

ANEXO AO ROTEIRO DE INTERVENÇÃO EM

ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

ANEXO II

Seleção das recomendações de “Integração e Continuidade de Cuidados”

Autores:

Ana Dias (doutoranda da Universidade de Aveiro e Assistente do Departamento de Economia e Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro)

Alexandra Queirós (Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro)

Estando as medidas disponíveis no relatório apresentamos as consideradas prioritárias e articuladas com as propostas apresentadas. A lógica e justificações destas medidas reverteram nas apresentadas com as modificações de actualização à realidade e contexto actual.

Aqui se apresenta apenas aquilo que torna a medida compreensível remetendo para o trabalho o conteúdo global.

Recomendação 2

Aperfeiçoamento dos mecanismos de contratualização, através da combinação de meios de pagamento (e.g. pagamentos baseados no acto, capitação e salários), bem como, numa lógica de integração de cuidados, avaliar as possibilidades de um modelo integrado de contratualização, envolvendo nomeadamente os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados.

Recomenda-se igualmente o recurso a incentivos, financeiros ou de outra natureza, particularmente dirigidos à coordenação de cuidados, tarefa que envolve a comunicação com o utente, bem como a articulação com outros prestadores de cuidados, da saúde ou do sector social. A integração de cuidados deve ser também um dos desafios da contratualização, sendo fundamental construir indicadores de integração de cuidados, bem como metodologias de preços compreensivos.

Dimensões estratégicas: modelo de financiamento

Ganhos: melhorias na coordenação de cuidados e na articulação entre níveis e /ou sectores de cuidados, continuidade de cuidados, minimização dos riscos de sobre-prestação de cuidados, melhoria da qualidade assistencial no domínio da efectividade, eficiência e satisfação do utente, acesso e ganhos em saúde.

Responsabilidade: tutela, autoridades de saúde, sistema científico nacional (estudos ao nível dos modelos de contratualização).

Indicadores: percentagem de instituições com modelos de pagamento mistos; percentagem de experiências de integração da contratualização; percentagem de 42

Salientamos:

“um modelo integrado de contratualização, envolvendo nomeadamente os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados”.

Concretamente na articulação e continuidade de cuidados propomos a criação de um TB comum partilhado com indicadores que possam avaliar a articulação genérica entre os níveis mas especificamente na D crónica e Fragilidade geriátrica, por ex utilização de serviços de urgência por doentes identificados com D Crónica e Fragilidade geriátrica instituições que recorrem a incentivos dirigidos concretamente à coordenação e integração de cuidados, por tipo de incentivos.

Recomendação 3

Mais investimento na formação de médicos em áreas como a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna. Será igualmente importante incentivar a população a recorrer a estes profissionais, bem como, encorajar os futuros médicos no sentido de optarem por estas especialidades.

Recomenda-se, também, a avaliação do potencial de transferência de tarefas tanto entre médicos, nomeadamente entre especialistas e generalistas, como entre médicos e outros profissionais de saúde, suportada por normas de orientação clínica e procedimentos normalizados. Pode vir também a considerar-se a possibilidade de tarefas relacionadas com a coordenação de cuidados serem assumidas por outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros ou outros profissionais de saúde ligados ao envelhecimento e às doenças crónicas.

Dimensões estratégicas: recursos humanos

Ganhos: acesso, continuidade de cuidados, personalização da prestação de cuidados, abordagem integral ao doente, satisfação do utente, mais eficiência na utilização dos recursos, enriquecimento dos perfis de competências dos profissionais, criação de espaço para a integração de novos profissionais de saúde.

Responsabilidade: tutela, autoridades de saúde.

Indicadores: percentagem de utentes sem pessoa de contacto atribuída; tempos de espera para consultas (mensal e anual), por especialidade; tempos de espera para realização de exames complementares de diagnóstico.

As necessidades da população têm vindo a evoluir ao longo do tempo, assumindo hoje particularidades diferentes. Tais necessidades exigem assim, atualmente, novos modelos de

prestação de cuidados que consigam dar respostas adequadas aos problemas existentes e futuros. A integração de cuidados surge pois como um modelo de prestação que visa responder adequadamente aos desafios decorrentes das tendências epidemiológicas e sociodemográficas.

O desempenho global do sector da saúde é fortemente dependente dos recursos humanos, pelo que a implementação de novos modelos de prestação de cuidados requer profissionais dotados de conhecimentos, aptidões e atitudes conducentes ao exercício adequado das suas funções e consequente satisfação das necessidades dos doentes (1) (2).

Deste modo, a integração de cuidados deve estar incluída na formação de profissionais de saúde, permitindo o desenvolvimento de competências nos domínios pessoal, comportamental e organizacional. O tema deve assumir um carácter obrigatório, constituindo-se como área curricular específica na formação pré-graduada na área da saúde e social.

Na sequência do ciclo de formação ao longo da vida, é importante proporcionar aos profissionais em exercício, programas de formação pós-graduada específica que vise ajustar as competências aos novos modelos de prestação de cuidados (2). Os conteúdos formativos devem promover a visão integral do doente e o papel central do cidadão no sistema de saúde, promovendo a mudança e estimulando a disseminação de uma cultura organizacional adequada à integração de cuidados

Descrição A formação assume-se como fator de sucesso na integração de cuidados (1) não podendo estar dissociada da medida referente à criação de um espaço de gestão do conhecimento sobre o tema. Por um lado, o repositório pode fornecer conteúdos para a formação, por outro lado, os profissionais vão implementando experiências progressivamente mais baseadas em evidência e melhorando a qualidade da informação disponível.

Impacto

Como impacto previsto desta medida, é expectável que exista:

- ☑ O aumento da massa crítica sobre integração de cuidados de saúde;
- ☑ O incremento e disseminação do conhecimento entre *policy-makers*, gestores, prestadores, profissionais e todos os intervenientes no sistema de saúde;
- ☑ Sensibilização para a necessidade de mudança da cultura de prestação de cuidados, para um trabalho mais multidisciplinar em equipa, colaborativo, centrado nas necessidades específicas dos utilizadores dos serviços de saúde (4);
- ☑ Uma resposta mais eficiente às necessidades, contribuindo para a eficiência do sistema;
- ☑ O incremento da satisfação dos doentes devido a uma resposta mais adequada às suas necessidades;
- ☑ O incremento da qualidade dos cuidados prestados (4);

Bibliografia

1. **Howarth, M, Holland, K e Grant, MJ.** Education needs for integrated care: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 56, oct de 2006, Vol. 2, pp. 144-56.
2. **NHS.** *Integrated care and support: our shared commitment*. s.l. : National Collaboration for Integrated Care and Support , 2013.
3. **Elisabeth, P e Samia, Hasan.** Educating for integrated care. *London Journal of Primary Care*. 2013, Vol. 5, pp. 41-4.
4. **Frenk e al, et.** Health professionals for a new century - transforming education to strengthen health systems

Está implícito nesta recomendação a proposta de basear na MGF e na Med Interna a sede da gestão de doença na D Crónica e na Fragilidade Geriátrica nos respectivos níveis, obviamente com envolvimento das respectivas associações e da OM e com formação conjunta nas áreas de Plano de cuidados gestão de doença, processo clínico comum e indicadores comuns de resultados.

Recomendação 8

Avaliação generalizada e sistemática da adequação das admissões e estadias hospitalares. O objectivo é identificar as situações e as razões pelas quais os doentes são admitidos ou permanecem num hospital, quando podem ser tratados em meio menos diferenciado, ou utilizando menos dias de internamento, bem como o tipo de cuidados em que o doente deveria estar integrado, de forma alternativa.

Dimensões estratégicas: modelo de financiamento

Ganhos: identificação das causas de inadequação e acção sobre as causas, prestação de cuidados em contexto mais adequado, melhorias na efectividade, eficiência e satisfação do utente.

Responsabilidade: organismo regulador central, hospitais.

Indicadores: percentagem de admissões inadequadas e dias de internamento inapropriados, por causa; demora média (mensal e anual), por causa; tempo de espera para “transferência de utentes” entre níveis de cuidados (e.g. hospitais e RNCCI); taxa de readmissões no hospital (anual), após reencaminhamento para meio menos intensivo (e.g. RNCCI), por causa de readmissão.

Salientamos:

Introdução no TB comum de indicadores selecionados para medir a adequação de internamentos.

Recomendação 9

Gestão integrada dos recursos intra-hospitalares, nomeadamente, a gestão comum de camas para agudos, um maior investimento nos hospitais de dia, bem como a continuidade do investimento na cirurgia ambulatória.

Dimensões estratégicas: modelo de financiamento

Ganhos: utilização mais eficiente dos recursos existentes, melhorias na adequação das admissões hospitalares e no internamento, diminuição da demora média.

Responsabilidade: autoridades de saúde, hospitais.

Indicadores: número de camas, por especialidade; número de camas comuns.

Salientamos:

-gestão comum de camas para agudos

-integração em PII Hospitalar dos doentes que cumprem critérios de D Crónica; Fragilidade geriátrica

Recomendação 10

Criar condições para uma maior eficácia no encaminhamento de doentes, quer através do aumento do número de estruturas de cuidados continuados, quer através da introdução de melhorias no planeamento da alta hospitalar que, teoricamente, deve começar no momento da admissão no hospital.

Dimensões estratégicas: modelo de financiamento

Ganhos: diminuição das situações de inadequação no internamento, aumento dos níveis de eficiência nos hospitais de agudos, prestação de cuidados em meio mais adequado através de uma melhor adequação da oferta às necessidades dos utentes.

Responsabilidade: autoridades de saúde, hospitais, cuidados de saúde primários e cuidados continuados.

Indicadores: demora média na admissão do utente, por causa; tempo de espera para “transferência de utentes” entre níveis de cuidados (e.g. hospitais e RNCCI); taxa de readmissões no hospital (anual), após reencaminhamento para meio menos intensivo (e.g. RNCCI), por causa de readmissão.

Salientamos:

Aumento do número de estruturas de cuidados continuados- entretanto conseguido havendo neste momento genericamente cobertura Nacional.

Melhorias no planeamento da alta hospitalar – reforço da ligação vertical na articulação entre níveis.

Recomendação 10

Promoção da integração vertical e horizontal dos cuidados, através de uma maior articulação entre os órgãos de governação clínica, nomeadamente os conselhos clínicos dos cuidados de saúde primários e as direcções clínicas e dos serviços dos hospitais, bem como os órgãos adequados nos cuidados continuados e sector social. Será a este nível de evitar a criação de estruturas específicas para a coordenação de cuidados.

Dimensões estratégicas: modelo de governação; modelo de financiamento

Ganhos: continuidade de cuidados, menos admissões inapropriadas no hospital, ganhos em saúde, menor risco agudização doença.

Responsabilidade: autoridades de saúde, hospitais, cuidados de saúde primários, cuidados continuados e sector social.

Indicadores: tempo médio em lista de espera para consultas; taxa de acesso aos serviços de urgência hospitalares de utentes classificados como não urgentes; taxas de acesso aos serviços de urgência hospitalares sem referenciação; indicadores chave de qualidade em saúde (e.g. número de amputados relacionado com o controlo da diabetes, incidência de AVC relacionada com o controlo da hipertensão arterial).

Este parece ser uma recomendação prioritária - Promoção da integração vertical e horizontal dos cuidados.

A integração organizacional sugerida “através de uma maior articulação entre os órgãos de governação clínica” deve ser complementada por articulação dos níveis operacionais, aqui

propomos como referido a integração horizontal através de PII de todos os utentes que cumpram criterios de D Crónica , Fragilidade geriátrica; no Hospital este plano tem uma componente clínica responsabilidade do Medicina Interna e uma componente de cuidados responsabilidade de Enf e Ass Social . Nos CSP Hospital este plano tem uma componente clínica responsabilidade do MGF e uma componente de cuidados responsabilidade de Enf e Ass Social. Nos cuidados Continuados a metodologia está estabelecida.

A Integração vertical está definida e em prática com metodologia própria no CCI, seria importante estabelecer dois níveis de articulação vertical entre a gestão da doença e a gestão de caso ou seja entre o gestor de doença, MGF e MI, e o gestor de caso Enf / ass Social como referido em “Método”

Recomendação 11

No que respeita ao sistema de informação clínico, considera-se fundamental garantir a implementação do RSE, garantindo compatibilidade entre os diferentes sistemas de informação, clínicos, administrativos e financeiros já existentes, fornecendo e relacionando indicadores úteis para uma gestão mais célere e racional dos recursos em função das necessidades do utente e das instituições prestadoras. A compatibilidade deve ser garantida não só dentro das instituições mas também na perspectiva inter-institucional, considerando os vários níveis de cuidados.

Dimensões estratégicas: integração da informação

Ganhos: integração de conhecimento; diagnósticos mais rápidos, porque baseados em informação mais completa; eliminação de redundâncias e duplicações (e.g. meios complementares de diagnóstico); eficiência; acesso.

Responsabilidade: tutela, autoridades de saúde.

Indicadores: número de instituições com RSE; número de utentes com informação no tronco comum do RSE; número de utentes com registos electrónicos por hospital e centro

Se esta recomendação é essencial na articulação geral torna-se condição básica nos casos da D Crónica e na Fragilidade geriátria nos doentes seleccionados nestes critérios é obrigatório a partilha de informação clínica entre os mencionados gestores de doença sem a qual será impossível cumprir os outros objectivos nomeadamente lógica de MCDDT coerência nos planos de cuidados e produção de indicadores de articulação, continuidade e eficiência acreditados e partilhados.

Recomendação 12

Definição e utilização mais generalizada de protocolos ou normas de orientação clínica. Deve haver um esforço maior de modelação dos processos referentes a doentes com patologias de grande prevalência, integrando as recomendações mais importantes baseadas na evidência. Recomenda-se que esta normalização seja definida centralmente e que seja aplicável a todo o território nacional, mas com possibilidade de adequação às especificidades locais.

Dimensões estratégicas: integração da informação; recursos humanos

Ganhos: simplificação da tomada de decisão, aumento do potencial de transferência de tarefas, acesso, redução da variabilidade da prática clínica, a melhoria da qualidade assistencial no domínio da efectividade, eficiência e satisfação do utente, diminuição do risco na prestação de cuidados.

Responsabilidade: tutela, autoridades de saúde.

Indicadores: número de patologias ou situações clínicas protocoladas; taxa de implementação dos protocolos definidos.

Dentro das prioridades de gestão de doenças e de casos os protocolos e normas são fundamentais para a prossecução das boas práticas. A continuação do processo em curso liderado pela DGS com colaboração da OM dá continuidade a este processo, claramente reforçado com um PC único nestes casos e uma forte ligação vertical entre os dois eixos de gestão de doença na partilha de um sistema de informação.

A recomendação 11” Promoção da integração vertical e horizontal dos cuidados”

Terá como instrumentos as recomendações 3, 4 e 5 consideradas estratégicas e prioritárias nomeadamente na Formação de médicos em áreas como a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna na lógica e no papel de coordenadores clínicos nos dois níveis e de capacitação para realização de trabalho por PII e de partilha vertical.

No potencial de transferência de tarefas – desenvolvimento de novas competências nas profissões, virados para as novas necessidades nomeadamente na avaliação das necessidades de cuidados e na gestão de recurso na continuidade de cuidados na continuação do esforço de criação de software clínico partilhado entre MGF e Med interna instrumento de continuidade de partilha e de fornecimento de informação implementando um Sistema de informação clínico numa perspectiva inter-institucional e através da implementação de Protocolos ou normas de orientação clínica.

A ver também as potencialidades da Telemedicina

Recomendação 13

Promoção da criação de estruturas locais, não necessariamente a partir da fusão entre instituições, mas promovendo a cooperação, com vista à satisfação de necessidades específicas das populações. A estrutura necessária pode resultar da definição de critérios de referenciação, de redes de referenciação, de regras de organização, de mecanismos de responsabilização ou de consultoria técnica. Pode ser particularmente relevante em algumas regiões do país proporcionar o acesso às populações, através de uma rede de transportes, a serviços de saúde, nomeadamente a consultas, bem como a outro tipo de actividades, desportivas ou culturais, importantes para garantir a saúde física e mental das populações.

Dimensões estratégicas: modelo de governação; integração da informação; recursos humanos; participação utente/cidadania

Ganhos: adequação da oferta às especificidades da procura, continuidade de cuidados, cidadania.

Responsabilidade: autoridades de saúde, autarquias, em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, hospitais, associações e voluntários, que poderão ser tanto prestadores de serviços como cidadãos individuais.

Indicadores: número de projectos em parceria com estruturas locais, por área de intervenção (e.g. saúde escolar, saúde oral, obesidade, toxicoddependência); número de projectos com participação da

sociedade civil (e.g. associações, voluntários); taxa de “mortalidade evitável”, por causa (avaliar investimento nas intervenções primárias, prevenção e promoção da saúde).

Responsabilização ou de consultoria técnica. Pode ser particularmente relevante em algumas regiões do país proporcionar o acesso às populações, através de uma rede de transportes, a serviços de saúde, nomeadamente a consultas, bem como a outro tipo de actividades, desportivas ou culturais, importantes para garantir a saúde física e mental das populações.

Dimensões estratégicas: modelo de governação; integração da informação; recursos humanos; participação utente/cidadania

Ganhos: adequação da oferta às especificidades da procura, continuidade de cuidados, cidadania.

Responsabilidade: autoridades de saúde, autarquias, em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, hospitais, associações e voluntários, que poderão ser tanto prestadores de serviços como cidadãos individuais.

Indicadores: número de projectos em parceria com estruturas locais, por área de intervenção (e.g. saúde escolar, saúde oral, obesidade, toxicodependência); número de projectos com participação da sociedade civil (e.g. associações, voluntários); taxa de “mortalidade evitável”, por causa (avaliar investimento nas intervenções primárias, prevenção e promoção da saúde).