



CENTRO DE SAÚDE DE BEJA
CÂMARA MUNICIPAL DE BEJA
UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA BEJA
JUNTA DE FREGUESIA DE ALBERNOA



Plano de Acção

PROMOÇÃO DA SAÚDE

População de Albernoa

2011-2013

Beja

Março 2011

Índice

INTRODUÇÃO	3
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS 2010	5
2. EIXOS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA	7
2.1 Aumento da actividade física da população	8
2.2 Melhoria dos hábitos alimentares	10
2.3 Redução da medicação ao indispensável	11
3 PLANO DE ACÇÃO	15
3.1 Objectivos gerais	15
3.2 Objectivos específicos	15
3.3 Indicadores e metas	17
3.4 Actividades a desenvolver	18

INTRODUÇÃO

No âmbito da sua missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, o Centro de Saúde de Beja desenvolveu um estudo para diagnóstico da situação de saúde da população idosa de Albernoa (apresentamos os principais resultados no próximo capítulo).

Por reconhecermos que apenas é possível dar a resposta adequada aos problemas encontrados no referido estudo, através de uma acção concertada entre os vários actores da comunidade, promovemos uma reunião para a divulgação de resultados, em que participaram diversos líderes da comunidade e profissionais do Centro de Saúde de Beja. Nessa reunião todos os presentes manifestaram disponibilidade para contribuir para a resolução/minimização dos problemas identificados. Surgiu assim a necessidade da elaboração de um Plano de Acção, que tem como principais objectivos definir quais as actividades a desenvolver para a resolução dos problemas encontrados e facilitar a cooperação entre as diferentes organizações envolvidas.

Pensamos que assim é possível promover a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às principais necessidades dos idosos, levando a que estes sejam estimulados a terem uma participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

Para início dos trabalhos, dadas as dificuldades que geralmente se apresentam na tomada de decisões quando de grandes grupos de trabalho, decidimos formar um núcleo central de elementos que faça uma abordagem inicial dos problemas, para depois reunir os parceiros mais indicados consoante as necessidades de intervenção identificadas. Desse grupo restrito fazem parte três elementos:

- Um representante do Centro de Saúde de Beja – José Catarino
- Um representante da Junta de Freguesia de Albernoa – Sandra Margarida
- Um representante da Câmara Municipal de Beja - Ilda Lopes

Na primeira reunião realizada por este grupo de trabalho, identificaram-se três áreas de intervenção que poderão contribuir transversalmente para a minimização da grande maioria dos problemas apresentados:

- Aumento da actividade física da população
- Melhoria dos hábitos alimentares
- Redução da medicação ao estritamente indispensável

É destas três grandes áreas de intervenção que surge o presente Plano de Acção, que tem um horizonte temporal de 3 anos (2011-2013).

A apresentação deste Plano de Acção foi dividida em três partes. Na primeira sintetizamos os principais resultados obtidos no diagnóstico da situação realizado. Na segunda procuramos descrever resumidamente qual o estado actual dos conhecimentos sobre as 3 áreas de intervenção do plano e quais as intervenções que têm evidência científica demonstrada na resolução dos problemas encontrados. Na terceira parte apresentamos o plano de acção propriamente dito, com os Objectivos Gerais e Específicos, os Indicadores e Metas e as Actividades a desenvolver.

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS 2010

O Diagnóstico da Situação de Saúde dos Idosos realizada no segundo semestre de 2010 permitiu-nos detectar alguns problemas na população idosa de Albernôa. Aqueles que pensamos serem de realçar são:

- **Caracterização população**
 - É a população mais idosa do concelho – 38,5 % de idosos (concelho cerca de 20%)
 - Pouca instrução escolar - >50% de analfabetos
- **Principais queixas**
 - Músculo-esqueléticas – 68,8% dos utentes
 - Visão – 59,4 dos utentes
 - Audição – 36,8 dos utentes
- **Doenças**
 - Obesidade
 - Com Índice de Massa Corporal (relação entre o peso e a altura) elevado -75% dos utentes
 - Perímetro abdominal aumentado - 85% dos utentes
 - Hipertensão 57% dos utentes
 - Dislipidémias 49,4% dos utentes
 - Cardíacas 26,3% dos utentes
 - Diabetes 20% dos utentes
- **Medicação**
 - Utentes medicados – 92,3%
 - Polimedicação Major – 5 ou + medicamentos – 36,8% dos utentes
 - Polimedicação Minor – 2 a 4 medicamentos – 47,1% dos utentes
 - Medicamentos mais usados
 - Hipertensão – 58,4% dos utentes
 - Anti-Dislipidémicos – 46,2% dos utentes
 - Sistema Nervoso Central – 42,9% dos utentes
 - Anti inflamatórios/analgésicos – 31,4% dos utentes
 - Inibidores da bomba de protões – 20,5% dos utentes
 - Anti-diabéticos – 20% dos utentes
- **Autonomia / Dependência**
 - Mobilidade – 46,3% dos utentes c/ problemas

- Quedas – 58,3% dos utentes em risco
- Autonomia física – 40% dos utentes c/ problemas
 - Principais limitações - Lavar-se, vestir-se, Controlo urina, deitar-se
- Autonomia instrumental – 67% dos utentes c/ problemas
 - Principais limitações - Lida casa, Lavar roupa, transportes
- **Determinantes da Saúde**
 - Actividade física - > 50% dos utentes têm menos de 0,5 horas/dia de actividade física
 - Alimentação – Poucas refeições diárias; pouco consumo de água
 - Controlo emocional – 75% dos utentes c/ sentimentos de tristeza

2. EIXOS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA

Após análise e discussão do estudo realizado, identificaram-se três áreas de intervenção que poderão contribuir transversalmente para a minimização da grande maioria dos problemas apresentados:

- Aumento da actividade física da população
- Melhoria dos hábitos alimentares
- Redução da medicação ao estritamente indispensável

Tentamos neste capítulo apresentar resumidamente qual o estado actual dos conhecimentos sobre estas 3 áreas do plano e quais as intervenções que têm evidência científica demonstrada na resolução dos problemas encontrados.

A evidência científica sugere que é possível que a manutenção de um estilo de vida saudável possa prevenir e controlar as doenças crónicas. Os principais factores de risco que têm sido relacionados com as doenças crónicas são as dietas pouco saudáveis, a falta de actividade física e o tabagismo. Se bem que identificámos alguns problemas na população idosa de Albernoa relacionados com a alimentação e a actividade física dos idosos, já no que respeita ao tabagismo podemos afirmar que não é um problema preocupante nessa população. Razão pela qual, não iremos abordar esse assunto. Por outro lado decidimos que os cuidados com a medicação deveriam constituir um dos eixos de intervenção prioritária, dado que nos deparámos com uma larga percentagem de idosos a utilizarem vários fármacos, muitas vezes sob orientação de vários prescritores, o que poderá induzir a reacções adversas. Sabemos que o envelhecimento conduz a progressivas alterações da absorção, distribuição, concentração, metabolismo e excreção dos fármacos e seus efeitos nos órgãos e tecidos.

Tomar medidas para reduzir esses factores de risco ao longo da vida pode ter um enorme impacto sobre o controle de doenças crónicas. *“A OMS por exemplo, calcula que 80% dos casos de doença coronária, 90% dos casos de diabetes tipo 2, e cerca de um terço dos cancros poderiam ser evitados através da eliminação de certos factores de risco.*

Um estilo de vida que combina a actividade física, a variedade de alimentos, e a interacção social é o mais propício para uma boa saúde. Em geral, é recomendável aumentar o consumo de frutas, legumes e peixe, e para ajustar os tipos de óleos e gorduras consumidos, bem como a quantidade de açúcares e amido na dieta”. (Greenfacts, 2006)

2.1 . Aumento da actividade física da população

A inactividade física tem sido apontada como o 4º principal factor de risco principal para a mortalidade global (6% das mortes no mundo). Com maior impacto estão a pressão arterial elevada (13%), uso de tabaco (9%) e a glicemia elevada (6%). O excesso de peso e a obesidade são responsáveis por 5% da mortalidade global. (Organização Mundial da Saúde, 2010)

A actividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável.

A evidência científica e a experiência disponível mostram que a prática regular de actividade física e desporto beneficiam física, social e mentalmente toda a população, homens ou mulheres, de todas as idades, incluindo pessoas com incapacidades.

A OMS defende que a actividade física se traduz em vários benefícios para os idosos:

“Uma forte evidência demonstra que em comparação com pessoas menos activas, os adultos mais velhos, que são fisicamente activos:

- *Têm menores taxas de mortalidade por qualquer causa, por doença coronária, por hipertensão arterial, por acidente vascular cerebral, por diabetes tipo 2, por cancro do cólon e da mama,*
- *Têm um maior nível de aptidão cardio-respiratória e muscular...;*
- *Apresentam menor risco de queda, e uma melhor função cognitiva, têm menor risco de limitações funcionais e no papel social”* (Organização Mundial da Saúde, 2011)

O Ministério da Saúde, através do seu Portal da Saúde, também aponta algumas vantagens da actividade física regular e aconselha a quantidade de exercício que se deve fazer diariamente:

- *Reduz o risco de morte prematura;*
- *Reduz o risco de morte por doenças cardíacas ou AVC, que são responsáveis por 1/3 de todas as causas de morte;*
- *Reduz o risco de vir a desenvolver doenças cardíacas, cancro do cólon e diabetes tipo 2;*
- *Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão, que afecta 1/5 da população adulta mundial;*
- *Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de se tornar obeso;*
- *Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fractura do colo do fémur nas mulheres;*
- *Reduz o risco de desenvolver dores lombares, pode ajudar o tratamento de situações dolorosas, nomeadamente dores lombares e dores nos joelhos;*
- *Ajuda o crescimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;*
- *Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, ansiedade e depressão;*
- *Ajuda a prevenir e controlar comportamentos de risco (tabagismo, alcoolismo, toxicofilias, alimentação não saudável e violência), especialmente em crianças e adolescentes.*

Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de, pelo menos, 30 minutos de actividade física cumulativa moderada, todos os dias. Este nível de actividade pode ser atingido diariamente através de actividades físicas agradáveis e de movimentos do

corpo no dia-a-dia, tais como caminhar para o local de trabalho, subir escadas, jardinagem, dançar e muitos outros desportos recreativos.

Benefícios adicionais podem ser obtidos através de actividade física diária moderada de longa duração:

- *Crianças e adolescentes necessitam de 20 minutos adicionais de actividade física vigorosa, três vezes por semana;*
- *O controle do peso requer pelo menos 60 minutos diários de actividade física vigorosa/moderada. (Portal da Saúde, 2007)*

Quando a mesma entidade se refere ao **grupo etário dos mais idosos**, afirma que o exercício físico é importante para estas pessoas, aumentando e mantendo a sua qualidade de vida e independência. *“A actividade física melhora a força, o equilíbrio, a coordenação, a flexibilidade, a resistência, a saúde mental, o controlo motor e a função cognitiva. Ajuda a prevenir as quedas (a maior causa de incapacidade entre a população idosa).*

Caminhadas e sessões organizadas de exercício físico, adequadas a cada idoso, permitem o convívio social, reduzindo sentimentos de solidão ou de exclusão social.” (Portal da Saúde, 2007)

Também os indivíduos com algumas incapacidades podem praticar exercício físico, desde que adaptado às suas condições. Devem-se ajudar estas pessoas a melhorarem a sua força muscular, o seu bem-estar psicológico e a sua qualidade de vida, aumentando a possibilidade de poderem participar activamente na vida social da comunidade.

Quanto aos exercícios mais indicados para idosos ou indivíduos com limitações físicas o Ministério da Saúde aconselha:

*“**Andar todos os dias.** Recomendam-se caminhadas de 30 a 45 minutos, mas a duração e o ritmo da marcha dependem do estado físico de cada pessoa. O ideal é caminhar ao ar livre sobre terrenos macios (relva, praia).*

***Exercícios diários.** De pé ou deitado, são muito úteis quando orientados por um especialista.*

***Nadar.** Se não souber nadar, pode ficar de pé ou sentado, em água pouco profunda, agitando a água com os braços.*

***Andar de bicicleta.** É uma excelente actividade física, embora exija uma certa experiência e bom equilíbrio.*

***Dançar.** Acessível e agradável, é simultaneamente uma actividade física e lúdica.*

A melhor opção é escolher uma actividade, de acordo com as preferências pessoais e possibilidades, e praticá-la todos os dias, aumentando gradualmente o esforço e a duração do exercício. O importante é manter um nível de actividade constante. Se tiver dúvidas, aconselhe-se com o seu médico.” (Portal da Saúde, 2007)

2.2 . Melhoria dos hábitos alimentares

Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida. Os nutrientes (que constituem os alimentos), promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos, músculos e outras estruturas do corpo, e fornecem-nos energia.

Fazer uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças (como diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, tensão alta, osteoporose e alguns tipos de cancro) e pode melhorar a qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas.

A qualidade de vida não se traduz apenas por ausência de doença mas também pela manutenção da independência, da mobilidade, das funções cognitivas, de um estado psicológico adequado e das relações sociais.

A nossa alimentação deve ser **completa** – comer alimentos de todos os grupos alimentares; **equilibrada** – comer maior quantidade de alimentos dos grupos alimentares de maior dimensão; **variada** – comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas épocas do ano.

A Direcção Geral de Saúde aponta diversos factores que podem levar as pessoas a alimentar-se erradamente. Focamos alguns deles:

- *Socioeconómicos (diminuição do poder de compra)*
- *Sentimentos de solidão (que podem conduzir a estados depressivos e ao desinteresse pela confecção das refeições);*
- *Doenças associadas e respectiva medicação (podem limitar a escolha alimentar e também condicionam por vezes alterações dos órgãos dos sentidos, nomeadamente do paladar e olfacto)*
- *Falta de dentes ou o uso de próteses dentárias mal adaptadas (que dificultam a mastigação.*
- *Diminuição da quantidade de saliva produzida (afecta a deglutição).*
- *Os problemas de coordenação motora (dificultam a manipulação dos utensílios necessários à confecção dos alimentos) (Direcção Geral da Saúde)*

A Direcção Geral de Saúde também nos fornece algumas recomendações alimentares concretas, que são comuns a todos os grupos etários:

- *Fazer uma alimentação variada e evitar comer demais,*
- *Começar as refeições com entradas (sopa ou pratos com vegetais),*
- *Consumir líquidos em abundância, sendo a água a melhor bebida,*
- *Moderar o consumo de doces, gorduras saturadas e bebidas alcoólicas,*
- *Consumir alimentos ricos em fibras (frutas, legumes, verduras...),*
- *Comer regularmente (5 a 7 pequenas refeições), alimentar-se com calma, mastigando bem os alimentos e não saltar refeições,*
- *Ir ao dentista regularmente para prevenir problemas de mastigação ou desadaptação das próteses,*
- *Controlar o peso de forma a manter um estado nutricional equilibrado,*
- *Manter uma vida activa, com níveis moderados de actividade física diariamente,*
- *Aumente os seus conhecimentos sobre alimentação pois estes ajudam a manter-se saudável,*
- *Não fazer qualquer tipo de dieta sem consultar o seu médico/nutricionista,*

- *Desfrute da vida e de uma alimentação equilibrada, viva uma vida plena e saudável,*

Recomendações especialmente importantes para as pessoas idosas:

- *Embora necessite de menos calorias do que quando era jovem, necessita sempre dos mesmos nutrientes, em igual quantidade, excepto no caso do cálcio e vitamina D cujas necessidades aumentam com a idade,*
- *Inclua na sua alimentação alimentos dos 7 grupos da Roda dos Alimentos, nas seguintes quantidades aproximadas:*
 - *Cereais e derivados, tubérculos – 3 colheres (sopa) de cereais ou ½ fatia de pão (25g) ou ½ paposseco ou 3 bolachas Maria ou ½ ou ¼ pão integral ou 1 batata (tamanho de um ovo).*
 - *Hortícolas – 1 chávena almoçadeira de hortícolas crus e 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados.*
 - *Fruta – 3 peças por dia*
 - *Lacticínios – 3 canecas almoçadeiras (250ml cada) por dia*
 - *Carnes, pescado e ovos –*
 - *Carne: prefira as carnes brancas (frango, peru, coelho, porco – febra e lombo)*
 - *Peixe: prefira o peixe à carne que deve consumir pelo menos 3 vezes por semana*
 - *Ovos: 2 a 3 por semana – de preferência em consumo alternado com a carne e o peixe.*
 - *Leguminosas – 1 porção de leguminosas correspondem a 3 colheres (sopa) de feijão ou grão ou lentilhas ou 6 colheres (sopa) de ervilhas ou favas (fonte de proteína que pode substituir a carne quando combinadas com arroz, batata, milho...).*
 - *Gorduras e óleos – 10g por pessoa na confecção das refeições (evite as gorduras saturadas, prefira o azeite)*
 - *E água: pelo menos 1,5 l/dia (ou chás de ervas em infusão)*
- *Tomar sempre o pequeno-almoço, evitar estar longos períodos em jejum (nunca estar mais de 3 horas sem comer),*
- *O pequeno-almoço deve constituir uma refeição equilibrada: inclua sempre leite ou equivalente (1 chávena de leite equivale a 2 iogurtes naturais sem adição de açúcar e a 1 líquido de aromas sem adição de açúcar, 2 fatias de queijo, 100 gr. de requeijão), pão ou cereais e fruta,*
- *Uma porção de qualquer alimento, em volume, equivale a um baralho de cartas ou ao tamanho da palma da sua mão (é o exemplo de um bife),*
- *Não se esqueça que a sopa é uma excelente forma de consumir produtos hortícolas (hortaliças e legumes),*
- *Reduza o consumo de sal (substituindo-o por ervas aromáticas, especiarias, alho, louro, limão...) e evite alimentos ricos em sal (caldos instantâneos ou “cubos de carne, de legumes ou de peixe”),*
- *Limite o consumo de açúcar refinado (o que faz parte dos bolos, sumos, doces, bolachas...) (Direcção Geral da Saúde)*

2.3 . Redução da medicação ao indispensável

Segundo nos refere Cristina Galvão, num estudo que publicou sobre polimedicação no idoso, “a polimedicação (ou polifarmácia) é habitualmente definida como o uso de muitos medicamentos em simultâneo. Outras definições incluem a prescrição de mais medicamentos do que o que é clinicamente indicado, um regime terapêutico que inclua

pelo menos um fármaco desnecessário ou o uso empírico de cinco ou mais medicamentos.” (Galvão, 2006)

Também Paula Silva e outros, ao abordarem o mesmo assunto num artigo publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral nos dizem que *“não existe unanimidade em relação ao número mínimo de fármacos prescritos para considerar o indivíduo polimedicação, variando entre dois e cinco, consoante os estudos. Existem duas classificações de polimedicação. Uma divide em duas categorias: Polimedicação minor: tratamento simultâneo com dois a quatro fármacos e Polimedicação major: tratamento simultâneo com cinco ou mais fármacos.”* (Silva, Luís, & Biscaia, 2004)

Nota: Para efeitos do nosso trabalho iremos considerar esta última classificação

Afirmam ainda estes últimos autores que *“está provado que a polimedicação, associada à maior susceptibilidade dos indivíduos idosos, aumenta o risco de interações medicamentosas, o que leva a um aumento da morbilidade e mortalidade”* (Silva, Luís, & Biscaia, 2004)

No estudo realizado por nós em Albernoa foi detectado que 36,8% dos idosos estavam a fazer tratamento simultâneo com cinco ou mais fármacos, correspondendo, segundo esta classificação, a “Polimedicação Major”. A nossa preocupação com este problema justifica-se pelo facto de que vários estudos de farmacovigilância demonstram uma maior frequência de efeitos adversos, induzidos por fármacos, no idoso. Estes podem ser explicados pela própria fisiologia do envelhecimento, nomeadamente a diminuição do volume plasmático, o aumento do tecido adiposo e uma diminuição da capacidade funcional dos órgãos, em particular do rim e do fígado.

Para além dos factores atrás apontados diz-nos Galvão que há também outros factores que *“... influenciam a eficácia e segurança da terapêutica do idoso, nomeadamente alterações de órgãos e sistemas e da função cognitiva, factores financeiros e a existência de problemas de saúde concomitantes. A não adesão, que alguns autores referem oscilar entre os 21% e os 55%, é outro dos problemas potenciais no idoso, em particular se polimedicação, se for incapaz de tomar os medicamentos correctamente, se os efeitos secundários forem intensos ou desagradáveis ou se os custos dos medicamentos forem considerados como lesivos do orçamento familiar.*

O risco potencial de reacções adversas aos medicamentos e de interações medicamentosas é tanto maior quanto maior for o número de fármacos, o tempo de utilização e a dose prescrita. Para tal contribuem também os fármacos de venda livre e os suplementos de ervanária (dietéticos).” (Galvão, 2006)

Acrescenta a mesma autora que *“Numa revisão sistemática da literatura relacionada com factores que influenciam de forma significativa o internamento hospitalar do doente idoso, a polimedicação constituiu um factor preditor positivo em relação a tempo de internamento, reinternamento e mortalidade. Estamos, assim, face ao aparecimento de uma nova doença, a que alguns autores chamaram de «mortalidade e morbilidade associada aos fármacos», e que corresponde a falha da terapêutica produzida por diversos mecanismos, assim como a produção de novos problemas médicos através do uso de medicamentos. (Galvão, 2006)*

Numa campanha realizada pela Associação Nacional de farmácias em 2007 em que participaram cerca de 1500 farmácias, cuja avaliação foi feita pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) e apresentada no Encontro Nacional dos Médicos de Clínica Geral, em Março desse ano, em que foram considerados os registos de 5 mil doentes, para um total de mais de 39 mil medicamentos analisados, observou-se que, em média, cada doente toma 7,3 medicamentos por dia, e que 25 por cento tomam 10 ou mais medicamentos.

Na análise da terapêutica feita pelos farmacêuticos foram identificados problemas relacionados com medicamentos em quase metade dos doentes (46,8%), principalmente nas pessoas que tomavam 10 ou mais medicamentos.

Os problemas mais frequentemente encontrados foram de adesão (22,1%), de toma (21,6%), de suspeita de reacções adversas (13,2%), de duplicação não intencional de terapêutica (11,6%) e de medicamentos fora do prazo de validade (7,3%). (Associação Nacional de Farmácias, 2009)

Numa revisão da literatura efectuada por Santos e Almeida foi concluído que as reacções adversas a medicamentos constituem 6 a 19% das admissões hospitalares, sendo a maior parte relacionada com quedas. Este problema justifica cerca de 20% da taxa de mortalidade hospitalar na população idosa.

Acrescentam estes autores que as interacções medicamentosas podem justificar cerca de 50% das idas à urgência hospitalar. (Santos & Almeida, 2010)

Num artigo publicado no Journal of Family Practice em Abril de 2006 Garcia refere que cerca de um terço dos idosos são internados por causa de eventos adversos a medicamentos. Entre os idosos seguidos em ambulatório, cerca de 35% tem pelo menos um episódio anual dessa índole. Afirma o mesmo autor que, dependendo das situações, entre 25% e 95% desses eventos pode ser evitada através da redução prescrição inapropriada. (Garcia, 2006)

Também num trabalho publicado pela Oxford University Press no Q J Med em 2006 Gorard afirma que em *“esquemas terapêuticos complexos com múltiplas drogas, levam a perdas de rotina de toma de medicamentos, ao seu abandono, a duplicação terapêutica, a confusão entre os nomes genéricos e comerciais, e a mais reacções adversas e interacções medicamentosas. Estima-se que aproximadamente 5% dos internamentos hospitalares estão ligados a reacções adversas a medicamentos. As reacções adversas são mais prováveis de ocorrer com a polimedicação, nos idosos e nas mulheres.”* (D.A.Gorard, 2006)

Que estratégias são apontadas então para a resolução deste problema?

Galvão apresenta-nos algumas sugestões: *“Uma recomendação estratégica habitual é a de verificar em cada consulta se há uma indicação para cada fármaco, se este é efectivo nessa situação, se há ou não duplicações desnecessárias com outros fármacos e se este é o mais barato dos fármacos disponíveis, comparado com outros igualmente benéficos. A educação permanente do doente pelo seu médico, realizada em cada consulta, é*

considerada como tendo uma boa relação custo benefício. O idoso deverá ser informado sobre como tomar cada um dos medicamentos prescritos, o que fazer em caso de esquecimento de uma ou mais doses, onde guardar os medicamentos (temperatura ambiente/frigorífico, luminosidade ambiente/às escuras), o possível benefício da utilização de caixas semanais de dispensa dos medicamentos. Insistir para que o idoso traga sempre à consulta o «saco dos medicamentos», reavaliar a terapêutica actual e a forma como cada um dos medicamentos está a ser tomado, em cada consulta, contribui para uma melhor adesão à terapêutica e para evitar potenciais problemas associados à medicação” (Galvão, 2006)

Garcia apresenta uma revisão sistemática da literatura sobre o assunto, onde aponta cinco estratégias para reduzir o problema da polimedicação, com respectivo nível de evidência científica:

“Recomendações para a prática:

** Obter recomendações do farmacêutico para a redução de eventos de drogas de prescrição inadequada e os efeitos adversos (B).*

** No ambiente hospitalar, utilizar alertas computadorizados para reduzir os erros graves de medicação e ajudar a prevenção de eventos adversos (B).*

** Analisar sistematicamente a terapêutica dos doentes e reduzir a polimedicação e a prescrição inapropriada (A).*

** Educar os pacientes para melhorar o cumprimento da medicação, reduzir a polimedicação, reduzir a prescrição inadequada e diminuição de eventos adversos (A).*

** Considerar os critérios de Beers para evitar o uso de medicamentos inapropriados nos idosos (C)” (Garcia, 2006)*

PLANO DE ACÇÃO

2.4 Objectivos gerais

Objectivo Geral 1	No final de 2013, 25% da população da freguesia de Albernôa adquiriu pelo menos um dos seguintes ganhos em saúde: a) Melhoria dos hábitos alimentares e/ou de actividade física b) Redução de queixas músculo-esqueléticas de problemas de mobilidade, de autonomia física ou instrumental c) Redução do risco de quedas d) Melhoria do controlo da toma de medicamentos e) Diminuição do perímetro abdominal e/ou do Índice de Massa Corporal f) Melhoria do controlo da diabetes, hipertensão e/ou dislipidémias
Objectivo Geral 2	No final de 2013 existem espaços ambientais adaptados às necessidades de saúde da população em geral para a prática de actividade física.
Objectivo Geral 3	No final de 2013 deverá haver maior racionalização da utilização dos recursos de saúde existentes

2.5 . Objectivos específicos

Objectivo Especifico 1	No final de 2011 estão implementados os instrumentos de avaliação sistemática para a monitorização da evolução dos indicadores definidos
Objectivo Especifico 2	No final de 2012, pelo menos 65% da população hipertensa deve estar vigiada (≥ 3 avaliações no ano sendo última no 2º semestre)
Objectivo Especifico 3	No final de 2013, pelo menos 45% da população hipertensa deve estar controlada (última avaliação do ano com valores TA $\leq 140/90$ mmHg; se diabetes TA $\leq 130/80$; se DM e Insuficiência Renal Crónica ou proteinúria $\geq 1\text{gr}/24\text{h}$ TA $\leq 125/75$ mmHg)
Objectivo Especifico 4	No final de 2012, pelo menos 50% da população diabética deve estar vigiada (que realizaram determinação de HbA1c - 4 vezes durante o ano com avaliações nos 2 semestres)
Objectivo Especifico 5	No final de 2013, pelo menos 40% dos diabéticos devem estar controlados (com HbA1c $< =7\%$ na última medição)
Objectivo Especifico 6	No final de 2013, pelo menos 45% dos hipertensos devem ter colesterolemia controlada (última medição ≤ 200 mg/dl após jejum de > 8 horas)
Objectivo Especifico 7	No final de 2013 a percentagem de população idosa com queixas músculo-esqueléticas deve ser inferior a 65%
Objectivo Especifico 8	No final de 2013 a percentagem de população idosa com IMC elevado deve ser inferior a 65%
Objectivo Especifico 9	No final de 2013 a percentagem de população idosa com perímetro abdominal elevado deve ser inferior a 75%

Objectivo Especifico 10	No final de 2013 a percentagem de população idosa com “polimedicação major” deve ser inferior a 35%
Objectivo Especifico 11	No final de 2013 a percentagem de população idosa com problemas de mobilidade deve ser inferior a 45%
Objectivo Especifico 12	No final de 2013 a percentagem de população idosa com risco de quedas deve ser inferior a 55%
Objectivo Especifico 13	No final de 2013 a percentagem de população idosa com problemas de autonomia física deve ser inferior a 35%
Objectivo Especifico 14	No final de 2013 a percentagem de população idosa com problemas de autonomia instrumental deve ser inferior a 65%
Objectivo Especifico 15	No final de 2013 a percentagem de população idosa com média de actividade física diária \geq a 30 mn deve ser superior a 55%
Objectivo Especifico 16	No final de 2013 a percentagem de população idosa com média de refeições diárias \geq a 5 deve ser superior a 35%
Objectivo Especifico 17	No final de 2013 a percentagem de população idosa com média de consumo diário de água \geq a 1,5l deve ser superior a 20%
Objectivo Especifico 18	No final de 2012 está implementado na freguesia o projecto “A Saúde dos meus Avós”
Objectivo Especifico 19	No final de 2012 está implementado na freguesia o projecto “Lista de Compras dos Pais”
Objectivo Especifico 20	No final de 2012 está implementado nos residentes o hábito de efectuares caminhadas regulares (2 x ou + por semana)
Objectivo Especifico 21	No final de 2012 está implementado o projecto “Ginástica para todos” (2 x ou + por semana)
Objectivo Especifico 22	Em 2012 está implementado na freguesia o Projecto “Horta Social”.
Objectivo Especifico 23	No final de 2013 está implementado na freguesia o projecto “Ginásio Bio-saudável”
Objectivo Especifico 24	No final de 2013 a taxa de cobertura de saúde da população deverá ser superior a 45%
Objectivo Especifico 25	No final de 2013 a taxa de cobertura de saúde da população idosa deverá ser superior a 50%
Objectivo Especifico 26	No final de 2013 o rácio de recurso ao serviço de urgência por utente de Albernoa deverá ser inferior a 0.7
Objectivo Especifico 27	No final de 2013 o rácio de recurso ao serviço de urgência por utente idoso de Albernoa deverá ser inferior a 0.8
Objectivo Especifico 28	No final de 2013 o rácio de consultas por utilizador da extensão de Albernoa deverá ser inferior a 3,5
Objectivo Especifico 29	No final de 2013 o rácio de consultas por utilizador idoso da extensão de Albernoa deverá ser inferior a 5.5
Objectivo Especifico 30	No ano de 2013 deverá haver uma redução na despesa com medicamentos de X% em relação ao ano de 2010
Objectivo Especifico 31	No ano de 2013 deverá haver uma redução na despesa com meios complementares de diagnóstico e terapêutica de X% em relação ao ano de 2010

2.6 . Indicadores e metas

Indicadores		Valor 2010	Metas		
			2011	2012	2013
1	Percentagem de residentes que obteve pelo menos um ganho em saúde			15%	25%
2	Número de indicadores que são passíveis de monitorização sistemática pelo sistema de registos em vigor				
3	Percentagem de utentes hipertensos vigiados		≥60%	≥65%	≥70%
4	Percentagem de utentes hipertensos controlados		≥40%	≥42%	≥45%
5	Percentagem de utentes diabéticos vigiados		≥50%	≥55%	≥60%
6	Percentagem de utentes diabéticos controlados		≥30%	≥35%	≥40%
7	Percentagem de hipertensos com colesterolémia controlada		≥35%	≥40%	≥45%
8	Percentagem de idosos com queixas músculo-esqueléticas	68,8%	≤65%	≤62%	≤60%
9	Percentagem de idosos com IMC elevado	75,7%	≤75%	≤70%	≤65%
10	Percentagem de idosos com Perímetro Abdominal elevado	86,9%	≤85%	≤80%	≤75%
11	Percentagem de idosos com polimedicação “major” (≥5 med.)	36,8%	≤36%	≤32%	≤30%
12	Percentagem de idosos com problemas de mobilidade	43,6%	≤42%	≤40%	≤35%
13	Percentagem de idosos com risco de quedas	58,3%	≤56%	≤53%	≤50%
14	Percentagem de idosos com problemas de autonomia física	39,7%	≤38%	≤35%	≤32%
15	Percentagem de idosos com problemas de autonomia instrumental	66,7%	≤65%	≤63%	≤60%
16	Percentagem de idosos com média de actividade física diária superior a 30mn	46,8%	≥50%	≥53%	≥55%
17	Percentagem de idosos com média de refeições diárias ≥ a 5	34,0%	≥38%	≥40%	≥45%
18	No final de 2013 a percentagem de população idosa com média de consumo diário de água ≥ a 1,5l deve ser superior a 20%	17,3%	≥20%	≥23%	≥25%
19	Número de idosos incluídos no projecto “A Saúde dos meus Avós”			30	40
20	Número de crianças que participaram no projecto “Lista de Compras dos Pais”			20	30
21	Número de idosos com hábito de efectuar caminhadas regulares (2 x ou + por semana)		40	50	60
22	Número de participantes regulares no projecto “Ginástica para todos” (2 x ou + por semana)		20	40	60
23	Número de participantes no Projecto “Horta Social”.				
24	Existência na freguesia de equipamentos relacionados com o projecto “Ginásio Bio-saudável”				Sim
25	Número de sessões de educação para a saúde realizadas subordinadas ao tema “Benefícios da Actividade Física”		2	3	3
26	Número de sessões de educação para a saúde		2	3	3

	realizadas subordinadas ao tema “Alimentação Saudável”				
27	Número de sessões de educação para a saúde realizadas subordinadas ao tema “Medicação” e utilização dos recursos de saúde		2	3	3
28	Número de participantes em sessões de educação para a saúde subordinadas ao tema “Benefícios da Actividade Física”		20	30	30
29	Número de participantes em sessões de educação para a saúde subordinadas ao tema “Alimentação Saudável”		20	30	30
30	Número de participantes em sessões de educação para a saúde subordinadas ao tema “Medicação”		20	30	30
31	Grau de satisfação da população				
32	Taxa de cobertura de saúde da população	34.2	> 35%	>40%	>45%
33	Taxa de cobertura de saúde da população idosa	33.3	>37%	>44%	>50%
34	Rácio de recurso ao serviço urgência por utente de Albernoa				
35	Rácio de recurso ao serviço urgência por utente idoso de Albernoa				
36	Rácio de consulta por utilizador da extensão de Albernoa	4.3	<4,1	<3,8	<3,5
37	Rácio de consulta por utilizador idoso da extensão de Albernoa	6.3	<6,1	<5.8	<5,5
38	Despesa da ULSBA com medicamentos prescritos aos utentes de Albernoa				
39	Despesa da ULSBA com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos aos utentes de Albernoa				

2.7 . Actividades a desenvolver

	Actividades	Cronograma	Parceiros	Responsável
1	Parametrização do SAPE para recolha de dados individualizados	Mar e Abr 2011	Ucc e UCSP	Catarino
2	Criação de sistema de recolha de dados para actividades de grupo	Mar e Abr 2011	Junta Câmara e UCC	
3	Colheita de dados sistemática sobre cuidados personalizados	Todo o triénio	UCSP	Dinis e Quinita
4	Colheita de dados sistemática sobre actividades de grupo	Todo o triénio	UCC	Catarino
5	Realização de consultas personalizadas para vigilância de hipertensos, diabéticos e dislipidémicos	Todo o triénio	UCSP	Dinis e Quinita
6	Realização de consultas personalizadas	Todo o	UCSP	Quinita

	para vigilância de idosos	triénio		
7	Dinamização de projecto “A Saúde dos Avós” em parceria com a Escola Básica	Mai e Jun 2011 e 2012	UCC e Escola	Lina
8	Dinamização de projecto “Lista de Compras dos Pais” em parceria com a Escola Básica	Mai e Jun 2011 e 2012	Escola e UCC	Ana Margarida
9	Implementação do projecto “Horta Social”	Abr a Set 2011	Junta e UCC	Sandra Margarida
10	Dinamização dos espaços livres de Albernoa para a prática de exercício físico	Todo o triénio	Câmara Junta e UCC	Câmara??
11	Elaboração de candidatura a financiamento e aquisição e instalação de equipamentos desportivos para exercício ao ar livre (Projecto “Ginásio Bio Saudável”)	2012 e 2013	Junta e Câmara	Sandra Margarida
12	Organização de caminhadas temáticas associando a prática de actividade física à sensibilização para a biodiversidade e importância de estilos de vida saudáveis	Todo o triénio	Câmara Junta e UCC	Câmara??
13	Dinamização de sessões temáticas dirigidas a grupos de crianças, de adultos e de idosos sobre Alimentação, Actividade Física, Gestão da Medicação e utilização dos recursos de saúde	Todo o triénio	UCC e Junta	Lina João Dias Catarino Ana Marg.
14	Dinamização de sessões de Exercício Físico adequadas aos diferentes grupos etários e condições físicas da população (Projecto “Ginástica para Todos”)	Todo o triénio	Câmara Junta e UCC	João Dias e Câmara??
15	Avaliação do Grau de satisfação da população	Set a Dez 2013	Câmara Junta e UCC	Sara Serrano
16	Avaliação do Plano de Acção e elaboração do respectivo Relatório	Nov e Dez 2013	Câmara Junta e UCC	Sara Serrano
17	No âmbito da saúde escolar, projecto das lancheiras. Avaliação dos lanches no 1º ciclo.		UCC	Ana Margarida
18	Dinamização de sessões de sobre “responsabilização sobre a saúde”; “motivação para a acção” e solidão e tristeza”	A partir de Outubro de 2011	Saúde Pública e UCC	Josefina Pinto e Cláudia Borralho
19	Dinamização de sessões sobre protecção do ambiente	A partir de Set. de 2011	Saúde Pública e Junta	Rita Pires e Mónica Bettencourt