

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



19
janeiro
2013

Academia de Juventude
e das Artes da Ilha Terceira
(Praia da Vitória)

Projetos de Intervenção
em
Enfermagem Comunitária

Promoção
de
Comunidades Saudáveis

Interdisciplinaridade
em
Saúde Pública

do idealizado ... ao realizado



Praia da Vitória, Terceira-Açores





Título:

Intervenção Comunitária em Saúde nos Açores-II Colóquio de Enfermagem Comunitária

Editor:

Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada - Universidade dos Açores

Coordenação:

Helena Oliveira

Carla Meneses

Carla Silva

Manuela Dias

Nélia Terra

Sandra Costa

Fotografia:

Rodrigo Alves

ISBN:

978-989-98216-0-6

Nota: A informação, a estrutura e coesão textual nos planos lexical, morfológico, sintático, ortográfico e de pontuação são da responsabilidade dos respetivos autores.



INDICE

DISCURSO DE ABERTURA	4
PROGRAMA CIENTIFICO.....	7
CONFERÊNCIAS	10



DISCURSO DE ABERTURA

Este II Colóquio de Enfermagem Comunitária, surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, da responsabilidade da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, da Universidade dos Açores. Tem como finalidade promover a partilha e reflexão acerca da intervenção comunitária como motor impulsionador da saúde da população. Para isso, contamos com Mesas que abordam os trabalhos realizados ao longo do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária e com comunicações que versam problemáticas como a importância da proatividade das populações na consecução de projetos comunitários, bem como da multidisciplinariedade em saúde.

De salientar que os trabalhos realizados no âmbito desta especialização dizem respeito à população idosa de 3 Ilhas, S. Miguel: freguesias de Fajã de Baixo (Concelho de Ponta Delgada) e Maia (Concelho de Ribeira Grande); Terceira: freguesia de S. Mateus da Calheta (Concelho de Angra do Heroísmo) e Biscoitos (Concelho da Praia da Vitória) e Faial: freguesia da Conceição (Concelho da Horta).

As transformações epidemiológicas, demográficas e sociais, alimentadas pela globalização, urbanização e envelhecimento populacional, colocam desafios de uma magnitude não prevista há algumas décadas atrás.

De acordo com a OMS, no Relatório intitulado Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca (2008), em muitos aspetos, as respostas do setor da saúde ao mundo em mudança têm sido desadequadas e ingénuas. Desadequadas, na medida em que falham não só na antecipação mas também na resposta apropriada. Ingénuas, na medida em que falhas do sistema requerem uma solução ao nível do mesmo, e não soluções temporárias.

Os sistemas de saúde estão a desenvolver-se em direções que pouco contribuem para a equidade e justiça social. Se as mudanças necessárias requerem a colaboração, o envolvimento e a responsabilização das pessoas, então é também necessário que o Estado assuma a suas responsabilidades perante as mesmas (OPSS, 2011)

As crises políticas e económicas criam obstáculos na resposta do estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento, dificultando a diminuição das desigualdades em saúde.



A saúde é influenciada por um conjunto de fatores, pelo que é essencial a ação concertada de vários setores: cultural, social, ambiental, económico, para além do da saúde. Do mesmo modo, a saúde das populações é de decisiva importância para o progresso social, económico, ambiental e qualidade de vida das comunidades.

A proximidade e continuidade de cuidados de enfermagem exigem não só uma prática orientada para a promoção da saúde e para a prevenção da doença – onde o enfermeiro surge como elemento fundamental na gestão dos projetos de saúde individuais, das famílias e comunidades, na defesa da autonomia e dos direitos dos utentes – mas também uma atitude proativa dos enfermeiros na definição das políticas de saúde. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública têm a competência de coordenar, dinamizar, participar e avaliar programas de intervenção no âmbito da promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, em diferentes contextos.

Ao longo do ano transato, por todo o País, observámos diversas iniciativas no âmbito do ano europeu dedicado ao envelhecimento ativo e solidariedade entre gerações. Contudo, é hora de concretizar, na Região Autónoma dos Açores, a preocupação para com este grupo vulnerável, criando e integrando um Programa de saúde do idoso no Plano Regional de Saúde, constituindo um sinal de que as políticas de saúde nesta Região, se encontram direcionadas para estas populações.

O conjunto de resultados, relativos a diferentes domínios e alcançados pelo grupo de Enfermeiros durante o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, que hoje serão apresentados, poderão constituir uma base para a construção deste programa, já que assumem especial relevância no processo de construção de um envelhecimento saudável, ativo e produtivo, cumprindo-se igualmente uma das finalidades das instituições de ensino superior, que é a prestação de serviços à comunidade, numa perspetiva de valorização recíproca.

Sendo a saúde um setor que consome uma parcela significativa dos recursos, é transversal para todos os países, a procura de uma governança que garanta uma maior eficiência na gestão dos mesmos.

Um dos grandes desafios que se colocam a Portugal e á RAA, no contexto económico atual, é o de reduzir a despesa pública com o setor da saúde. Esta redução não deve acontecer à custa da diminuição na qualidade e oferta de cuidados de saúde, tendo em conta que, e de acordo com o artigo 64º da constituição portuguesa, “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” sendo este direito realizado: “a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da



infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.” Assim, é imperioso investir na prevenção primária e na capacitação dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde.

Vinte e cinco anos decorridos da carta de Ottawa, continuamos a observar, que há ainda um longo caminho a percorrer. A ênfase continua a ser colocada nos cuidados curativos, setor que absorve a grande fatia do financiamento da saúde, negligenciando o potencial da prevenção primária, que poderia prevenir até 70% do fardo da doença, segundo dados da OMS, no relatório mundial de saúde de 2008.

Cremos, pois, que a concretizar-se a visão estratégica subjacente ao programa científico deste colóquio, tal poderá refletir-se no arranque de novos projetos de intervenção comunitária, na consolidação dos existentes e na constatação de que a especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública imprime, nas políticas e nos serviços de saúde, um valor acrescido para o planeamento em saúde e na qualidade da prestação de cuidados às populações.

Esperamos, igualmente, que as Unidades de Saúde de Ilha, gestoras dos cuidados de saúde primários permaneçam atentas e criem condições, de forma, a que as populações beneficiem das competências destes profissionais integrados em equipas multidisciplinares, traduzindo-se em efetivos ganhos em saúde visíveis mediante uma adequação dos sistemas de informação em saúde que permita a produção de um resumo mínimo de dados, nesta área, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Conselho Internacional de Enfermagem.

É importante que os sistemas de informação através dos resumos mínimos de dados de enfermagem facultem informação relativa à intensidade dos cuidados de enfermagem, possibilitando o cálculo da carga de trabalho dos enfermeiros e consequente dotação, nos vários contextos, hospitalar e comunitário. Para terminar, quero agradecer a todos quantos tornaram possível a existência deste momento de partilha e reflexão e desejar a todos, um ótimo e profícuo dia de trabalho.

Praia da Vitória, 19 de Janeiro de 2013

A Presidente do II Colóquio de Enfermagem Comunitária – Intervenção Comunitária em Saúde nos Açores

Maria Manuela Marreiros Gomes Dias

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



7

PROGRAMA CIENTIFICO

PROGRAMA

19 de Janeiro de 2013

Academia de Juventude e das Artes da Ilha Terceira – Praia da Vitória

09:00 – Receção e abertura do secretariado

09:15 – **Sessão Solene de Abertura**

Secretário Regional da Saúde – Dr. Luís Cabral

Magnífico Reitor da Universidade dos Açores – Doutor Jorge de Medeiros

Presidente do Conselho Diretivo Regional da SRRAA da Ordem dos Enfermeiros –
Enfermeiro Tiago Lopes

Coordenador do CPLEEC – Doutor Hélder Pereira (Docente da ESEnfPD – UAc)

Presidente do Colóquio – Enfermeira Manuela Dias (USIT – CSAH)

09:45 – **Mesa 1 – Saúde Comunitária: Projetos de Intervenção em 5 Concelhos da RAA**

(no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária)

- ✓ Do Diagnóstico ao Projeto de Intervenção – Enf.^a Carla Meneses (USIT – CSPV)
- ✓ Projeto Com(Viver) Mais – Uma aliança entre gerações e voluntariado no combate à solidão no idoso (S. Mateus da Calheta, Angra do Heroísmo) – Enf.^a Carla Silva (USIT – CSAH)
- ✓ Projeto PICCA 2012-2013 – Proteger o Idoso Com a Campanha AntiGripal (Biscoitos, Praia da Vitória) – Enf.^a Sandra Costa (USIT – CSPV)

11:00 – 11:15 Intervalo para café

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



8

- ✓ Projeto Controle a Tensão – “Saiba mais, decida melhor: domine a sua tensão” (Conceição, Horta) – Enf.^a Manuela Melo (HH)
- ✓ Projeto Con[Viva]⁺ (Fajã de Baixo, Ponta Delgada) – Enf.^a Antonieta Braga (USITSM^a – CSVP)
- ✓ Projeto MAIA – Movimento Amigo dos Idosos Ativos (Maia, Ribeira Grande) – Enf.^a Olívia Botelho (HDES)

Moderação – Mestre Helena Oliveira (Docente da ESEnfPD – UAc)

13:00 – 14:30 Almoço

14:30 – **Mesa 2 – Promoção de Comunidades Saudáveis: do idealizado ao realizado**

Conferência “A Importância da Pró-atividade Comunitária na Promoção da Saúde” –

Dr.^a Luísa Vasconcelos (Docente da ESEnfPD – UAc)

A comunidade na promoção da saúde – Parcerias e Testemunhos

- ✓ Sr.^a. Ana Guitas (Coordenadora do Grupo de Convívio de Idosos de São Mateus da Calheta)
- ✓ Dr.^a. Irina Pimentel (representante da Junta de Freguesia de São Mateus da Calheta)
- ✓ Enf. António Borges (Vogal Executivo da USIT e Diretor de Enfermagem do CSPV)
- ✓ Prof. José Aurélio Almeida (Escola Básica e Integrada dos Biscoitos)

Moderação – Enf. Ricardo Dias (HSEIT)

15:45 – 16:00 Intervalo para café

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



16:00 – Mesa 3 – Saúde Pública – a Interdisciplinaridade nos Projetos de Intervenção da RAA

9

Conferência “Importância da intervenção multidisciplinar em Saúde Pública na RAA” –

Dr. Domingos Cunha (Deputado da Assembleia Legislativa Regional dos Açores)

- ✓ Projeto do Gabinete de Enfermagem Comunitária do CSAH – Mestre Susana Martins (USIT – CSAH)
- ✓ Experiência dos Cuidados Continuados – Mestre Ana Teresa Costa (USIT – CSPV) e Enf. Pedro Fins (USIT – CSAH)

Moderação – Enf.^a Maria Alice Soares (HSEIT)

17:30 – Sessão de Encerramento

Diretora da ESEnfAH – UAc – Mestre Jesuína Varela

Coordenador do CPLEEC – Doutor Hélder Pereira (Docente da ESEnfPD – UAc)

Presidente do Colóquio – Enfermeira Manuela Dias (USIT - CSAH)



CONFERÊNCIAS

DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE AO PROJETO DE INTERVENÇÃO¹

Carla Meneses*, Patrícia Vargas, Sandra Costa, Susana Maciel

*USIT- CSPV

carlasime@sapo.pt

Orientado por: Helena Oliveira

Resumo: Os projetos de intervenção comunitária, resultantes do Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Comunitária (CPLEEC), lecionado pela Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores, foram desenvolvidos em cinco concelhos da Região Autónoma dos Açores, junto de idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos. Tendo como linhas orientadoras as considerações sobre o envelhecimento ativo do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e do Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações 2012, os projetos de intervenção comunitária, desenvolvidos neste âmbito, tiveram como fio condutor a metodologia do planeamento em saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Diagnóstico de saúde da comunidade; Determinação de prioridades; Problema de saúde; Projeto de intervenção comunitária.

Abstract: The community intervention projects resulting from the CPLEEC, of the Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada from the Universidade dos Açores, were developed in five Azores' municipalities, near elderly, aged between 65 and 84 years old.

Having as guidelines the considerations on active ageing of the National Program of Health for Elderly People and the Action Program of the European Year of Active Ageing and Solidarity between

¹ Trabalho realizado pelos 41 alunos do CPLEEC



Generations 2012, the community intervention projects, developed within this framework, as had the common thread of health planning methodology.

Keywords: Active Ageing; Community Health Diagnosis; Determination of priorities; health problem; Community Intervention Project.

Introdução: O ano 2012 foi designado pela Comissão Europeia como o «Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e solidariedade entre gerações», com o intuito de criar uma cultura de envelhecimento ativo, baseada numa sociedade para todas as idades, encorajando responsáveis políticos, profissionais de saúde e população em geral para a promoção do envelhecimento ativo, da solidariedade e da cooperação entre as gerações. Segundo a OMS, envelhecimento ativo é “o processo de otimizar as oportunidades de saúde, de participação na sociedade e de segurança a fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo”.

Também o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando o envelhecimento ativo, defende uma maior adequação dos cuidados de saúde à especificidade das necessidades dos idosos e o desenvolvimento de ambientes facilitadores à sua autonomia.

Com base nestas orientações e considerações, tendo sempre como fio condutor o paradigma do envelhecimento ativo, e com o intuito de dar cumprimento ao plano de estudos do CPLEEC, foram desenvolvidos projetos de intervenção comunitária.

Conteúdos: Os projetos de intervenção comunitária, desenvolvidos no âmbito do CPLEEC, tiveram como suporte a metodologia de planeamento em saúde. Como tal, respeitaram as seguintes etapas: Diagnóstico de Situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação.

Qualquer intenção de formular projetos integrais de saúde e de os executar com sucesso requer um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, os quais poderão ser conhecidos através da realização de um Diagnóstico de Saúde da Comunidade (DSC). A conceção do DSC constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e tem como finalidade objetivar rigorosamente o nível de saúde de uma comunidade, através da determinação dos problemas e necessidades de saúde (Martinez et al., 2007).



A realização do DSC é uma das principais funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ao qual compete recolher os dados que permitam conhecer as problemáticas da comunidade para, posteriormente, efetuar a determinação de prioridades em saúde e estabelecer estratégias de intervenção, as quais, promovendo a coparticipação dos cidadãos e a mobilização dos recursos disponíveis, permitirão obter ganhos em saúde.

Desta forma, e considerando o conceito de envelhecimento ativo, os projetos de intervenção foram desenvolvidos com base no Diagnóstico de Saúde dos indivíduos dos 65 aos 84 anos das respetivas comunidades alvo de intervenção.

O DSC teve como objetivos: a) caracterizar sócio demograficamente as referidas comunidades; b) Identificar os recursos comunitários disponíveis; c) conhecer o estado de saúde dos indivíduos dos 65 aos 84 anos de cada uma das freguesias, recorrendo à análise dos determinantes de saúde para o envelhecimento ativo.

Para isso foi delineado um modelo de análise, que emergiu da revisão da literatura sobre as problemáticas de saúde no idoso com especial foco nos aspetos propiciadores de um envelhecimento ativo, onde foram definidos os componentes e indicadores mais relevantes e pertinentes para cada um dos determinantes, face ao objetivo em estudo. Assim para caracterizar a comunidade socio-demograficamente e identificar os recursos disponíveis, foram definidas como dimensões mais relevantes e pertinentes: Meio Ambiente, Contexto Demográfico, Indicadores de Saúde, Contexto Económico, Caracterização Sociocultural, Rede Social de Apoio e Recursos de Saúde (Martinez et al., 2007; Zurro & Perez, 2003). Algumas das referidas dimensões foram subdivididas em vários componentes de modo a favorecer a identificação de indicadores e posterior análise.

Para a consecução do terceiro objetivo foi necessário elaborar um instrumento de recolha de dados (questionário) cujo fim seria o de “Conhecer o estado de saúde dos indivíduos dos 65 aos 84 anos”. Desta forma, foram identificados como eixos prioritários de análise e avaliação os determinantes de saúde: Materiais, Psicossociais, Comportamentais e Biológicos.

Depois de delineadas as ferramentas de diagnóstico que seriam utilizadas em todas as comunidades alvo de intervenção para realizar o DSC, os grupos de trabalho procederam à caracterização das suas comunidades socio demograficamente e identificação dos recursos comunitários disponíveis, recorrendo a pesquisa documental, a dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística e Serviço Regional de Estatística dos Açores, entrevistas, entre outras.



Através da aplicação e análise dos resultados do questionário nas diferentes comunidades foi possível conhecer o estado de saúde dos indivíduos dos 65 aos 84 anos de cada comunidade.

O DSC permitiu que cada grupo de trabalho identificasse um conjunto de diferentes necessidades / problemas de saúde. Não sendo possível intervir sobre todos os problemas de saúde, e com o intuito de reconhecer como poderiam ser os recursos rentabilizados e orientados para a resolução de um problema, foi necessário determinar sobre qual se atuaria prioritariamente. Assim, os grupos de trabalho procederam à determinação de prioridades, com a participação da comunidade. Numa primeira abordagem, recorreram a técnicas de triagem baseadas em critérios epidemiológicos para reconhecer os problemas com maior impacto em cada comunidade. Os problemas resultantes deste processo foram submetidos a metodologias de priorização, nomeadamente, e dependendo da opção de cada equipa de projeto, ao método de Hanlon, ao método Simplex e à análise SWOT. Desta forma, foi possível identificar o problema de saúde prioritário, permitindo a conceção e implementação de projetos de intervenção comunitária.

Conclusão: Os projetos de intervenção comunitária, realizados no CPLEEC, desenvolveram-se em três fases distintas: DSC, determinação de prioridades em saúde e elaboração e implementação de projetos de intervenção comunitária.

Para a realização do DSC foram delineados instrumentos de diagnóstico que permitiram fazer o diagnóstico de saúde de cada comunidade em estudo.

Depois de identificados os problemas de saúde de cada comunidade, os grupos de trabalho procederam à determinação de prioridades para selecionarem o problema de saúde alvo de intervenção. A partir daí nasceram os diferentes projetos de intervenção comunitária para cada comunidade. Sendo estes:

- Projeto “Com(Viver)Mais – Uma aliança entre gerações e voluntariado no combate à solidão no idoso”, na freguesia de S. Mateus da Calheta, concelho de Angra do Heroísmo, ilha Terceira;
- Projeto “Con[Viva]+”, na freguesia da Fajã de Baixo, concelho de Ponta Delgada, ilha de S. Miguel.
- Projeto “Controle a Tensão – Saiba mais, decida melhor: domine a sua tensão”, na freguesia da Conceição, concelho da Horta, ilha do Faial;
- Projeto “MAIA – Movimento Amigo dos Idosos Ativos”, na freguesia da Maia, concelho da Ribeira Grande, ilha de S. Miguel;



- Projeto “PICCA 2012/2013 – Proteger o Idosos Com a Campanha Antigripal”, na freguesia dos Biscoitos, concelho da Praia da Vitória, ilha Terceira;

Bibliografia:

Decisão N.º 940/2011/UE de 14 de Setembro. Jornal Oficial da União Europeia nº 246/5. Estrasburgo.

Data de consulta: Janeiro de 2013, disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:PT:PDF>

Direção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. Circular Normativa N.º: 13/DGCG. Data de consulta: janeiro de 2012, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/O/i006346.pdf>.

Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, Universidade dos Açores. Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Comunitária (2012). Envelhe(ser) Ativo - Diagnóstico de saúde da população idosa em comunidades açorianas. Ponta Delgada. p.122

Governo de Portugal (2012). Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da solidariedade entre gerações 2012. Data de consulta: janeiro de 2013, disponível em http://www.envelhecimentoativo.pt/img/conteudo/ficheiros/PT_%20AEEASG%20PROGRAMA%20DE%20ACAO%20_01_2012.pdf

Martínez, D. et al. (2007). Conceptos generales en atención primaria. Sevilha: Editorial MAD. p. 138.

Zurro, A. & Pérez, J. (2003). Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. (5ª ed.). Lisboa: Farmapress. p. 347.



COM(VIVER) MAIS – UMA ALIANÇA ENTRE GERAÇÕES E VOLUNTARIADO NO COMBATE À SOLIDÃO NO IDOSO NA FREGUESIA DE S. MATEUS DA CALHETA

Carla Silva,* Lília Melo, Manuela Dias, Margarida Armas; Maria Alice Soares, Maria João Vieira, Nélia Terra, Paula Ferreira, Ricardo Dias, Susana Silva

*USIT – CSAH

carla_n_natal@hotmail.com

Orientado por: Helena Oliveira

Resumo: O projeto Com(Viver) Mais resultou do Diagnóstico de Saúde da Comunidade idosa de São Mateus da Calheta. Da análise dos 86 questionários aplicados na freguesia (30% da população) e após a priorização dos problemas resultantes do mesmo, surgiu o problema prioritário, “62,8% dos idosos experenciam sentimentos de solidão”, sendo este o alvo do projeto Com(Viver) Mais. As diversas intervenções desenvolvidas ao longo deste projeto, nomeadamente visitas domiciliárias aos idosos que viviam sozinhos ou com elevados níveis de solidão (avaliados através de uma escala) e atividades intergeracionais, resultaram na diminuição em 10,5% da percentagem de idosos que experenciam sentimentos de solidão e em outros significativos ganhos em saúde no sentido da diminuição do isolamento social e emocional dos idosos da freguesia de São Mateus da Calheta.

Palavras-chave: Idosos; Solidão; Voluntariado; Intergeracionalidade; Ganhos em Saúde; Comunidade

Abstract: The project *Com(Viver) Mais* resulted of the Community Health Diagnosis of elderly in *São Mateus da Calheta*. From the analysis of the 86 questionnaires in the parish (30% of the population) and after prioritization of the resulting problems of the diagnosis, the priority problem was "62.8% of the elderly experience feelings of loneliness", which is the project's *Com(Viver) Mais* target. The various interventions developed throughout this project, including home visits to elderly people living alone or with high levels of loneliness (assessed using a scale) and intergenerational activities, resulted in 10.5% decrease in the percentage of seniors who experience feelings of loneliness and other significant health gains towards the reduction of social and emotional isolation of the elderly of *São Mateus da Calheta* parish.



Keywords: Elderly; Solitude; Volunteering; Intergenerational; Gains in Health, Community

Introdução: A freguesia de São Mateus da Calheta (SMC) localiza-se à beira-mar, a cerca de 5 quilómetros da cidade de Angra do Heroísmo. A população alvo do nosso estudo foi constituída por 286 idosos (censos 2001) com idades compreendidas entre os 65 aos 84 anos, residentes na freguesia de SMC, onde foram aplicados 86 questionários (30%) a uma amostra intencional, por quotas. Da análise desses questionários, e tendo por base o modelo de análise utilizado, resultaram 47 problemas.

Dado que os recursos em saúde são cada vez mais escassos, tornou-se imperativo definir prioridades. Os problemas resultantes do DSC foram priorizados envolvendo a participação da própria comunidade, de forma a favorecer o seu empoderamento e atuar no sentido da sua satisfação. O problema prioritário, alvo de intervenção posterior, foi o seguinte: “62,8% dos idosos experincia sentimentos de solidão. Desta forma, surgiu o Projeto de Intervenção Com(Viver) Mais.

Objetivos: O projeto Com(Viver) Mais, tem como meta: Diminuir o sentimento de solidão dos indivíduos independentes com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos, residentes em SMC, através de uma intervenção aos três níveis de prevenção; como objetivo geral: Reduzir de 62,8% para 42,8% os sentimentos de solidão nos indivíduos independentes com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos, residentes em SMC, entre 2 de Junho de 2012 e 2 de Janeiro de 2013, tendo como estratégia a diminuição do isolamento social e emocional; e como objetivos específicos:

- a) Envolver a comunidade de SMC no projeto Com(Viver) Mais;
- b) Aumentar de 16,2% para 66,2% a percentagem de idosos que reconhece o posto de saúde da freguesia como uma instituição de apoio;
- c) Diminuir de 100% para 80% o sentimento de solidão na população alvo que vive sozinha na freguesia de SMC;
- d) Diminuir de 40,7% para 30,0% a percentagem de idosos que prefere ficar em casa em vez de conviver;
- e) Aumentar de 9,4% para 20% a percentagem de idosos que presta serviço de voluntariado;
- f) Aumentar de 1,2% para 10% a percentagem de idosos que frequenta formação.

Metodologia: Para a concretização do projeto Com(Viver) Mais foram várias as atividades desenvolvidas, das quais destacamos:

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



17

- Estabelecimento de parcerias com a Junta de freguesia de SMC, com a direção e voluntárias do Centro Social e Paroquial de São Mateus da Calheta (CSPSMC), com as educadoras do colégio “A Gaivota” e do ATL “Atlântida” e com a Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo – UAc.
- Informação aos idosos sobre as atividades/funcionamento do posto de saúde, para que o identifiquem como uma instituição de apoio, através da disponibilização de um folheto.
- Promoção/organização de uma bolsa de voluntariado intergeracional para melhorar o apoio aos idosos que vivem sozinhos. Foram angariadas 6 voluntárias e realizadas formações às mesmas, para realização de visitas domiciliárias.
- Formação dos jovens da Ocupação de Tempos Livres (OTL) para aplicação de uma escala de avaliação da solidão, juntamente com a aplicação de um questionário formulado pela junta de freguesia, aquando do mapeamento dos idosos da freguesia. Esta escala permitiu a avaliação do sentimento de solidão dos idosos que vivem sozinhos, nos meses de Julho e Dezembro de 2012. A todos os idosos identificados pelos jovens da OTL foi aplicada a escala.
- Proposta à Secretaria/Direção Regional de Saúde da implementação de uma linha SOS Solidão, para acompanhar telefonicamente os idosos com sentimentos de solidão.
- Apresentação do projeto de intervenção ao coordenador e formandos do Curso de Especialização Tecnológica de técnicas de gerontologia (CET), objetivando a realização de estágio em SMC. O referido estágio dispôs de um dia semanal por aluno, de Outubro a Dezembro de 2012, para visita domiciliária aos idosos.
- Realização de bailes mensais para idosos no CSPSMC.
- Implementação da “Hora do Conto” quinzenalmente, no Jardim de Infância do CSPSMC, através da narração de um conto, pelos idosos às crianças.
- Implementação da “Hora do Jogo” quinzenalmente, pelos idosos, no ATL do CSPSMC através do ensino de jogos.
- Sessão de divulgação pelo responsável do projeto “Aprendizagem ao longo da vida” da UAc em Angra do Heroísmo, acerca da sua existência e respetivas vantagens. Observamos que a falta de transporte da maioria dos idosos limita a sua adesão a estas atividades de formação.
- Sessão de divulgação do uso acompanhado de computadores pelos responsáveis da Gê-Quest. A apresentação do programa de informática para idosos foi, aparentemente, muito bem recebida



pelo grupo, que mostrou gosto em experimentar este programa. Verificou-se, porém, que a adesão ao “Uso Acompanhado de computadores”, não correspondeu às expectativas iniciais. Este facto, em nossa opinião, deveu-se essencialmente à falta de transporte, que para muitos idosos é fundamental, uma vez que não têm transporte próprio e apresentam dificuldade de locomoção.

- Realização de visitas domiciliárias, por parte dos voluntários e dos alunos do CET aos idosos de SMC. Todos os idosos que vivem sozinhos foram visitados. Foram realizadas visitas também a idosos que vivem acompanhados mas que apresentavam níveis de solidão superiores a 30, segundo a escala de avaliação da solidão, num total de 38 idosos.
- Candidatura do projeto Com(Viver) Mais à Missão Sorriso em Novembro de 2012 em parceria com o CSPSMC e ao Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações

Resultados: Objetivo geral: Foi reduzido de 62,8% para 52,3% os sentimentos de solidão nos indivíduos independentes com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos, residentes em SMC, entre 2 de Junho de 2012 e 2 de Janeiro de 2013, tendo como estratégia a diminuição do isolamento social e emocional.

Objetivos específicos:

- Toda a comunidade de SMC foi envolvida no projeto;
- Aumentou de 16,2% para 68,6% a percentagem de idosos que reconhece o posto de saúde da freguesia como uma instituição de apoio;
- Diminuiu de 100% para 80,95% o sentimento de solidão na população alvo que vive sozinha na freguesia de SMC;
- Diminuiu de 40,7% para 27,9% a percentagem de idosos que preferem ficar em casa em vez de conviver;
- Aumentou de 9,4% para 17,44% a percentagem de idosos que presta serviço de voluntariado;
- Aumentou de 1,2% para 8,14% a percentagem de idosos que frequentam formação;

Além de todos estes benefícios e da redução de 10,5% na percentagem de idosos que refere sentimentos de solidão, os ganhos em saúde do projeto Com(Viver) Mais também incluem:

- A redução dos sentimentos de solidão em 85,71% dos idosos que vivem sozinhos, segundo a escala de avaliação da solidão;
- A redução de 5,8% na percentagem de idosos que refere sentimentos de solidão todos os dias;



- A redução de 1,2% na percentagem de idosos que refere sentimentos de solidão quase todos os dias;
- A redução de 2,4% na percentagem de idosos que refere sentimentos de solidão às vezes;

É importante também salientar que houve um aumento de 50,0% para 61,6% na percentagem de idosos que possui sonhos/projetos de vida e que 20,9% dos idosos não se sentia feliz aquando da realização do DSC mas que neste momento esta proporção reduziu para 17,44%.

Conclusões: O Com(Viver) Mais pretendia diminuir a solidão nos idosos independentes, com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos, da freguesia de SMC, envolvendo-os de forma proactiva na comunidade em que estão inseridos, permitindo a partilha entre as diferentes gerações.

O grupo de projeto considera os resultados obtidos motivo de satisfação, não só da equipa, mas de todos aqueles que de uma forma ou de outra, nele estiveram envolvidos, embora consciente que nem todos os objetivos foram alcançados plenamente.

A avaliação do projeto permitiu constatar o contributo deste para a melhoria da qualidade de vida dos idosos de SMC, traduzida por ganhos diretos em saúde, resultantes de uma intervenção no âmbito da enfermagem comunitária, concorrendo para a relevância do papel dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, na promoção de comunidades saudáveis.

Estes resultados, em nossa opinião, não seriam possíveis sem o envolvimento da própria comunidade no projeto, fruto da efetividade das estratégias delineadas para o efeito. As atividades implementadas trouxeram grandes benefícios aos participantes e mobilizaram a comunidade, criando empoderamento e cidadania.

Pensamos também ter contribuído para motivar e alterar mentalidades, despertar e mobilizar forças de forma consistente para que as atividades possam ser continuadas, doravante, mesmo sem a presença do grupo de projeto.

Bibliografia:

Fernandes, H. (2007). Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.



Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In: Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds). Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. Pp.285-311. Lisboa. Climepsi.

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República nº 180/2009 - I Série. Código Deontológico do Enfermeiro.

Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa. Climepsi Editores.

Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35 – II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Teixeira, L., (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Tese de Mestrado integrado em psicologia. Secção de Psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Lisboa. Portugal



“PICCA 2012/2013 – PROTEGER O IDOSO COM A CAMPANHA ANTIGRI PAL”

Carla Meneses; Cláudia Nogueira; Daniela Lopes; Elisabete Sousa; Marília Coelho; Natércia Santos;

Patrícia Vargas; Sandra Costa*; Susana Maciel

*USIT- CSPV

sandraperescosta@gmail

Orientado por: Helena Oliveira

21

Resumo: O projeto PICCA 2012/2013 reflete o planeamento de estratégias e atividades que visaram o alcance dos objetivos propostos, mediante um problema de saúde que sobreveio de uma priorização, realizada após a deteção de várias necessidades de saúde emergentes do DSC idosa da freguesia dos Biscoitos. Este projeto pretendeu contribuir para a diminuição do risco de contrair síndrome gripal e desenvolver as complicações associadas, na época gripal 2012/2013, à população em estudo. As diversas intervenções desenvolvidas ao longo do projeto, resultaram num aumento de 37,5% para 75% de idosos independentes, com idades compreendidas entre 65-84 anos da freguesia dos Biscoitos, vacinados contra a gripe sazonal na época gripal de 2012/2013, indo ao encontro da meta estabelecida pelo Conselho Europeu para 2014 de atingir 75% de cobertura vacinal.

Palavras-chave: Idosos; Comunidade; Vacinação antigripal; Adesão

Abstract: The project PICCA 2012/2013 reflects the planning strategies and activities aimed at achieving the objectives proposed by a health problem that befell a prioritization performed after detection of several emerging health needs of the elderly DSC Biscoitos parish. This project aimed to contribute to reducing the risk of developing flu syndrome and associated complications, in the flu season 2012/2013, of the study population. The various interventions developed throughout the project resulted in increasing 37.5% to 75% of independent elderly, aged 65-84 years of Biscoitos parish, vaccinated against seasonal influenza in the flu season of 2012/2013, meeting the target set by the European Council in 2014 to reach 75% coverage.

Keywords: Elderly; Community; flu vaccination; Accession



Introdução: O presente projeto de intervenção em saúde comunitária, alicerçou-se na avaliação das necessidades de saúde dos idosos independentes com idades compreendidas entre os 65 e 84 anos da freguesia dos Biscoitos. Para isso foi necessário realizar o diagnóstico de saúde da comunidade e determinar sobre qual dos problemas identificados se atuaria prioritariamente. Assim, com a participação da comunidade, ficou estabelecido que o problema de saúde alvo da intervenção deste projeto, seria o “Risco aumentado de contrair síndrome gripal e desenvolver as complicações associadas”.

Determinou-se como meta – Diminuir o risco de contrair síndrome gripal e desenvolver as complicações associadas, na época gripal 2012/2013.

Com base nos objetivos delineados, procedeu-se à implementação de estratégias e atividades que consubstanciaram o alcance dos resultados esperados e que colocaram em prática o projeto, o qual foi delimitado em termos temporais, iniciando-se a 14 de maio de 2012, culminando com a sua avaliação final, em janeiro de 2013.

Objetivos: Objetivo geral: Aumentar de 37,5 para 75% a percentagem de idosos independentes, com idades compreendidas entre 65-84 anos da freguesia dos Biscoitos, vacinados contra a gripe sazonal na época gripal de 2012/2013;

Objetivos Específicos:

Aos idosos independentes, com idades compreendidas entre 65-84 anos da freguesia dos Biscoitos:

- Aumentar de 6,7% para 15% a percentagem, que realiza a vacina antigripal por considerar a gripe uma doença grave pelas complicações associadas;
- Aumentar de 26,7% para 50% a percentagem, que realiza a vacina antigripal por acreditar na eficácia da vacina;
- Reduzir de 10 % para 5% a percentagem, que não se vacina por não reconhecer a importância e eficácia da vacinação como forma de prevenção da gripe;
- Reduzir de 20% para 10% a percentagem, que não se vacina por receio de contrair a gripe após vacinação;
- Reduzir de 18% para 10% a percentagem, que não se vacina por não se considerar vulnerável à gripe;
- Reduzir de 12% para 4% a percentagem, que não se vacina por receio dos efeitos secundários da gripe;
- Reduzir de 10% para 4% a percentagem, que não se vacina por não valorizar a gravidade da doença;



- Reduzir de 8% para 0% a percentagem, que não se vacina por desconhecimento de quando efetuar a vacina;
- Diminuir de 6,6 % para 0 % a percentagem, cuja vacina é administrada por pessoas que não profissionais de saúde;
- Que pelo menos 40%, dos vacinados, refira que o fez também por recomendação da vacinação antigripal pelos enfermeiros;
- Que pelo menos 80%, dos vacinados, refira que o fez também por recomendação da vacinação antigripal pelos médicos
- Que pelo menos 80%, que frequentem o programa de sensibilização sobre a gripe e meios de prevenção, identifiquem as complicações associadas à síndrome gripal
- Que pelo menos 80%, que frequentem o programa de sensibilização sobre a gripe e meios de prevenção, reconheçam a importância e eficácia da vacinação antigripal na prevenção da gripe;
- Que pelo menos 60%, que frequentem o programa de sensibilização sobre a gripe e meios de prevenção, reconheçam que a vacina antigripal não provoca a doença;
- Que pelo menos 70%, que frequentem o programa de sensibilização sobre a gripe e meios de prevenção, admitam a sua vulnerabilidade à gripe.

Metodologia: Considerando que a definição de intervenções propõe formas de atuação, com o intuito de dar resposta aos objetivos formulados, as estratégias definidas para o presente projeto orientaram-se tendo por base quatro momentos chave.

1º Momento, Informação a toda a equipa sobre o projeto:

- ☐ Detecção dos fatores contribuintes para adesão diminuída à vacinação antigripal
- ☐ Identificação dos idosos independentes com idades compreendidas entre 65-84 anos da freguesia dos Biscoitos
- ☐ Apresentação do projeto “PICCA 2012/2013” aos líderes informais e formais da comunidade, bem como à comunidade em geral

2º Momento, Formação/capacitação do pessoal envolvido

- ☐ Sensibilização dos profissionais de saúde para a importância do seu papel na promoção da adesão dos idosos à vacinação antigripal

3º Momento, Trabalho operacional/ação de campo



- ☐ Planeamento e execução do programa de sensibilização sobre gripe e meios de prevenção, para os idosos independentes, com idades compreendidas entre 65-84 anos, da freguesia dos Biscoitos
- ☐ Monitorização, avaliação e participação na campanha de vacinação antigripal 2012/2013, dos idosos independentes, com idades compreendidas entre 65-84 anos da freguesia dos Biscoitos
- ☐ Envolvimento dos jovens na divulgação de informação sobre a gripe e suas formas de prevenção, através de parcerias estabelecidas com a EBI Biscoitos, para realização de um Concurso de Ideias “PICCA a gripe” visando a elaboração de um panfleto e cartaz e com a USIT – CSPV, para divulgação dos trabalhos vencedores do Concurso de Ideias “PICCA a gripe”, através do projeto Intergeracional “Lavar as mãos”

4º Momento, Articulação com parcerias

- ☐ Estabelecimento de parceria com a USIT;
- ☐ Estabelecimento de parceria com a EBI Biscoitos.

Resultados: O objetivo geral de aumentar de 37,5 para 75% a percentagem de idosos independentes, com idades compreendidas entre 65-84 anos da freguesia dos Biscoitos, vacinados contra a gripe sazonal na época gripal de 2012/2013, foi atingindo, indo ao encontro da meta estabelecida pelo Conselho Europeu para 2014 de atingir 75% de cobertura vacinal.

No programa de sensibilização sobre a gripe e meios de prevenção, os objetivos traçados foram todos alcançados:

- 96% dos idosos, que frequentaram o programa, identificaram as complicações associadas à síndrome gripal;
- 100% dos idosos, que frequentaram o programa, reconheceram a importância e eficácia da vacinação antigripal na prevenção da gripe;
- 84% dos idosos, que frequentaram o programa, reconheceram que a vacina antigripal não provoca a doença;
- 88% dos idosos, que frequentaram o programa, admitiram a sua vulnerabilidade à gripe.

O motivo mais frequentemente apontado para ter realizado a vacina foi a recomendação por enfermeiros, a qual foi mencionada por 58,3% dos idosos vacinados (objetivo alcançado).

Verificou-se um aumento da percentagem de idosos que efetuou a vacina por acreditar na sua eficácia, de 26,7% da época antigripal transata para 36,7% na atual. A meta de aumentar a percentagem de



inquiridos que se vacina por considerar que a gravidade das consequências da síndrome gripal justifica a imunização, foi superada, 23,3% dos idosos apontou esta razão.

A totalidade dos idosos que efetuaram a vacina antigripal recorreu a um enfermeiro para a sua administração.

Somente 5% dos idosos que não aderiram à campanha de vacinação antigripal 2012/2013, refere não se ter vacinado por considerar que a vacinação não é eficaz como forma de prevenção da gripe, constatando-se que o objetivo de reduzir de 10 para 5%, foi alcançado.

O objetivo de diminuir de 20 para 10% a percentagem de inquiridos que não se vacinam por receio de contrair gripe após a imunização foi superado visto nenhum idoso ter apontado este motivo para não se vacinar.

O desconhecimento de quando realizar a vacina não foi referido como razão para os idosos não aderirem à vacinação, sendo que o objetivo traçado foi alcançado.

Conclusões: Pensa-se que os resultados obtidos através da implementação deste projeto fornecem pistas importantes para a reestruturação da sua eventual réplica, nomeadamente no que respeita ao planeamento e execução de programas de sensibilização sobre gripe e meios de prevenção. Tendo em conta que os resultados observados relativamente à efetividade do programa de sensibilização foram bastante positivos, e considerando que o universo de idosos participantes poderá ser distinto dos respondentes ao questionário, conclui-se que uma atividade de sensibilização mais abrangente em termos de população intervencionada poderia exprimir resultados mais favoráveis, numa avaliação posterior.

É imperativo considerar o recurso “tempo” na replicação do presente projeto, eventualmente em todas as unidades de saúde do SRS, tendo em conta que, pelos resultados obtidos, depreende-se que uma intervenção isolada não conduzirá à mudança de comportamentos. É ainda essencial identificar os motivos da não adesão à vacinação contra a gripe, dado que estes poderão variar entre comunidades e, na mesma comunidade, entre épocas de vacinação. Só assim será possível nortear ações adequadas para os debelar e ajustar as intervenções a planear para a época gripal seguinte.

A vigilância epidemiológica dos casos de internamentos por gripe e/ou por complicações associadas, nesta faixa etária, e no final de cada época gripal, parece constituir um dado importante para a avaliação do impacto do projeto PICCA, permitindo, através da análise dos efeitos posteriores, planear e ou reajustar as intervenções a desenvolver em cada ano.



Independentemente da comunidade onde o projeto PICCA seja replicado, é fundamental a participação de um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública por ser um profissional com competências nas áreas de planeamento, execução, monitorização e avaliação de estratégias de saúde, sob uma perspetiva de gestão integrada multissetorial e multidisciplinar, concorrendo dessa forma para o sucesso da sua implementação.

Bibliografia:

- Branco, M. J. & Nunes, B. (2011). Vacinação antigripal da população portuguesa, em 2010-2011: cobertura e algumas características do acto vacinal. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Direção Regional da Saúde (2011). Circular Informativa nº 24.
- Francisco, P. M. S. B.; Barros, M. B. A. & Cordeiro, M. R. D. (2011). Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não-adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad.SaúdePública, 27(3), 417-426.
- Martínez, Domingo et al. (2007). Conceptos generales en atención primaria. Sevilla: Editorial MAD.



CONTROLE A TENSÃO - “SAIBA MAIS, DECIDA MELHOR – DOMINE A SUA TENSÃO”

27

Fátima Borges, Manuela Melo*, Paula Dias, Rui Mendes, Sérgio Fontes

*Hospital da Horta – EPE

manuelamelo@sapo.pt

Orientado por: Hélder Pereira

Resumo: Este projeto resultou do diagnóstico de saúde realizado na freguesia da Conceição, Ilha do Faial, em janeiro de 2012. Dos problemas identificados, através de método de priorização, foi selecionado o problema submetido a intervenção: *42,9% dos inquiridos têm hipertensão arterial*, o qual deu origem a este projeto, que decorreu de junho a dezembro de 2012, incidindo essencialmente em duas dimensões: a do conhecimento e do comportamento relativos à hipertensão arterial. Como meta, este pretendeu contribuir para a prevenção e controle da hipertensão arterial junto dos 23 idosos que se disponibilizaram a aderir ao projeto. Como principais resultados há a referir ganhos a nível do conhecimento e melhoria dos valores da pressão arterial e diminuição do peso.

Palavras-chave: Intervenção Comunitária; Enfermeiro; Hipertensão; Recursos.

Abstract: This project resulted from the health diagnosis held in the parish of Conceição, Faial Island in January 2012. Problems were identified and submitted to a process of prioritization, resulting in the identification of the problem subjected to intervention: *49,9% of respondents have hypertension*, which gave rise to this project, which ran from June to December 2012, focusing essentially on two dimensions: the knowledge and the behavior related with Hypertension. As a target, this intervention to contribute to the prevention and control of hypertension amongst the 23 elderly persons who agreed to join the project. The main results are connected to gains in terms of knowledge and improvement of blood pressure level as well as weight loss.

Keywords: Community Intervention, Nurse; Hypertension; Resources.



Introdução: De acordo com a DGS², a hipertensão arterial é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa. Decorrente do diagnóstico de saúde à comunidade da Conceição, verificou-se que 42,9% dos indivíduos com idades entre os 65 e os 84 anos têm hipertensão, tornando-se imperativo intervir nesse problema. Deste modo, este projeto que decorreu de junho a dezembro de 2012, desenvolveu-se em dois momentos: No primeiro foi elaborado e aplicado um questionário que permitiu aprofundar as questões relativas à HTA. No segundo interveio-se diretamente na comunidade através de um conjunto de atividades que incidiram em duas dimensões: a do conhecimento e a do comportamento, envolvendo parcerias locais e tendo como a meta prevenir e controlar a hipertensão arterial junto dos idosos que aderiram ao projeto.

OBJETIVOS GERAIS

- Caraterizar os conhecimentos e os comportamentos da população alvo, no que respeita aos fatores de risco e fatores contribuintes para a HTA;
- Aumentar os conhecimentos da população alvo, sobre a HTA;
- Sensibilizar a população alvo, no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis;
- Incentivar a população alvo para a Vigilância de Saúde.

Metodologia: O projeto “Controle a Tensão” assenta numa metodologia de intervenção em saúde e visa capacitar grupos e comunidades para a problemática da HTA, incidindo na importância da vigilância e controle da pressão arterial.

Assim, importou trabalhar toda a problemática que envolve a HTA, os aspetos da prevenção e controlo, bem como a adoção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista os benefícios e os ganhos em saúde, fomentando o envelhecimento ativo.

Este projeto desenvolveu-se em dois momentos distintos. No primeiro momento, foi elaborado e aplicado um questionário que permitiu aprofundar as questões relativas à HTA. Procurou-se obter dados relativamente aos conhecimentos e comportamentos relacionados com fatores de risco da HTA (obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares, cuidados de saúde e dados biométricos, tendo servido de guia condutor para o planeamento da intervenção que constituiu o segundo momento. De notar ainda que fatores de risco como o álcool e o tabaco não foram considerados para a elaboração do modelo de

² Direção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 020/2011 de 28/09/2011



análise porque, baseado na análise do DSC, estes dois fatores de risco não estavam presentes na população alvo deste estudo. Este questionário destinou-se a ser aplicado a todas as pessoas com idades compreendidas entre 65 e 84 anos, residentes na freguesia da conceição e/ou frequentadores do Centro de Dia da mesma. No final fizeram parte do projeto de intervenção 23 indivíduos.

Num segundo momento foi planeado e realizado um conjunto de atividades que permitiu a capacitação da população, tendo decorrido até dezembro de 2012. Foi neste momento que aconteceu o planeamento das diferentes atividades que compõe o projeto, bem como a elaboração das diferentes parcerias entre a equipa do projeto “Controle a Tensão” e diferentes entidades quer a nível pessoal, quer a nível coletivo. De salientar que o segundo momento do projeto incluiu um ciclo de Educação para a Saúde (EpS) e uma Consulta Mensal de Enfermagem. O ciclo de EpS foi designado por “Saiba mais, decida melhor – Domine a sua tensão”, e encontra-se dividido em três eixos de intervenção: “HTA... Prevenir e controlar” (referente à HTA e vigilância de saúde), “Coma bem... Viva melhor” (referente aos hábitos alimentares) e “Bota a Andar” (referente ao exercício físico) onde decorreram atividades até dezembro de 2012. Essas atividades foram coordenadas pelo grupo responsável pelo projeto, mas executadas pelas parcerias firmadas.

A inclusão dos recursos da comunidade para a implementação do projeto revelou-se de extrema importância uma vez que, permitiu uma envolvimento de um grupo multisectorial e multiprofissional de pessoas a trabalhar lado a lado com uma única meta: contribuir para a prevenção e controle da HTA junto dos idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos, da freguesia da Conceição e do seu Centro de Dia, que se disponibilizaram a aderir ao projeto.

Resultados: Efetuada a avaliação do impacto da intervenção, do projeto “Controle a Tensão”, por comparação das diversas dimensões de intervenção no momento inicial (junho) e no final (dezembro) salientam-se resumidamente os principais resultados de intervenção em saúde no seguinte quadro:

Principais Resultados de Intervenção e Ganhos em Saúde do Projeto “Controle a Tensão”	Início	Fim	Variação
% da população obesa;	52,17%	60,87%	-8,7%
% da população com baixo peso;	4,35%	0%	-4,35%
% dos aderentes ao projeto que perderam peso;	-----	78%	-----
% da população que diminuiu o perímetro abdominal;	-----	50%	-----
% da população com risco muito aumentado de complicações metabólicas;	86,96%	82,61%	-4,35%



% da população com HTA de grau II e III;	26,09%	8,7%	-17,39%
% de idosos que praticam atividade física de acordo com o recomendado;	65,22%	95,65%	+30,43%
% da população que faz o número de refeições adequado;	30,43%	34,78%	+4,35%
% de refeições adequadas ingeridas pela população;	26%	33%	+7%
% da população que faz um jantar adequado;	17,39%	30,43%	+13,04%
% da população que faz um jantar inadequado;	43,48%	13,04%	- 30,43%
% da população alvo com conhecimentos sobre hábitos alimentares adequados;	78,6%	95,65%	+17,39%
% da população que não consome alimentos prejudiciais;	66,96%	77,39%	+10,43
% da população alvo que ingere a quantidade de água adequada;	30,43%	73,91%	+43,48%
% da população que cumpre o plano terapêutico;	66,67%	75%	+8,33%
% da população alvo que efetua a vigilância da PA de acordo com o recomendado;	83%	95,65%	+12,65%
% da população com conhecimento das complicações da HTA.	13,04%	82,61%	+69,57%

Conclusões: Pode-se considerar que no fim deste projeto se obteve ganhos a nível da atividade física e vigilância em saúde, bem como a nível de conhecimento sobre complicações relacionadas com a HTA. Houve também melhoria no segundo momento de avaliação dos parâmetros biométricos verificando-se que 65% da população diminuiu os valores da Pressão Arterial, 50% diminuiu o perímetro abdominal e 78% o peso. Como áreas a melhorar temos o comportamento relacionado com a alimentação (qualidade e número das refeições) e a alteração pouco significativa do risco de complicações metabólicas (ligada à pouca variação do perímetro abdominal).

Perante a análise dos resultados do projeto considerámos as seguintes sugestões a ter em conta:

- Alargamento do tempo de implementação do projeto por considerarmos que potencializa os ganhos em saúde;
- Alocação de uma maior quantidade de tempo para os membros do projeto;
- Alargamento do projeto a outros locais/centros de dia;
- Alargamento do projeto a outras faixas etárias;
- Reforçar a atuação na mudança de comportamentos relativamente aos hábitos alimentares.



Bibliografia:

- Direção-Geral da Saúde (2005). Princípios básicos para uma alimentação saudável. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2006). Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Circular Normativa nº 3. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspedes060206.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Hipertensão arterial: Definição e classificação. Circular Normativa nº 20.
- Illinois Public Health Institute (2007). The Illinois Project for local assessment of needs IPLAN, Illinois: Illinois Public Health Institute. Disponível em <http://www.iphionline.org/vertical/Sites/%7B00CFF503-04BE-4895-B1A4-FF765B2CE512%7D/uploads/%7BC1BAD8C2-ADC4-4169-A3BB-9EA9DE6D94CD%7D.PDF>
- Martinez, D., Palacio, J., Oliver, A., et al. (2007). Conceptos generales en atención primaria para Enfermería. Sevilla: Editorial MAD S.L.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1987). La planificación sanitaria: Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson.
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2008). Fatores de risco. Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 10(3). Disponível em http://www.spc.pt/DL/rfr/FR10_JulSet08.pdf
- Tavares, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.



PROJETO CON[VIVA]⁺

Antonietta Braga*; Clara Medeiros; Débora Rego; Fábio Sousa; Flávio Vieira; Helena Tavares; Maria

José Goulart, Marta Loura

*USISM – CSVP

Taneta32@gmail.com

Orientado por: Hélder Pereira

32

Resumo: No âmbito do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, foi desenvolvido o **Projeto Con[Viva]⁺** com a finalidade de **promover a interação comunitária das pessoas de 65 aos 84 anos da freguesia de Fajã de Baixo**. Este surgiu após o diagnóstico de saúde efetuado com base nos determinantes para um envelhecimento ativo, bem como após o processo de priorização das necessidades identificadas.

Para a consecução do projeto, foram definidas um conjunto de estratégias e atividades, estabelecidas em cooperação com os diversos parceiros e colaboradores da comunidade, no sentido de otimizar os recursos existentes e mobilizáveis, visando a promoção de uma maior interação social na participação comunitária e, consequentemente, uma melhoria na saúde dos fajanenses com mais de 65 anos.

Após seis meses de implementação foram obtidos ganhos em saúde dos quais se destaca: o aumento de 52% para 90.9% de idosos do Grupo Con[Viva]⁺ que pratica dois ou mais tipos de atividades de grupo.

Palavras-chave: Interação Social; Participação Comunitária; Projeto de Intervenção; Envelhecimento ativo; Enfermagem Comunitária

Abstract: As part of the Post-Graduate Specialization in Community Nursing, the Con[Viva]⁺ Project was developed in order to **promote community interaction of people from 65 to 84 years residents in Fajã de Baixo**. This Project emerged after the elaboration of a community health diagnosis based on the assumption of the active ageing determinants, as well as a health needs prioritization process on which the community was involved.

To achieve the project's goals a set of strategies and activities were defined, in cooperation with various community partners and collaborators, in order to optimize the usage of the different community



resources aiming the promotion of the social interaction in the community participation, as well a better health of the Faja de Baixo elders.

After six months of implementation health gains were obtained such as: the increase from 52% to 90.9% of the elderly group Con[Viva]⁺ practicing two or more types of group activities.

33

Keywords: Social Interaction; Community Participation; Intervention Project; Active Ageing, Community Nursing

Introdução: O Projeto de intervenção comunitária: Con[Viva]⁺, cuja temática central é a promoção da interação social na participação comunitária da população idosa com mais de 65 anos da freguesia de Fajã de Baixo, surgiu após o Diagnóstico de Saúde da Comunidade e o estabelecimento de prioridades definido pela comunidade.

O problema/necessidade que se evidenciou neste processo foi o da Baixa Interação Social na participação comunitária.

A Interação Social é reconhecida como um determinante essencial para a saúde e para a construção de um processo de envelhecimento ativo. A evidência demonstra que com o avançar da idade se regista uma tendência para a redução da participação na comunidade por parte dos mais velhos. Tal facto pode encontrar-se na base do desenvolvimento de sentimentos negativos como os da solidão e desvalorização, com efeitos lesivos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica (Teixeira, 2010).

Assim, tendo em conta a dimensão e complexidade desta problemática tornou-se necessário desenhar um Projeto constituído por duas fases:

- A 1ª fase teve como objetivo, **articular atividades com as parcerias estabelecidas de modo a promover a Interação Social na participação comunitária das pessoas idosas;**
- A 2ª fase teve o objetivo **aumentar a participação da comunidade idosa dos 65 aos 84 anos de Fajã de Baixo, através de atividades promovidas no âmbito do Projeto Con[Viva]⁺, até dezembro de 2012.**

Conteúdos: A baixa interação social na participação comunitária influencia, em grande parte, o modo como as pessoas vivem e o seu próprio estado de saúde pelo que, ao identificar a existência desta



necessidade na comunidade de Fajã de Baixo, tornou-se relevante planear uma intervenção na tentativa de a colmatar, surgindo deste modo o Projeto Con[Viva]⁺.

Reconhecendo que a abordagem da baixa participação comunitária poderia ser intervencionada sobre diferentes perspetivas, decidiu-se integrar as demais problemáticas levadas a discussão com a comunidade, emergindo assim um projeto de intervenção comunitária multifacetado. Os focos de atenção nos quais o projeto se baseou incluíram: a abordagem aos hábitos alimentares saudáveis; a prática de atividade física; a abordagem de temáticas importantes para a segurança da pessoa idosa a diferentes níveis, bem como atividades lúdicas e culturais de interação grupal, intra e intergeracional.

Com o intuito de dar resposta aos focos atrás referidos, foram desenvolvidas várias atividades que decorreram ao longo de seis meses (Julho a Dezembro de 2012), as quais contaram com a participação de variados parceiros e colaboradores. Destas, destacam-se as sessões quinzenais de ginástica, três ateliês sobre alimentação saudável, três passeios turísticos e culturais, duas Tertúlias sobre o “Envelhecimento ativo” e seis ações de sensibilização sobre saúde e segurança entre outras.

Com o propósito de monitorizar a participação dos idosos nas atividades desenvolvidas pelo Projeto, bem como aferir indicadores de avaliação, constitui-se um grupo de idosos, o qual se denominou Grupo Con[Viva]⁺. Este grupo de idosos, funcionou como um “clube”, onde cada participação nas atividades desenvolvidas foi registada, por meio da colocação de carimbo numa caderneta, disponibilizada a cada elemento do Grupo no início do projeto.



O Projeto pretendeu também que os elementos do Grupo, pudessem convidar outros pares a participar nas atividades desenvolvidas, abrangendo assim um maior número de idosos.



O processo de avaliação deste Projeto decorreu em dois momentos distintos, de acordo com as fases definidas. Assim, a primeira fase foi avaliada no fim do mês de junho de 2012 e, a segunda, em janeiro de 2013.

Os objetivos definidos para a primeira fase foram atingidos na sua totalidade. Destaca-se a constituição do Grupo Con[Viva]⁺, com um total de 46 elementos e a efetivação de um total de 13 parcerias e 9 colaborações. Elaborou-se um cronograma de 46 atividades a serem desenvolvidas na 2ª fase do Projeto, das quais se realizou 42 atividades com 649 participações.

No que concerne aos objetivos da segunda fase do Projeto e aos resultados/ eventuais ganhos obtidos, destacam-se:

- O aumento de 52% para 90,9% de idosos do Grupo Con[Viva]⁺, que pratica dois ou mais tipos de atividades de grupo;
- Em 88% das atividades desenvolvidas no projeto obteve-se uma participação igual ou superior a 30% dos idosos do Grupo Con[Viva]⁺;
- O aumento de 22% para 63,6% de idosos do grupo Con[Viva]⁺ que pratica atividade física, pelo menos uma vez, quinzenalmente;
- O aumento de 63% para 81,8% de idosos do grupo Con[Viva]⁺ que participa em atividades de grupo pelo menos uma vez por semana³;

Participaram, em média, nas atividades desenvolvidas, 9,31% de idosos não inscritos no Grupo Con[Viva]⁺.

Conclusão: O Projeto Con[Viva]⁺ foi construído de forma multifacetada e intersetorial por forma a aproveitar os recursos mobilizáveis da comunidade no intuito de atingir os objetivos a que se propunha. Após a avaliação do projeto, foi possível constatar o aumento da participação dos idosos em atividades de grupo. O desenvolvimento e manutenção da capacidade de interação e de intercâmbio social é fundamental para a saúde e qualidade de vida, constituindo uma mais-valia na promoção de um

³ Apesar de termos tido um aumento de 18,8% de idosos a participar em atividades de grupo pelo menos uma vez por semana, o nosso objetivo inicial era alcançar cerca de 22%. Contudo considerou-se pertinente a apresentação deste dado.



envelhecimento ativo. Deste modo, considerou-se que a participação dos idosos no projeto poderá traduzir-se em ganhos de saúde futuros.

O Grupo Con[Viva]⁺ possibilitou o encontro intra e intergeracional e espera-se que o dinamismo e a vontade dos idosos em participar nas atividades da comunidade possa ser uma realidade que ultrapasse as fronteiras da comemoração do Ano Europeu de 2012 e que se estenda nos próximos tempos.

O trabalho encetado permitiu o desenvolvimento e aplicação de competências científicas, técnicas e humanas, específicas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no seio da comunidade.

Contudo, qualquer intervenção comunitária só terá sentido se possibilitar mudanças nas comunidades onde se intervém. Para tal sugere-se:

- Possibilidade de manutenção e replicação do Projeto desenvolvido em outros contextos;
- Viabilizar/facilitar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária no Diagnóstico de Saúde/Intervenção nas comunidades;

Fomentar a criação e desenvolvimento de programas de intervenção vocacionados para a promoção do envelhecimento ativo a um nível global.

Bibliografia:

Bicudo M. (2009). «*Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade*»: contributos de enfermagem. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa.

Ornelas, J. (2002). Participação, Empowerment e Liderança Comunitária. In J. Ornelas, & S. Maria (Eds.), *Actas da III Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Participação, Empowerment e Liderança Comunitária*. (pp. 5-13). Lisboa: ISPA.

Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação - piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

World Health Organization. (2002). *Active Ageing. A policy framework*. Geneva: WHO



MAIA: QUE RESULTADOS

Almarim Silva, Carolina Moniz, Conceição Carreiro, Heliana Cabral, Idalina Borges, Isabel Salema,
M^a Rosário Saenz de Castillo, Olívia Botelho*, Rita Madruga

*Hospital do Divino Espírito Santo – EPE

Olivia-botelho@hotmail.com

Orientado por: Alberto Duarte

Resumo: No âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, foi proposto a elaboração de um Diagnóstico de Saúde de uma comunidade constituída por indivíduos independentes dos 65 aos 84 anos, visando identificar focos prioritários de intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo como linha orientadora o envelhecimento ativo e a intergeracionalidade.

Neste trabalho definiu-se como comunidade alvo de estudo os idosos independentes dos 65 aos 84 anos da freguesia da Maia, concelho da Ribeira Grande, S. Miguel.

Após o diagnóstico efetuado, e com base na necessidade em saúde priorizada, “36,3% da população inquirida refere não praticar exercício físico” concebeu-se e implementou-se um Projeto de Intervenção em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; Necessidades em saúde; Idosos; Atividade Física; Intergeracionalidade e Ganhos em Saúde

Abstract: On the extent of the Post-Graduate Course and Specialization in Community Nursing, promoted by the *Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada*, Ponta Delgada’s nursing school, it was elaborated a Health Diagnosis on a community of independent individuals from 65 to 84 years old, intending to identify the necessities of intervention in Community Nursing and Public Health, on the subject of active aging and intergenerationality.

On this enquire, the population studied were the independent elder from 65 to 84 years old from the parish of Maia, in the municipality of Ribeira Grande, S. Miguel.



After the diagnosis, and given the necessity of prioritized health, “36.3% of the population inquired mentioned not to practice any physical activity”, it was created and implemented a Nursing Intervention Project.

Keywords: Community and Public Health Nursing, Health Needs, Seniors, Physical Activity, intergenerationality and Health Earnings

Introdução: O Diagnóstico de Saúde da Comunidade (DSC) idosa da freguesia da Maia permitiu identificar um conjunto de necessidades em saúde, recursos disponíveis nesta comunidade e dados demográficos caracterizadores da mesma.

Tornando-se impraticável responder a todas as necessidades identificadas, o grupo de trabalho diligenciou estratégias no intuito de selecionar uma necessidade em saúde prioritária para futura intervenção. Este processo de priorização teve por base a aplicação de técnicas e de métodos científicos de priorização de necessidades em saúde, contando com a participação de líderes da comunidade e de profissionais de saúde a exercer funções na Unidade de Saúde daquela freguesia.

No sentido de responder à necessidade em saúde priorizada, que serviu de fio condutor a todo o planeamento em saúde, competência fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, o grupo de trabalho delineou o projeto de intervenção MAIA, Movimento Amigo dos Idosos Ativos onde foram formulados objetivos, delineadas estratégias e atividades e definidos indicadores de avaliação.

Conteúdos: Dado a diversidade de necessidades elencadas no âmbito do referido DSC, efetuou-se uma priorização dos problemas/necessidades, mediante a utilização de diferentes técnicas e métodos científicos de priorização de necessidades em saúde.

Face às 23 necessidades identificadas através do DSC, efetuou-se um processo de priorização aplicando um procedimento de triagem sustentado numa análise assente em três critérios de cariz epidemiológico a magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Deste processo emergiram as 6 necessidades de saúde consideradas mais importantes. Posteriormente e envolvendo os líderes e profissionais de saúde daquela comunidade, foi aplicado a este último conjunto de necessidades o Método Simplex como método científico de priorização de necessidades em saúde, com a intenção de selecionar duas necessidades. A estas, a equipa do projeto aplicou uma análise SWOT, resultando na seleção da necessidade prioritária



para intervenção. Com o propósito de desenhar uma estratégia de intervenção comunitária capaz de minimizar a necessidade priorizada, emerge o Projeto MAIA, Movimento Amigo dos Idosos Ativos com a intenção de fomentar uma prática regular de atividade física moderada, visando o envelhecimento ativo e a intergeracionalidade nos idosos independentes dos 65 aos 84 anos da freguesia da Maia.

No âmbito deste projeto foi definido um conjunto de diversas atividades designadamente, o estabelecimento de parcerias com entidades ligadas à freguesia da Maia, a promoção de um Painel “Saúde e Movimento no Envelhecimento”, a implementação de uma rúbrica radiofónica semanal “Saúde e Movimento no Envelhecimento” promovida pela Radio Nova Cidade, o encaminhamento dos utentes para o projeto MAIA, através da Consulta de Nutrição e de Enfermagem implementadas na Unidade de Saúde da Maia, a realização na freguesia de caminhadas semanais e caminhadas intergeracionais mensais, o desenvolvimento de sessões de atividade física semanais no Centro de Convívio da Casa do Povo da Maia e a implementação de aulas de atividade física intergeracionais na Escola Básica Integrada da Maia, com periodicidade mensal.

Sublinha-se que a implementação do projeto teve início no dia 20 de junho de 2012 com a realização da 1ª Caminhada Intergeracional que reuniu 110 participantes dos quais 62 crianças, 36 adultos, 12 idosos, em que 10 dos idosos presentes fizeram parte do grupo alvo de intervenção.

Embora não se tenha verificado a plena consecução de alguns objetivos específicos, a implementação do projeto trouxe aspetos positivos destacando-se a emissão conforme prevista das temáticas no âmbito da rúbrica radiofónica, o envolvimento da Nutricionista e Equipa de Enfermagem da Unidade de Saúde local no encaminhamento dos utentes para este projeto de intervenção, o estabelecimento e o envolvimento efetivo das parcerias previstas, a promoção do convívio interpares, o estímulo à mudança de estilo de vida e a promoção de um comportamento positivo para a saúde.

Também poderá referir-se que as aulas de atividade física intergeracionais realizadas na Escola Básica Integrada da Maia foram sempre acompanhadas, no mínimo, por 45% do total dos idosos do referido Centro de Convívio.

Reconhecem-se ganhos efetivos que poderão ser potencializados, com o desenvolvimento de estratégias que mobilizem um maior número de idosos a participar nas atividades do projeto.

Conclusão: O planeamento e implementação do projeto MAIA apresentou-se como um desafio a todos os seus intervenientes no sentido de otimizar os recursos existentes e mobilizáveis, colocando-os à



disposição do grupo alvo de intervenção visando uma maior atividade física e a intergeracionalidade e, consequentemente, uma melhoria do estado de saúde desta comunidade.

Atendendo à alocação de recursos que foi realizada, à concentração de esforços demonstrada e aos resultados/ganhos em saúde obtidos, a equipa do projeto MAIA reconhece que foi criada nesta freguesia e em particular para a sua comunidade idosa uma nova e importante oferta na área da saúde.

Dada a importância reconhecida ao projeto MAIA e ao envolvimento efetivo dos parceiros, a equipa do mesmo sentiu-se responsável por promover a sua continuidade, procurando nesta comunidade elementos capazes de efetivar a sua coordenação. Neste sentido identificou-se uma enfermeira integrante da equipa do Projeto MAIA a desempenhar funções na Unidade de Saúde da Maia e a Coordenadora do Centro de Convívio de idosos da Casa do Povo da Maia que assinaram uma declaração de compromisso de continuidade deste projeto.

Bibliografia:

- Direção Geral de Saúde (2000). *Autocuidado na Saúde e na Doença. Guias para as Pessoas Idosas, nº 1: Conservar-se em Forma em Idade Avançada*. 3ª Ed. Lisboa: EUROPRESS
- Direção Geral de Saúde (2003). *Saúde na Comunidade: Guia orientador para a elaboração de indicadores*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa:Ministérios da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2004). *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar*. Recuperado em 25 de maio, 2012 de www.dgs.pt.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Envelhecimento Saudável*. Recuperado em 08 de junho, 2012, de <http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2009/01/envelhecimento-saudavel.pdf>.
- Madeira, J. (2012, março). *Bem vindo á maioridade*. Caixa activa, Edição Nº7, pp58-59.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization. (S, Gontijo Trad.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. pp58- 60. Recuperado 08 de junho, de 2012 de http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de recursos Humanos da Saúde. (2ª ed). Lisboa.



IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE PÚBLICA NA RAA

Domingos Manuel Cristiano Oliveira da Cunha*

*Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores

Dcunha@alra.pt

Resumo: A Saúde Pública é a resposta da sociedade à necessidade da salvaguarda da saúde e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades. Deste modo é um corpo organizado de conhecimento integrando o saber das mais diversas áreas - desde a Medicina, a Enfermagem, a Epidemiologia, passando pelas Ciências Aplicadas, a Estatística, a Demografia, as Ciências da Nutrição, a Sociologia, o Direito, a Política do Medicamento, entre outras.

Com a realização deste trabalho, apresenta-se uma breve resenha histórica da evolução da Saúde Pública em Portugal, retratando, também, a estrutura organizacional da mesma na Região Autónoma dos Açores (RAA) e evidenciando a importância/relevância da existência de equipas multiprofissionais nos seus alicerces, no sentido da melhor e mais profícua intervenção em prol da pessoa/família/comunidade. Delineámos também, o que pensamos ser os cuidados de saúde de excelência em saúde pública na Região, no futuro.

Palavras-chave: Saúde, Saúde Pública, Multidisciplinaridade, Pessoa, Família, Comunidade

Abstract: Public health is society's response to the need to safeguard the health and welfare of individuals, families and communities. This is an organized body of knowledge by integrating it from various fields - from medicine, nursing, epidemiology, through the Applied Sciences, Statistics, Demography, Nutrition, Sociology, Law. With this past experience we present a brief historical review of the evolution of public health in Portugal, although the organizational structure of the same RAA and highlighting the importance / relevance of the existence of multi-professional teams in their foundations, towards better and more helpful intervention on behalf of the community / family / person. Also outlined what will be Health Care Excellence from the future, in Public Health and the RAA.



Keywords: Health, Public Health, Multidisciplinary, Person, Family, Community

Introdução: A realização deste trabalho vem de encontro a um desafio colocado pela Comissão Organizadora e Científica do II Colóquio de Enfermagem Comunitária – Intervenção Comunitária de Saúde nos Açores, para uma intervenção sob a forma de conferência, subordinada ao tema: Importância da intervenção multidisciplinar em Saúde Pública na Região Autónoma dos Açores (RAA).

Promover a saúde é também desenvolver uma estratégia transversal aos diversos níveis, em que a cidadania se exerce no âmbito ambiental, social, cultural e político, pelo que com o presente trabalho nos propomos atingir os seguintes objetivos:

- Realizar uma breve resenha histórica sobre a evolução da Saúde Pública no nosso país;
- Demonstrar como estão estruturados os cuidados de saúde públicos na Região, na atualidade;
- Evidenciar a importância da multiprofissionalidade na prestação de cuidados de saúde públicos;
- Perspetivar os cuidados de saúde públicos do futuro.

Pretende-se deste modo, demonstrar a necessidade de garantir, na RAA, a universalidade e equidade dos cuidados de Saúde Públicos, tendo sempre como objetivo a garantia da qualidade dos cuidados.

Conteúdos: Tendo presente a geografia de Portugal, as ligações marítimas que nos ligavam ao mundo eram, tanto com a Europa, como com a África e Ásia, causa de muitas doenças que entravam no nosso país, dado o muito pouco controlo sanitário existente, uma vez que se desconhecia a existência dos microrganismos patogénicos, a sua via de transmissão e as patologias daí resultantes. Perante esta realidade surgem as primeiras medidas preventivas e de tentativa de controlo das doenças, bem como promoção da saúde, com a criação de algumas estruturas organizacionais precursoras da atual Saúde Pública.

Com o evoluir dos tempos e das efetivas necessidades das populações, a OMS (1998) preconiza que a visão (utilizando como metodologia de medição e gestão de desempenho o Balanced Scorecard) dos Cuidados de Saúde primários seja: providenciar cuidados de saúde aos cidadãos, através de equipas multidisciplinares, em articulação permanente com os cuidados de saúde diferenciados e outros recursos da comunidade. Tem por finalidade alcançar um “*potencial de saúde para todos, através da promoção e proteção da saúde dos indivíduos ao longo da vida e da redução da incidência e dos danos relativos às principais doenças e lesões assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos cuidados de saúde primários orientados para a comunidade e família*”.



Deste modo, os Cuidados de Saúde Primários têm como Missão: *“Desenvolver intervenções centradas na pessoa, orientadas para o indivíduo, respetiva família e para a comunidade em que se insere, ao longo de todo o continuum, de cuidados, desde o nascimento até à morte. Estas intervenções incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais da vida, assim como o desenvolvimento de medidas de proteção a grupos sociais vulneráveis, nomeadamente às crianças aos idosos e aos deficientes, entre outros”* (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Cabe aos profissionais de saúde que desempenham funções nas unidades de saúde públicas, reunir competências e motivação para desenvolver atividades de intervenção comunitária em cooperação com os vários setores da comunidade, no sentido de se reunirem sinergias em prol da pessoa/família/comunidade. As unidades de saúde públicas, deverão ser constituídas por equipas multiprofissionais, com profissionais a tempo inteiro, designadamente nas áreas médicas, de enfermagem, serviço social, fisioterapia, nutrição e de apoio administrativo, devendo estar ressalvada a existência de diferentes experiências/vivências profissionais. A perspetiva do trabalho em equipa multiprofissional, potencia as competências de cada grupo profissional e contribui em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação e habilitada para oferecer respostas adequadas às necessidades em cuidados de saúde da comunidade que serve.

É fundamental uma boa articulação, não só com todos os profissionais e unidades que integram as unidades de saúde públicas, bem como com os que integram a rede social, no sentido de rentabilizar esforços, focalizar sinergias e potenciar respostas, que, cada um, individualmente, não conseguiria atingir, de forma a assegurar cuidados integrados, atempados, eficazes, eficientes e de QUALIDADE À PESSOA/FAMÍLIA/COMUNIDADE.

Conclusão: Construída que está a estrutura da conferência: Importância da Intervenção Multidisciplinar em Saúde Pública na RAA, deseja-se que vá de encontro às expectativas da Comissão Organizadora e Científica do II Colóquio de Enfermagem Comunitária – Intervenção Comunitária de Saúde nos Açores. Com a elaboração deste trabalho realizamos uma breve resenha histórica da evolução da Saúde Pública em Portugal, demonstramos a estrutura de cuidados de saúde públicos, na Região, explanámos e fundamentámos a importância das equipas multiprofissionais nas estruturas de saúde, no sentido da

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



melhor e mais profícua intervenção em prol da comunidade. Delineámos também, o que pensamos ser os cuidados de saúde públicos de excelência do futuro.

A Saúde Comunitária ou a Saúde das Famílias joga-se na transversalidade a todos os níveis, e o conjunto das famílias como comunidade ou comunidades faz-se na proximidade e na integração de acções/intervenções que envolvam as especialidades de saúde pública e de medicina geral e familiar a nível da organização dos cuidados.

44

Bibliografia:

Carta de Ottawa

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=carta+de+ottawa+pdf&source=web&cd=2&ved=0CDkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.dgdc.min-edu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Fpromocaoeducacaosaude%2F2_ottawa_nesas_e_semlogo.pdf&ei=jDnlUJLIBYuEhQfg14HQBA&usg=AFQjCNGopqNxchlR6HZFdeg8kkyZ4LDlrQ&bvm=bv.1355534169,d.ZG4

Conceito de saúde pública - O que é, Definição e Significado

<http://conceito.de/saude-publica#ixzz2GUVh8w5G>

Decreto-Lei n.º82/2009 de 2 de Abril <http://dre.pt/pdf1s/2009/04/06500/0206202065.pdf>

Decreto Regulamentar Regional n.º27/2011/A <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/23900/0530505311.pdf>

Diário do Governo n.º 9, 11 de Janeiro de 1837, Legislação Portuguesa, Collecção de Leis e outros Documentos Officiaes, 1.º Semestre de 1837, sétima Serie – 1.ª Parte, Lisboa, Imprensa Nacional, 1837, pp. 28-33.

Direção Geral da Saúde <http://www.dgs.pt/>

Ministério da Saúde <http://www.arscentro.min-saude.pt/SAUDEPUBLICA/Paginas/default.aspx>

Saúde Pública <http://www.saudepublica.eu>



“CUIDE DO SEU CORAÇÃO... ANTES QUE ELE DEIXE DE BATER!” - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DO GABINETE DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO CENTRO DE SAÚDE DE ANGRA DO HEROÍSMO - UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA TERCEIRA

Carla Natal Cota da Silva, Maria Manuela Marreiros Gomes Dias, Susana Isabel Aguiar Martins*

*USIT – Centro de Saúde de Angra do Heroísmo

susanaisab22@gmail.com

Resumo: Tendo em conta que as doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) são a principal causa de mortalidade e incapacitação na Região Autónoma dos Açores (RAA), tal como se verifica no resto do território nacional e em muitos países, o gabinete de saúde comunitária, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, o programa regional¹ e nacional² de prevenção e controlo das DCCV e a carta europeia do coração³, realizou o diagnóstico de saúde dos funcionários dos Serviços Municipalizados de Angra do Heroísmo (SMAH), para melhor compreender os determinantes de saúde das DCCV.

De forma a dar resposta às necessidades de saúde encontradas que salientam a prática de um esquema alimentar desadequado, hábitos nocivos, a prevalência de antecedentes familiares, a existência de excesso de peso, obesidade e deficiente vigilância de saúde, foi elaborado o programa de saúde “Cuide do seu coração... antes que ele deixe de bater!”.

Palavras-chave: Enfermagem comunitária, Planeamento em Saúde, Diagnóstico de Saúde, Empowerment, Fatores de risco, Doenças cérebro-cardiovasculares

Abstract: Given that the brain-cardiovascular diseases (BCVD) are the leading cause of mortality and disability in the Azores, as seen elsewhere in the country and in many countries, the office of community health, based on the methodology of health planning, the regional and national program of prevention and control of BCVD and the European Charter of the heart, made the diagnosis of health of employees of Municipal Services of Angra do Heroísmo, to better understand the determinants of health of BCVD. In order to meet the health needs found that emphasize the practice of feeding regime inappropriate, harmful habits, the prevalence of family history, the presence of overweight, obesity and



poor health monitoring, was developed the health program "Take care of your heart ... before it ceases to beat".

Keywords: Nursing Community Planning in Healthcare, Diagnostic Health, Empowerment, risk factors, brain-cardiovascular diseases

Introdução: O gabinete de saúde comunitária recentemente criado visa estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde das comunidades e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, numa ótica de oferta criteriosa de resposta às necessidades reais encontradas.

As doenças cérebro-cardiovasculares, nomeadamente os acidentes vasculares cerebrais e a doença isquémica coronária, são importantes causas de morbilidade, invalidez, anos potenciais de vida perdidos na população tendo graves consequências para o cidadão, sociedade e sistema de saúde, determinando que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública.

A elevada prevalência de fatores de risco de doenças cardiovasculares implica que se tenha uma especial atenção aos três níveis de prevenção, nomeadamente, na adoção de medidas integradas e complementares que potenciem a redução dos riscos de contrair estas doenças, a concretização e adequação do tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência.

Objetivos: O gabinete de Saúde Comunitária utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde que consiste na "racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos..." (Imperator e Giraldes, 1982) e tem como objetivos, avaliar o estado de saúde de grupos e comunidades, contribuir para o seu processo de capacitação com vista à obtenção de ganhos em saúde.

O diagnóstico de saúde pretendeu avaliar o risco de doenças cérebro-cardiovasculares dos funcionários dos Serviços Municipalizados de Angra do Heroísmo (SMAH).

Metodologia: Tendo em conta que a finalidade do estudo é o diagnóstico de saúde de uma comunidade, a metodologia empregue foi do tipo descritivo, pois "O estudo descritivo simples consiste em descrever



simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 1999:163). Os mais usuais são o estudo de caso e o questionário, optámos pelo último.

Estudo exploratório e descritivo.

A população do estudo são os funcionários das divisões de resíduos sólidos, logística e etar dos SMAH correspondente a 98 indivíduos, dos 19 aos 64 anos. Para a escolha desta população contribuiu: *i)* a facilidade no acesso e na intervenção por ser uma entidade pública *ii)* a população adulta, em fase ativa procurar pouco os cuidados de saúde *iii)* a maioria dos fatores de risco de doença cérebro-cardiovascular serem “silenciosos”.

Dado não existir informação sistematizada acerca dos fatores de risco das doenças cérebro-cardiovasculares, na comunidade em estudo, tornou-se evidente a necessidade de elaborar um instrumento de recolha de dados para identificação do perfil epidemiológico da comunidade. Para o efeito, foi elaborado o modelo de análise com identificação de eixos prioritários de análise e avaliação dos determinantes de saúde. A seleção dos componentes e indicadores mais relevantes e pertinentes para cada uma das dimensões, face ao objetivo em estudo, emergiu da revisão da literatura sobre as problemáticas da saúde no adulto com especial foco nas doenças cérebro-cardiovasculares.

O modelo de análise, o consentimento informado, o questionário e o respetivo guião, foram submetidos à apreciação de peritos na área.

No tratamento e análise dos dados, foi utilizado o software aplicativo SPSS, versão 11.0 e no cruzamento das variáveis utilizou-se o teste qui-quadrado assumindo-se como uma relação estatisticamente significativa o *p value* menor ou igual a 0,05.

Resultados: Os resultados do diagnóstico de saúde dos funcionários das divisões de resíduos sólidos, logística e etar dos SMAH salientam:

- a prática de um esquema alimentar desadequado: 91 (92,9%) indivíduos fazem intervalos entre refeições superiores a 3,5 horas, 70 (71,4%) não fazem as 3 principais refeições de forma adequada, 7 (8,2%) não tomam o pequeno-almoço;
- hábitos nocivos: 27 (27,6%) indivíduos não praticam atividade física, 49 (50,0%) são fumadores e ex- fumadores há menos de 10 anos



- a prevalência de antecedentes pessoais: 34 (34,7%) indivíduos têm mais de 45 anos, 11 (11,2%) são diabéticos, 20 (20,4%) sofrem de hipercolesterolemia, 10 (11,8%) são diabéticos, 68 indivíduos (69,4%) apresentam excesso de peso/obesidade, 64 (65,3%) têm perímetro abdominal de risco e 5 (5,9%) possuem antecedentes pessoais de acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio;
- 17 (17,4%) indivíduos referem stress excessivo;
- 85 (86,7%) possuem mais de 3 fatores de risco para DCCV.

48

Dado o número substancial de necessidades de saúde detetadas e com o intuito de envolver a comunidade, bem como o conselho de administração da Unidade de Saúde da Ilha Terceira e Direção do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, as mesmas foram submetidas a técnicas de priorização (etapa presente na metodologia do planeamento em saúde) das quais emergiu um problema major: 85 (86,7%) colaboradores dos SMAH têm mais de 3 fatores de risco para DCCV.

Consideram-se fatores de risco para as DCCV, a tensão arterial elevada, dislipidémia, hábitos tabágicos, alimentação inadequada, excesso de peso/obesidade, risco de perímetro abdominal, sedentarismo, diabetes mellitus, stress excessivo, história pessoal de doença cérebro-cardiovascular e idade.

O programa “Cuide do seu Coração... antes que ele deixe de bater!”, que se encontra a ser implementado parte do domínio da realidade concreta das necessidades sentidas e dos problemas identificados, é constituído por diversos projetos e pretende contribuir para a diminuição dos fatores de risco e empoderamento desta população, bem como redução da incidência das doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV).

São eles: projeto “Mexa-se pelo seu coração” que tem como objetivo promover/incentivar a prática de atividade física diária; projeto “Alimente o seu coração” com o objetivo de promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis, projeto “Não stresse o coração” de forma a contribuir para a diminuição de níveis de stress potenciadores de risco de DCCV, “Dê mais fôlego ao seu coração” direcionado para a sensibilização e abandono de hábitos tabágicos e projeto “No rastrear é que está o ganho” que pretende proporcionar a vigilância médica e de enfermagem a fim de identificar indivíduos com esquema vacinal desatualizado, hipertensos, diabéticos e hipercolesterolémicos.

O Gabinete de Saúde Comunitária conta com a colaboração de diversos profissionais de saúde, nomeadamente, enfermeiros, médico, psicólogo e nutricionista.

Para a consecução dos projetos foram estabelecidas parcerias com diversas entidades, com o objetivo de assegurar a implementação de algumas das suas atividades, nomeadamente as previstas nos fluxogramas



de atuação e o estabelecimento de um compromisso de interação multidisciplinar e trabalho em equipa por parte dos vários profissionais.

Conclusões: “As doenças cardiovasculares (...) são a principal causa de mortalidade e uma das principais causas de morbilidade (...) e podem ser evitadas através de acções preventivas activas (...)2. A evidência científica tem demonstrado que muitas das atitudes dos profissionais de saúde são determinantes para o sucesso de uma efetiva prevenção cardiovascular.

Dado o carácter multifatorial destas doenças, é fundamental o cálculo sistemático do risco global cardiovascular, de forma a, atempadamente poder ser induzida a modificação de um ou mais fatores de risco.

Atendendo a que i) as doenças cérebro-cardiovasculares integram o grupo das doenças crónicas; num cenário de crise económica e de transição demográfica, é necessário reduzir as desigualdades de acesso a bens e serviços; ii) ao estudarmos os fatores de risco destas doenças em comunidades ativas, podemos contribuir para uma melhor adequação das respostas de cuidados e serviços às suas necessidades e expectativas e diminuir o risco.

É, por isso, importante investir em estratégias de promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, com vista ao desenvolvimento de uma comunidade mais proactiva.

A pertinência deste estudo é plausível, de acordo com o referido, uma vez que, a população alvo apresenta pelo menos um factor de risco de doença cérebro cardiovascular.

Acreditamos que a consecução de todos os projetos que integram o programa “Cuide do seu Coração... antes que ele deixe de bater!” potencia a concretização dos objetivos de cada um deles e a aquisição de hábitos saudáveis que se pretende que sejam duradouros.

Bibliografia:

- 1- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Programa Regional de Prevenção e Controle das Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Acedido a 2 de Janeiro de 2012 em http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/58E1085F-3CBD-45C7-9A79-061B97D27317/393610/ProgramaCerebrocardiovascular04_12_20091.pdf
- 2- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Cardiovasculares. Acedido a 23 de Novembro de 2011 em



<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/programas+nacionais/programas+prioritarios.htm#a3>

3- Carta europeia para a saúde do coração. Acedido a 11 de Outubro de 2011 http://www.acs.minsaude.pt/files/2007/12/cartaeuropeiaparaasaudedocoracao_pt.pdf

50

Imperatori, Emílio; Giraldes, Maria do Rosário – Metodologia do planeamento em saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Obras avulsas. Lisboa. 1982

4- Fortin, M.F., Grenier, R., & Nadeau, M. (1999). Método de colheita de dados. In M. F. Fortin. O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.



SETOR DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DOMICILIÁRIOS - UM PROJETO QUE SE (RE)CONSTROI DIÁRIAMENTE

Ana Teresa Toledo Costa*, Marília de Fátima Ávila Coelho

*Unidade de Saúde da Ilha Terceira – Centro de Saúde da Praia da Vitória

a.toledo.costa@gmail.com

Resumo: Os cuidados continuados centram-se nas necessidades do indivíduo, sendo suscetíveis de serem prestados no domicílio, permitindo a manutenção no seio familiar. No concelho da Praia da Vitória onde o envelhecimento demográfico, o aumento de doenças crónicas incapacitantes e a carência de equipas de cuidados continuados e paliativos são uma realidade, tornou-se imperativo criar respostas de saúde adequadas e humanizadas para a população. Essa resposta consistiu na implementação do Setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários (SCCID). Este Setor pretende promover o aumento da funcionalidade dos indivíduos em situação de dependência, através de um processo ativo de reabilitação, readaptação e reinserção. E favorecer qualidade de vida, dignidade e controlo de sintomas a pessoas com doença grave, progressiva, incurável, em fase avançada ou terminal.

Palavras-chave: Continuidade; paliativos; domicílio; individualidade e interdisciplinaridade.

Abstract: The continuous care focused on the needs of the individual, and likely to be provided at home, allowing maintenance within families. In the municipality of Praia da Vitoria where the aging population, increasing chronic disabling diseases and lack of continuous and palliative care teams are a reality, it became imperative to create appropriate and humanized responses for the population. This response consisted of the implementation of Setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários (SCCID). This sector aims to promote the increased functionality of individuals in situations of dependency, through an active process of rehabilitation, readaptation and reintegration. And promote quality of life, dignity and control symptoms for people with severe, progressive, incurable in advanced or terminal disease.

Keywords: Continuity; palliative; domicile; individuality and interdisciplinarity



Introdução: Os cuidados continuados são uma realidade relativamente recente em Portugal, emergindo numa sociedade onde uma população envelhecida, com um peso significativo de doenças crónicas e terminais, necessita cada vez mais de cuidados e acompanhamento constantes, durante um longo período de tempo. O conceito de cuidados continuados inclui os princípios de continuidade, da abordagem global do indivíduo, da avaliação completa do estado da pessoa, da participação do utente e da sua família, e a qualidade de cuidados a todos os níveis de intervenção. Assim, continuidade implica trabalhar em parceria com o indivíduo, família e profissionais envolvidos no processo. É nesse contato que se avaliam necessidades e se determinam objetivos de intervenção, em que cada um assume a sua parte de responsabilidade no processo. É através da comunicação estabelecida que todos vão garantir que o trabalho é feito, seguindo um fio condutor e um padrão de qualidade adequado.

Objetivos: O principal objetivo deste artigo consiste em dar a conhecer o Setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários da Unidade de Saúde da Ilha Terceira - Centro de Saúde da Praia da Vitória.

Constituem-se objetivos específicos, fundamentar a importância da implementação deste serviço para a população do Concelho da Praia da Vitória; expor os objetivos, visão, missão e princípios do sector e o seu modo de funcionamento.

Metodologia: Este projeto assume-se de natureza exploratória, na medida em que se pretende implementar o primeiro serviço de cuidados continuados no concelho da Praia da Vitória.

Para a sua realização consideraram-se como conhecimentos prévios o envelhecimento demográfico da população, a inexistência de cuidados continuados e paliativos no concelho, toda a bibliografia existente sobre o tema e o estudo realizado na população idosa do concelho da Praia da Vitória, datado de 2011 e intitulado “Necessidades dos Idosos do Concelho da Praia da Vitória em Cuidados Continuados Domiciliários” fundamentando assim toda a pertinência e importância deste projeto.

Resultados: Ao logo do processo de implementação do Setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários foi possível elaborar o projeto, apresentando-o à Unidade de Saúde da Ilha Terceira - Centro de Saúde de Angra do Heroísmo e Praia da Vitória, bem como ao ex-Secretário Regional da Saúde dos Açores, que veio a amolgar o mesmo. Posteriormente à amolgação, procedeu-se à elaboração



da plataforma informática para registos da equipa multidisciplinar, elaboração e celebração de protocolos de colaboração com todas as instituições de saúde e de ação social da Ilha Terceira, organização de toda a logística inerente ao início de um novo serviço e elaboração do manual de procedimentos integrados, guia de acolhimento dos colaboradores e guia do utente. O Setor veio a ser inaugurado a 2 de junho de 2012, estando desde então a trabalhar junto da população mais dependente e/ou em fase terminal, procurando diariamente colmatar as necessidades da população e ultrapassar os entraves inerentes a um serviço novo.

Conclusões: A criação e implementação de um serviço de cuidados continuados integrados domiciliários de proximidade à população manifestar-se-á num conjunto de ganhos em saúde, sociais e económicos. Desses benefícios salientamos: a diminuição dos índices de dependência; o aumento da funcionalidade; a melhoria das condições de vida e de bem-estar; a redução da afluência aos serviços de atendimento permanente e urgente; a diminuição e redução de hospitalizações e institucionalizações; a redução dos custos em saúde; a manutenção dos clientes com dependência e em fase terminal no seio familiar; o controlo de sintomas e a articulação entre os serviços de saúde e de apoio social.

Bibliografia:

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP). Disponível em: www.apcp.com.pt
- Augusto, B., & Carvalho, R. (2005). CUIDADOS CONTINUADOS família, Centro Saúde e Hospital como parceiro no Cuidar. Coimbra: FORMASAU-Formação e Saúde, Lda.
- Costa, A. (2011). Necessidades dos Idosos do Concelho da Praia da Vitória em Cuidados Continuados Domiciliários. Terceira - Açores
- Botelho, A. (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, Envelhecer em Portugal (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Circular Normativa N° 14. Disponível em: http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Cuidados Continuados Integrados Nos Cuidados De Saúde Primários. Lisboa: Ministerio da Saúde.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em Diário da República, Iª Série A (109), 3856 – 3865.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2002). Envelhecimento Activo Um Projecto de Política de Saúde. Espanha - Madrid.

54



SETOR DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DOMICILIÁRIOS - A EXPERIÊNCIA DO CSAH-USIT

Carla Silva, Manuela Dias, Pedro Fins*

*Centro de Saúde de Angra do Heroísmo – USIT

Sccid.angra@hotmail.com

Resumo: O setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários (SCCID) surgiu de um projeto desenvolvido por duas enfermeiras do CSPV-USIT. O SCCID do CSAH-USIT teve a necessidade de criar uma adenda ao projeto inicial, tendo em conta as características inerentes ao seu funcionamento. Para uma melhor acessibilidade à população, o CSAH descentraliza os seus serviços, garantindo, assim, uma maior proximidade do serviço prestado à população através dos postos de saúde. Esta situação constitui uma mais-valia no atendimento a toda a população e permite um estabelecimento de relações utente/profissionais de saúde de maior confiança e consequentemente de maior qualidade. O atendimento realizado nos postos de saúde integra o primeiro e segundo nível dos cuidados continuados, como tal, o SCCID dará resposta ao terceiro nível. Foi feita, em Dezembro de 2012, a avaliação do projeto, em termos de número de atendimentos e cuidados de enfermagem prestados, bem como a avaliação da satisfação dos utentes admitidos ao setor através da aplicação de questionários.

Palavras-chave: Cuidados Continuados, Qualidade, Cuidados de Enfermagem, Ganhos em Saúde.

Abstract: The sector of Continuous Home Care (SCCID) was originated from a project developed by two nurses from CSPV-USIT. The SCCID of the CSAH-USIT had the need to create an addendum to the initial project, taking into account the characteristics inherent in their operation. For better accessibility to the population, the CSAH decentralizes its services, thus ensuring greater proximity of service to the population through health posts. This situation is an asset in serving the entire population and allows a user to establish relations / health professionals greater confidence and consequently higher quality. The services provided at clinics, integrates the first and second level of continued care, as such, will SCCID response to the third level. It was made in December 2012, to review the project in terms of



number of visits and nursing care provided, as well as evaluating the customer satisfaction admitted to the sector through the use of questionnaires.

Keywords: Continuing Care, Quality, Nursing, Health Gains

Introdução: Os cuidados continuados destinam-se a clientes em situação de dependência, que independente da sua idade, se encontrem com limites na sua capacidade funcional e clientes com grandes limitações que dependam maioritariamente de terceiros para a realização das atividades de vida diárias e atividades instrumentais de vida, bem como o suporte psicológico e formativo para familiares e/ou cuidadores.

Para uma melhor acessibilidade à população, o CSAH descentraliza os seus serviços, garantindo, assim, uma maior proximidade do serviço prestado à população através dos postos/extensões de saúde em número de 14. Esta situação constitui uma mais-valia no atendimento a toda a população e permite um estabelecimento de relações utente/profissionais de saúde de maior confiança e consequentemente de maior qualidade.). Todo o atendimento domiciliário, realizado nos postos de saúde, integra o primeiro e segundo nível dos cuidados continuados, como tal, o SCCID dará resposta ao terceiro nível, através do alargamento do horário de atendimento.

Conteúdos: Os serviços prestados no posto de saúde englobam diversas dimensões: vigilância de saúde através de consultas de enfermagem a diabéticos, hipertensos e crianças; vacinação; realização de pensos, algalias e entubações naso-gástricas, injetáveis, cuidados aos pés, entre outras. São realizadas visitas e cuidados domiciliários a pessoas idosas ou não, quando, por motivo de doença, dependência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a deslocação aos postos de saúde.

Atendendo aos três níveis de cuidados continuados que a OMS preconiza: “num primeiro nível a continuidade significa uma relação contínua entre o prestador e o utilizador dos serviços; num segundo nível constitui uma relação contínua entre o utilizador e uma determinada equipe de cuidados primários (...); num terceiro nível, os cuidados suportam-se numa diversificada rede de serviços, através de uma referência que funciona bem e de um sistema de feedback, assente naturalmente numa boa comunicação entre serviços”, todo o atendimento domiciliário, realizado nos postos de saúde, integra o primeiro e segundo nível dos cuidados continuados, como tal, o SCCID dará resposta ao terceiro nível,



através do alargamento do horário de atendimento da equipa, ficando ainda por assegurar os cuidados 7 dias por semana, 24 horas por dia.

A existência prévia de uma equipe de cuidados paliativos e de enfermeiros nas freguesias a assegurarem os dois primeiros níveis dos cuidados continuados, não suscitou nesta instituição, a necessidade de criação de uma equipe única para este atendimento, entre as 8 e as 15h.

De 9 de julho a 31 de Dezembro de 2012 foram referenciados 91 utentes, 56 foram admitidos e foram efetuados 3142 atendimentos. Para o número de atendimentos mais elevado, durante os meses de setembro e outubro, também concorreu o atendimento assegurado por este setor ao Estabelecimento Prisional de Angra do Heroísmo.

O número de utentes atendidos, bem como o número de atos têm vindo a aumentar como seria previsível, já que a “oferta faz a procura”.

Com o intuito de averiguar a satisfação dos utentes deste setor, durante o mês de novembro e dezembro foram aplicados questionários junto dos mesmos, cujos resultados passamos a expor. Verificou-se que todos os utentes estão satisfeitos com a existência deste setor, destacando-se que 78% estão muito satisfeitos. Os relatos dos utentes e dos seus familiares revelam muito agrado com a possibilidade de poder chamar quando necessitam.

Relativamente à necessidade de recorrer à equipa, observou-se que 66% dos utentes admitidos já recorreram aos cuidados deste setor o que justifica os critérios de inclusão delineados. Não estão aqui contabilizados os utentes admitidos que são atendidos durante o período da manhã pelos diferentes postos de saúde e pelos cuidados paliativos. Os motivos de recorrência foram vários mas surgiu com maior necessidade a algaliação e a vigilância de sinais e sintomas.

Neste questionário procurou-se averiguar também o recurso ao serviço de urgência dos utentes do SCCID, por motivos que poderiam ser resolvidos por este setor. Apurou-se que esta situação ocorreu para 9% dos utentes e esta ocorreu, na sua totalidade, devido à situação que despoletou a ida ao serviço de urgência ter ocorrido fora da hora de funcionamento do SCCID. Relativamente ao nº de vezes que os utentes admitidos ao SCCID recorreram ao serviço de urgência do HSEIT constata-se que 44% o fizeram menos vezes, o que nos leva a acreditar que a criação deste setor contribuiu para uma diminuição de idas á urgência por parte destes utentes, sendo benéfico para todos (instituições de saúde, utentes e familiares).



Conclusão: O SCCID promoveu uma maior proximidade e acessibilidade dos cuidados à população constituindo outra das premissas fundamentais dos Cuidados de Saúde Primários.

Se tivermos em atenção que uma ida à urgência custa ao estado cerca de 109,60 euros sem exames, e que 44% dos utentes admitidos ao SCCID o fizeram por menos vezes, são consideráveis os ganhos em saúde conquistados pela abertura deste setor.

É expectável que o número de utentes referenciados continue a aumentar, assim como o número de admitidos e de atos de enfermagem necessários. Para isso irá contribuir o recente protocolo criado com a equipa de gestão de altas do HSEIT.

Afigura-se importante o SCCID conseguir assegurar 24h de prestação de cuidados, pois só assim se pode verdadeiramente falar em continuidade, na medida em que poderemos reduzir o número de pessoas que irá recorrer ao serviço de urgência, reduzindo assim significativamente os custos como referido anteriormente. Esta situação, se concretizável, faria com certeza que se aumentasse o número de intervenções, uma vez que existe um grande número de atos/cuidados, que apenas podem ser realizados se houver essa cobertura, nomeadamente administração de terapêutica EV. Quanto maior for a oferta disponível maior a atividade de procura.

Bibliografia:

- Augusto, B., & Carvalho, R. (2005). CUIDADOS CONTINUADOS família, Centro Saúde e Hospital como parceiro no Cuidar. Coimbra: FORMASAU-Formação e Saúde, Lda.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Circular Normativa N° 14. Disponível em: http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf.
- Direcção-Geral da Saúde (2007). Cuidados Continuados Integrados Nos Cuidados De Saúde Primários. Lisboa: Ministerio da Saúde.
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho – Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em Diário da República, Iª Série A (109), 3856 – 3865.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2002). Envelhecimento Activo Um Projecto de Política de Saúde. Espanha - Madrid.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE NOS AÇORES

II Colóquio de Enfermagem Comunitária



59

