e vulneráveis, em documento próprio.

* Supervisionar a equipa que assegura a continuidade dos cuidados.

Relativamente a este objetivo a equipa (enfermeiros e assistente social) recebeu formação em aplicação do questionário, a existência no projeto, de uma enfermeira da UCC com formação e treino em aplicação do questionário IAI foi uma mais valia importante para a adequada colheita de dados. O documento de colheita de dados e registos multidisciplinar foi desenvolvido pela própria equipa, sendo portanto menor a necessidade de formação, apesar da existência de momentos informais e outros formais, de discussão de registos, diagnósticos e intervenções em contexto de visitas domiciliárias e após as visitas, na UCC.

# 6.2 – Avaliação da Implementação do Programa

Os indicadores da avaliação do projeto definidos eram *avaliação do número total de idosos, a viverem em montes isolados, caraterizados pelo IAI* **e** *número total de visitas domiciliárias realizadas aos idosos frágeis e vulneráveis.*Os idosos identificados a viverem em locais isolados, pela GNR, era inicialmente de 82, e esse número total foi atingido e ultrapassado mas nem todos as identificações foram caraterizadas por terem surgido, durante os percursos da unidade móvel de saúde, indivíduos com critérios de inclusão no estudo.

Foram caraterizados 158 indivíduos com critérios de isolamento e de idade (dois não apresentavam critérios de idade mas necessitavam de encaminhamento), faltam cerca de 24 indivíduos identificados em documento da GNR. Também o fator tempo disponível em equipa para o projeto é insuficiente, as distancias entre os lugares a percorrer não permitem um maior número de visitas no dia e as intervenções necessárias não podem ser feitas em tempo rápido. Os diagnósticos elaborados em presença dos indivíduos e as intervenções necessitam de ser refletidas e baseadas em conhecimentos sustentados pela teoria. Como nos diz Stanhop e Lencaster, (…)”papeis centrados no conteúdo são papeis de agente de mudança “(…). (2010, p 379)

As visitas seguintes programadas aos idosos frágeis e vulneráveis foram cumpridas, já tendo sido revisitados e prestados cuidados necessários a 15 idosos dos 21 com estas caraterísticas.

Todas as fases foram desenvolvidas como previamente planeado não obstante o número de indivíduos com caraterísticas para o estudo serem o dobro dos inicialmente previstos. A metodologia proposta foi cumprida assim como as intervenções previamente pensadas e discutidas, sendo um projeto com visibilidade para a população e bem aceita nas reuniões de parceiros.

Os indicadores definidos para o ano 2011 são:

- Nº de idosos isolados mapeados/ Nº total de idosos isolados x100, com proposta de atingir 50% e pelo número de visitas realizadas foi atingido em 192%.

- Nº de VD de Enfermagem a idosos frágeis /Nº de idosos frágeis x 100, com proposta de atingir 50% e foi atingido 71% (15/21X100)

# 6.3 – Descrição dos Momentos de Avaliação Intermédia e Medidas Corretivas Introduzidas

O projeto surgiu por necessidades sentidas pelos diversos parceiros comunitários, resultante de um levantamento em matéria de censos, feito pela GNR. A disponibilidade de recursos, uma Unidade Móvel de Saúde equipada e técnicos profissionais, foi também um fator importante e indispensável para o início do projeto. Os resultados atingidos são o resultado do empenho de todos os parceiros, uma vez que todos se empenharam igualmente e de forma aberta, a necessidade do projeto é sentida por todos e participada por todos.

As reuniões informais e formais, com todos os envolvidos, ou só com os técnicos de saúde e social, foram acontecendo semanalmente e com propostas de algumas medidas corretivas necessárias.

Medidas corretivas:

O questionário IAI, impresso do aplicativo informático da RNCCI, não permitia registar todos os itens corretamente por falta de espaços próprios para esse fim, sendo substituído por um documento fiel, em Word com espaços suficientes para registos.

Verificou-se, ao segundo mês, que os utentes a caraterizar eram em número superior ao inicialmente previsto. Por impossibilidade de tempo para a conclusão do presente Relatório, foi definido até fim do ano 2011 para inclusão de indivíduos neste estudo. O projeto continua até ao mapeamento completo de todos os indivíduos previamente identificados e de todas as intervenções concluídas, com uma prespetiva de mais 2 meses.

Também se pretende avaliar o projeto e apresentar aos parceiros, unidades de saúde e população em geral a conclusão do estudo.

Estas medidas, no entendimento da mestranda, não colocaram em causa o desenvolvimento do projeto apesar de a caraterização não estar concluída assim como a identificação de cuidados necessários ao grupo em estudo.

7 - Análise Reflexiva sobre Competências Mobilizadas e Adquiridas

(…)“competências são o conjunto de conhecimentos, capacidades (skills) e atitudes/comportamentos que influenciam diretamente o desempenho duma pessoa, contribuindo através da sua aplicação para o sucesso da organização(…) (Bancaleiro 2004, Coordenador Científico dos MBA Executivos em Gestão de Negócios da UAL, consultado 3/3/12 <http://media.umadesign.com/000005/artcompetfuturagrh.pdf> )

Ao desenvolver este projeto, a mestranda considera ter mobilizado algumas competências que já detinham e adquiridas outras, nomeadamente, competências específicas do enfermeiro especialista (Artigo 4º, regulamento 128/2011, D.R. 2ª série, nº 35, pág. 8667):

- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a caraterização de um grupo vulnerável da comunidade onde se insere. Procedendo á caraterização das necessidades de saúde do grupo populacional, **definindo o seu perfil de saúde** de acordo com os questionários utilizados e as orientações da DGS, especificamente do **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas,** programa de saúde deâmbito comunitário. Foram estabelecidas prioridades para o projeto e para as intervenções, caraterizando os idosos e não negligenciando as visitas seguintes aos idosos vulneráveis, priorizando algumas desta visitas de acordo com o plano de intervenções estabelecido. Os objetivos foram formulados e as estratégias identificadas, para o desenvolvimento do projeto e para as necessidades específicas dos indivíduos. As estratégias de intervenção foram estabelecidas de acordo com os recursos disponíveis na comunidade. Mobilizando os grupos responsáveis organizacionais e políticos, recorrendo ao trabalho em parceria e disponibilizando informação técnica e científica para o desenvolvimento do projeto.

- Promoção da **capacitação de grupos e comunidades**, neste caso dos indivíduos idosos a viverem em lugares isolados, pesquisando e diagnosticando fatores de risco para a saúde da população alvo. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas no processo de mobilização e participação do grupo, desenvolvendo educações para a saúde do individuo, família e grupo. Supervisiona a aplicação de questionários pela equipa, a realização de diagnósticos de enfermagem e as intervenções necessárias, decorrentes dos diagnósticos.

# Conclusão

Referenciando Stanhope e Lencaster (2010: p 14), (…)”os contributos especiais dos especialistas em enfermagem de saúde publica incluem: a visão da comunidade ou da população como um todo; a colocação de questões globais sobre o estado de saúde e fatores relacionados (…), e o trabalho com a comunidade para melhorar o estado de saúde da população.”

O referencial que regula as competências especificas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (regulamento 128/2011) também refere que (…)” Assim, evidenciam -se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza -se por identificar as necessidades dos indivíduos/ famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” (2011:p 8667)

De acordo com Carrondo (2006: 36), a Carta de Ottawa (1986), define um novo conceito de promoção de saúde, permitindo condições aos indivíduos e grupos para controlar a sua saúde. Reorienta os serviços de saúde, os profissionais de saúde, as populações, os indivíduos (…)” Ao nível dos profissionais a revisão das formas de exercício, com *intervenção* concreta e efetiva na comunidade, através de um processo que seja *participativo*.”

A realização deste estágio desenvolveu capacidades e competências na área da enfermagem comunitária, na mestranda, sendo este o objetivo major do referido estagio. O relatório agora apresentado é resultado da implementação do projeto, da pesquisa bibliográfica realizada e da reflexão sobre os “Cuidados de Proximidade aos Idosos Frágeis do Concelho de Estremoz”.

Realizou-se um projeto em conjunto com outros parceiros da comunidade, tendo por base um diagnóstico da situação com os dados obtidos por todos os parceiros e nos estudos epidemiológicos existentes para a população alvo (idosos), levantando questões sobre o estado de saúde do grupo (idosos a viverem em locais isolados) e responsabilizando-se por identificar as necessidades dos indivíduos, famílias e grupos. Executaram-se intervenções baseadas nos diagnósticos de enfermagem (educação para a saúde), assegurando a continuidade de cuidados, (prestação de cuidados de proximidade) através de referenciação para outras unidades funcionais de saúde, equipas prestadoras e coordenadoras de cuidados, instituições de apoio domiciliário, de internamento social, em articulação, e num desenvolvimento de complementaridade com outras instituições da comunidade com fim de melhoria da saúde da população.

A caraterização da população em estudo, identificando as suas necessidades de saúde, permitiu-nos um conhecimento importante desta sub população de idosos do concelho de Estremoz. Identificamos que a maioria da população vive em locais isolados porque ainda é independente em termos físicos, funcionais, instrumentais e cognitivos, que o fator prevalente de problemas de saúde identificados pelos indivíduos é a hipertensão arterial (de acordo com estudos epidemiológicos realizados), que o consumo de indutores de sono e moduladores do humor são elevados, que existem alguns idosos com vulnerabilidade acrescida por residirem isoladamente, tendo sido identificados, realizados os cuidados/intervenções necessárias e prestada a continuidade de cuidados.

O projeto desenvolveu-se segundo as etapas do planeamento em saúde, tendo sido sujeito a algumas medidas corretivas, nomeadamente pelas previsões iniciais de tempo necessário para o desenvolvimento do projeto não terem sido possíveis de cumprir, uma vez que o número de indivíduos idosos a viverem em locais isolados é muito superior ao inicialmente diagnosticado.

A reunião final para discussão dos resultados só irá acontecer após caraterização de todos os idosos mas os contatos existentes, de modo informal, entre responsáveis de instituições e operacionais do terreno, perspetivam a continuidade de cuidados, de saúde, segurança e social. O atual projeto vai continuar até mapeamento de todos os idosos identificados e visitas programadas aos idosos frágeis e vulneráveis, sendo previsto por mais dois meses. Os idosos frágeis apresentam caraterísticas de necessidade de referenciação para outras unidades de saúde e/ou sociais., discute-se presentemente um protocolo com a empresa Portugal Telecom para aquisição de equipamento tele alarme.

A mestranda considera ter realizado um percurso evolutivo e positivo, permitindo-lhe reflexão e acréscimo de maturidade profissional.

# Referências Bibliográficas

* APÒSTOLO, João Luís Alves (2010). “Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)” Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em:

www.esenfc.pt/ui/include/download.php?id\_ficheiro=12521... Consultado em 23/11/2011

* ÁVILA, Rui Fernando Amaral.(2009) “IDOSOS: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade”. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Orientadora - Prof. Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa. Porto 2009. Disponível em:

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf> . Consultado em 23/11/2011

* BENCALEIRO, José. (2004) Novas Competências da Gestão das Pessoas Disponível em:

<http://media.umadesign.com/000005/artcompetfuturagrh.pdf> Consultado em 03/03/2012)

* BERGER, L ; MAILLOUX-P, D.(1995) Pessoas Idosas - Uma AbordagemGlobal **-** Lisboa: Lusodidacta .
* CÂMARA MUNICIPAL DE ESTREMOZ (2008). *Diagnóstico Social***.**

Disponível em:

[www.cm-**estremoz**.pt/ad\_conteudos//anexos/fls6\_31110123821.pdf Consultado em 23/11/2011](http://www.cm-estremoz.pt/ad_conteudos//anexos/fls6_31110123821.pdf%20%20Consultado%20em%2023/11/2011)

* CARVALHAIS; Maribel Domingues. Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes. Universidade de Aveiro 2010. Disponível em: [**http://hdl.handle.net/10773/4274**](http://hdl.handle.net/10773/4274) Consultado a 12/12/2011
* CARRONDO, Ezequiel Martins.(2006) “Formação Profissional do Enfermeiro e Desenvolvimento da Criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico.” Tese de Doutoramento sob orientação Prof. Doutora Maria Luísa Garcia Alonso. Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança. Março 2006. Disponível em:

repositorium.sdum.u**minho**.pt/browse?type...**Carrondo**%2C.

Consultado em 17/12/2011

* COMISSÃO EUROPEIA (2009)Direcção-Geral do Emprego, dos Assuntos Sociais e da Igualdade de Oportunidades - Relatório do Grupo de Peritos Ad Hoc sobre a Transição dos Cuidados Institucionais para os Cuidados de Proximidade - Comunidades Europeias 2009. Disponível em:

[www.mhe-sme.org/assets/files/publications/.../Spidla\_Portuguese.pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/publications/.../Spidla_Portuguese.pdf) Consultado em 02/02/2012

* COSTA, Maria Arminda; Agreda, José Javier; ERMIDA, José; CORDEIRO, Maria Paula; ALMEIDA, Maria de Lurdes; CABETE, Dulce; VERISSIMO, Manuel; GRÀCIO, Eunice; LOPES, Arménio.(1999) O IDOSO – Problemas e Realidades. Editora FORMASAU – Formação e Saúde Lda. 1999
* CRITERIOS DE MONITORIZAÇÃO BIOPSICOSOCIAL DA RNCCI (IAI). Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Disponível em:

[www.rncci.min-saude.pt/.../ApresentacaoIAI\_UMCCI.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/.../ApresentacaoIAI_UMCCI.pdf%2016/02/2012)  Consultado a 16/02/2012

* CUIDADOS CONTINUADOS. Saúde e Apoio Social. Documentação – Paginas Profissionais. Disponível em:

[www.rncci.min-saude.pt/Paginas/profissionais.aspx Consultado em 16/02/2012](http://www.rncci.min-saude.pt/Paginas/profissionais.aspx%20Consultado%20em%2016/02/2012)

* DUSSAULT, Gilles; SOUZA, Luis. Gestão de Recursos Humanos em Saúde. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal 1999. Disponível em: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206831/Dussault%20e%20De%20Souza.pdf> Consultado a 02-03-2012
* EUROTRIALS, Consultores Científicos nº 19 (2005) Boletim Informativo. Saúde em Mapas e Números. Dezembro de 2005.Disponivel em:

[www.**eurotrials**.com/contents/files/Boletim\_19.pdf Consultado em 14/02/ 2012](http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_19.pdf%20Consultado%20em%2014/02/%202012)

* FONSECA, António Manuel.(2006) “O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica”. 2ª Ed. – Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 2006 – 208 p.

### GARRIDO, António; SIMÕES, João (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. Texto contexto enferm. vol.16 no.4  Florianópolis Oct./Dec. 2007. Disponível em. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072007000400003&script=sci_arttext> Consultado em 02/03/2012

* HENRIQUES, Maria Adriana. “Adesão ao regime terapêutico em idosos”. Revisão sistemática 2004-2006. Universidade de Lisboa (2006:49) Disponível em:

[www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF](http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF) Consultado em 27-02-2012

* IMPERATORI, EMÍLIO; Giraldes, M. Rosário (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde****.*** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.3ª edição.
* INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2007) – População residente em Portugal (nº) por sexo e grupo etário. Disponível em: [www.**ine**.pt/xportal/**ine**/portal/portlets/.../listaContentPage.jsp?...PT](http://www.ine.pt/xportal/ine/portal/portlets/.../listaContentPage.jsp?...PT) Consultado em 12/02/2012
* INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, *Censos*, 1982; 1993; 2002; INE, *Fichas Concelhias da Região do Alentejo,* 1999, Anuário estatístico, 2003, 2004. Disponível em:

[www.**ine**.pt/xportal/**ine**/portal/portlets/.../listaContentPage.jsp?...PT](http://www.ine.pt/xportal/ine/portal/portlets/.../listaContentPage.jsp?...PT) Consultado em 12/02/2012

* MAURICIO, Inês Lima. “O Envelhecimento Activo / Depressão em Pessoas Idosas - Que Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal?” Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. Disponível em:

[www.psilogos.com/Revista/Vol8N12/.../**Mauricio**%20\_%20P55-65.p](http://www.psilogos.com/Revista/Vol8N12/.../Mauricio%20_%20P55-65.p)... Consultado a 12/02/2012

* MINISTERIO DA SAÚDE; DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2000)*.* Direcção-Geral da Saúde -Divisão de Saúde das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriatrias. EXERCÍCIO SEM RISCOS PARA LÁ DOS SESSENTA. 2000
* MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Lisboa.
* MINISTERIO DA SAUDE (2004), Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 02/07/2004. Lisboa
* MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009). Despacho n.º 10142/2009 *Diário da República, 2.ª série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009*
* MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). Decreto de Lei nº28/2008, *Diário da República, 1.ª série , N.º 38, 22 de Fevereiro de 2008*
* MINISTERIO DA SAUDE (2004), Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 02/07/2004. Lisboa.
* MINISTÉRIO DA SAÚDE (1991), Decreto-Lei n. 437/91 - Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Diário da Republica I Serie, 257 (91/11/08) 5723-5741.
* MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011). Regulamento n. 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da Republica II Serie de 18 de Fevereiro de 2011.
* MINISTÉRIO DA SAÚDE, DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (1998). Despacho Conjunto nº407/98, Diário da Republica II série, 15 de Maio de 1998
* MINISTÉRIO DA SAÚDE, DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (1998). Diário da Republica nº 254, I série, de 3 de Novembro de 1998, (p.5694-5696) Lisboa.
* MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). REPE. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril
* MONIZ, José Manuel (2003*). A Enfermagem e a Pessoa Idosa – A prática de cuidados como experiencia formativa.* Lusociência
* ROLDÃO, Cristina. “Testando Modelos de Operacionalização Uma análise exploratória de modelos de operacionalização da estrutura de classes no quadro do European Social Survey – Round 2 (2004)” CIES e-WORKING PAPER Nº 55/2008. Disponível em:

[www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP55\_Roldao\_001.pdf](http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP55_Roldao_001.pdf) Consultado em 24/02/2012

* SQUIRE, Anne (2005). SAÙDE E BEM- ESTAR PARA PESSOAS IDOSAS – Fundamentos básicos para a pratica. Lusociência 2005
* STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette.(2010). Enfermagem de Saúde Publica: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população. Loures: Lusociência (2010)
* TAVARES, A. (1990) – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Edição: Ministério da Saúde. Cadernos de Formação 2 (1990). Disponível em:

[www.cdi.ensp.unl.pt/.../plinkres.asp?...**planeamento**%22... Consultado](http://www.cdi.ensp.unl.pt/.../plinkres.asp?...planeamento%22...%20Consultado) a 12/12/2011

# ANEXOS

# ANEXO I - Protocolo de Colaboração

# ANEXO II - Desdobrável do Projeto

# ANEXO III - Documento Colheita de Dados

# ANEXO IV - Documento de referenciação

# ANEXO V - Documento IAI

1. Foram identificados 82 idosos pela GNR e era a população prevista no estudo. No decurso das visitas domiciliárias com a Unidade Móvel todos os idosos que reuniram critérios foram incluídos no presente estudo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Instrumento de abordagem diagnóstico de deteção e monitorização, de pessoas em situação de dependência, delineado com base em instrumentos internacionais validados (Índice de Katz, Escala de

   Lawton e excerto do Mini Mental State). Identifica as áreas físicas, funcionais, mentais, sociais e de hábitos de vida. [↑](#footnote-ref-2)
3. Este dado não integra os do Instrumento (IAI) utilizado mas esta registado no instrumento de colheita de dados identificativos, de saúde e sociais. [↑](#footnote-ref-3)
4. Este dado não integram os do Instrumento (IAI) utilizado mas esta registado no instrumento de colheita de dados identificativos, de saúde e socias. [↑](#footnote-ref-4)
5. O ano inquirido foi de 2011, por nos encontrarmos no último semestre e por ser mais facilmente recordado pelo grupo alvo e não o anterior, 2010, como preconizado no IAI. [↑](#footnote-ref-5)
6. O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária desenvolveu-se para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica (Katz, 1963). Katz e colaboradores demonstraram que a recuperação do desempenho funcional de seis atividades consideradas básicas da vida quotidiana de idosos dependentes (tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se, continência de esfíncteres e alimentar-se) era semelhante à sequência observada no processo de desenvolvimento da criança, perdem-se segundo a mesma ordem. (Apóstolo 2010: 16) [↑](#footnote-ref-6)
7. “Lawton e Brody em 1969 desenvolveram uma escala que pretendia medir incapacidade e servir para planear e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais, que compreendem oitotarefas como usar telefone, fazer compras,preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes,preparar medicação e gerir o dinheiro**,** mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades.” (Apóstolo 2010: 6) [↑](#footnote-ref-7)
8. O Mini Mental State , elaborado por Folstein et al. (1975), foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica, na avaliação da mudança do estado cognitivo do doente geriátrico. Examina a orientação temporal, espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem. (Apóstolo 2010: 60) [↑](#footnote-ref-8)
9. Existem alguns indivíduos identificados no relatório, com menos de 65 anos, 2 indivíduos, porque apresentavam alguns critérios de necessidade de ensinos e encaminhamento para unidades de saúde. [↑](#footnote-ref-9)
10. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma do seu domicílio. (Art. 27 do DL 101/2006 de 6 de Junho). [↑](#footnote-ref-10)