

2019-10-14 17:27:47

<http://justnews.pt/noticias/doentes-cronicos-mais-complexos-com-enfermeiros-gestores-de-caso-na-uls-do-litoral-alentejano>



Doentes crónicos mais complexos com enfermeiros gestores de caso na ULS do Litoral Alentejano

Na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), o gestor de caso de doentes crónicos, complexos e com multimorbilidades é um enfermeiro dos cuidados de saúde primários. Tudo começou em 2017, quando se iniciou, sob a forma de projeto-piloto, o Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbilidade, envolvendo os serviços de Medicina e de Urgência do Hospital do Litoral Alentejano e os centros de saúde de Santiago do Cacém e de Odemira, a que foi adicionado, em 2018, o Centro de Saúde de Sines.

Ao fim de 2 anos e meio, e ultrapassada a fase piloto, o projeto tem permitido diminuir os reinternamentos, as idas às urgências e os custos, além de, inevitavelmente, contribuir para que os doentes tenham melhor qualidade de vida.

Hugo Felgueiras Mendonça, 40 anos, é enfermeiro gestor de caso a tempo inteiro da ULSLA e um dos elementos que integra o projeto desde a sua conceção. Tudo começou quando aquela ULS sentiu necessidade de mudar o atual paradigma de cuidados:

“Face à evolução da Medicina e ao envelhecimento da população, as urgências são cada vez mais procuradas e identificou-se um grupo de utilizadores frequentes desse serviço que eram precisamente utentes crónicos, complexos, com multimorbilidades, polimedicados, que representavam 12% dos utilizadores, o que correspondia a 36% de todos os episódios na urgência num ano.”

Um problema que, no seu entender, se devia a “uma resposta episódica, fragmentada e desadequada” e que exigia uma aposta na articulação entre os CSP e o hospital, mas tendo um gestor de caso. Iniciou-se assim o projeto que envolve enfermeiros dos CSP e do hospital, internistas, médicos de Medicina Geral e Familiar e técnicos de Serviço Social, existindo, para já, quatro equipas de gestão de caso, uma hospitalar e as restantes nos CSP.

Como explica, “o objetivo é a integração de cuidados, de forma a manter o doente o mais estabilizado possível no seu domicílio, dando uma resposta efetiva e eficiente às suas reais necessidades e expectativas, e não com base em intervenções pontuais”.

Neste acompanhamento, o enfermeiro destaca ainda a vertente comunitária: “São pessoas com uma condição clínica que tende a piorar, sendo um grupo vulnerável e de risco, por isso, é importante ter um suporte social comunitário adequado. Em Odemira, por exemplo, contamos com o programa “Viver Ativo”, para promover o envelhecimento saudável; com o Cartão Abem – Rede Solidária de Medicamento; e com o “Cui (dar) + - Gabinete do Cuidador”, que dá apoio psicológico aos familiares.”

Os pacientes selecionados têm de ser adultos, com 4 ou mais episódios no Serviço de Urgência da ULSLA ou 2 ou mais internamentos no ano prévio, 2 ou mais comorbilidades e 6 ou mais medicamentos.

Ficam excluídas pessoas em fim de vida, quem necessite de Cuidados Paliativos, quem tem apoio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, residentes em instituições particulares/ERPI e quem não aceite este tipo de assistência.

Quanto às comorbilidades, as mais comuns são a insuficiência cardíaca, a doença renal crónica, a doença

pulmonar obstrutiva crónica, a hipertensão e a diabetes.



Vítor Gomes, Hugo Felgueiras Mendonça e Susana Matos (enfermeiros gestores de caso) com o utente Manuel Gervásio, "que também faz parte da equipa"

Enfermeiro com papel de pivô numa equipa multidisciplinar

Mas o que faz um enfermeiro gestor de caso? Hugo Felgueiras Mendonça explica: "É o pivô da coordenação dos cuidados identificados no Plano Integrado de Cuidados (PIC), ajudando o doente e a família a navegarem no sistema."

Contudo, como faz questão de salientar, "o enfermeiro trabalha sempre numa equipa integrada, multidisciplinar, constituída por enfermeiros dos CSP e do hospital, internistas, médicos de família e técnicos de Serviço Social, e as decisões são sempre tomadas em conjunto".

Na prática, cabe ao gestor coordenar os vários recursos, mas dando especial enfoque à capacitação dos doentes e dos seus familiares: "Os estudos indicam que, no internamento ou na consulta, as pessoas apreendem pouca informação, daí que a aposta na literacia em saúde aconteça no domicílio, de forma mais personalizada. Cada um deve conseguir gerir as suas patologias, sabendo quais são os sinais de alerta e quando deve contactar o gestor de caso."

"Os utentes/familiares são estimulados e capacitados a aderir a um plano de ação personalizado para cada um, na base de uma participação ativa e dinâmica, baseado na comunidade e verdadeiramente adaptado às suas necessidades e problemas e não exclusivamente às suas doenças. São eles que estão no centro dos cuidados de saúde e sociais."

Nas visitas domiciliárias, os profissionais de saúde contam também com a ajuda das novas tecnologias. "Temos 13 doentes a serem telemonitorizados – 5 em Odemira, 5 em Santiago do Cacém e 3 em Sines –, o que nos permite uma vigilância contínua e saber se fazem a sua própria autovigilância."



Através de alertas de cores, temos a perceção se é preciso marcar uma visita domiciliária, pedir uma consulta ou ter outro tipo de intervenção”, indica. Os profissionais têm um telemóvel de serviço, um computador portátil com uma VPN, para acederem, no domicílio, ao registo clínico eletrónico, permitindo uma visão integrada e facilitando os registos in loco.

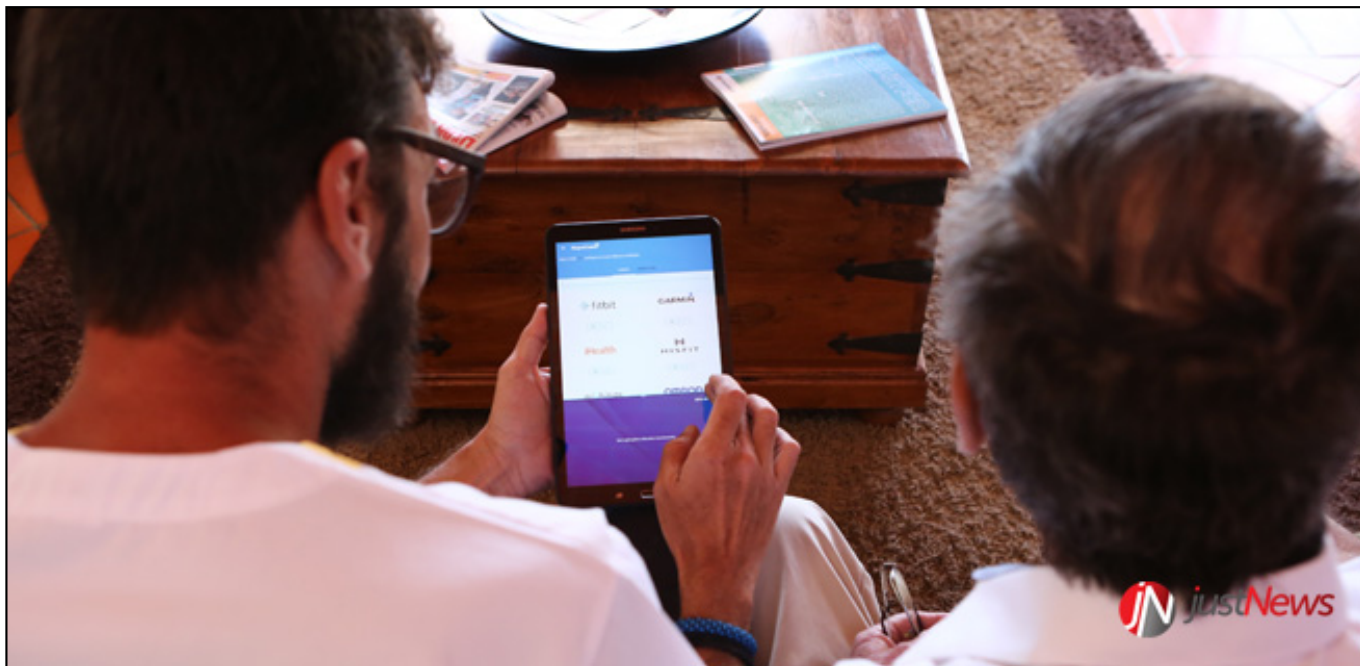
“Estas ferramentas são essenciais e otimizam a vigilância e a monitorização dos doentes.” Espera-se ainda avançar com a teleconsulta e com a teleconferência para que possam realizar as reuniões à distância.

A médio prazo, pretende-se alargar o projeto aos concelhos de Alcácer do Sal e de Grândola, promovendo a capacitação dos diferentes profissionais. “A articulação exige novas metodologias de trabalho, porque assenta num pacote de cuidados, o que não é prática habitual”, sublinha Hugo Felgueiras Mendonça.

Menos 55% de internamentos e uma poupança de cerca de 170 mil euros

O sucesso do projeto tem sido evidente, não apenas pela satisfação dos utentes e familiares mas também pelos resultados obtidos, como se verificou num estudo que avaliou 58 dos 85 utentes, entre 1 de janeiro de 2017 e 12 de dezembro de 2018, que recebiam este tipo de intervenção há mais de 6 meses.

“No Serviço de Medicina da ULSLA, o tempo médio de internamento passou de 10,1 para 8,5 dias, porque os doentes não estão tão descompensados quando necessitam de voltar ao hospital. Diminuiu também o número de internamentos em 55%”, aponta Hugo Felgueiras Mendonça.



O responsável acrescenta ainda uma redução de 61% nas idas ao Serviço de Urgência do Hospital do Litoral Alentejano e de 66% do Serviço de Urgência Básica de Odemira, assim como menos 55% de consultas de MGF. Adicionalmente, com a implementação do Programa, a ULSLA conseguiu uma poupança anual de 2558 euros por doente, correspondente a um total de aproximadamente 170 mil euros.

“Os benefícios são por demais evidentes, permitindo altas precoces, menos tempo de espera, menos descompensações e reinternamentos, além de se melhorar a qualidade de vida do doente e mesmo da sua família, que sabe que estamos a apoiá-los, inclusive, por contacto telefónico direto quando é necessário”, salienta.

Vantagens que já foram reconhecidas interpares: “Vencemos o Prémio de Boas Práticas 2018 da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, na categoria ‘Ganhos centrados no utente’, e o Prémio Saúde Sustentável, da Sanofi e do Jornal Económico, além de termos estado com um poster na 19th International Conference on Integrated Care - 2019 e de irmos participar no Congresso Português de Cardiologia 2020.”

Questionado sobre o que mais contribuiu para colocar o projeto em marcha, é perentório: “A coordenadora do projeto é a Dr.^a Adelaide Belo, uma pessoa que sempre acreditou e motivou para esta mudança, o Conselho de Administração da ULSLA, que o apoia a 100%, e a motivação e dedicação de todos os elementos do projeto são o grande segredo.”

“É um descanso saber que, se tiver um problema, mais facilmente me ajudam”

Um dos pontos assentes do projeto é a participação do doente como membro da equipa. E é precisamente isso o que sente Manuel Gervásio, 73 anos. A viver em Vale de Santiago, uma aldeia do concelho de Odemira, começou a ter acompanhado pelos enfermeiros e médicos há cerca de 2 anos. “Tenho problemas respiratórios e na altura fui internado. A médica indicou-me que podia ter ajuda em casa e aceitei”, conta.



Manuel Gervásio

A agudização dos sintomas obrigou ao seu internamento por quatro vezes, mas tudo mudou com o projeto da ULSLA. “Estou estabilizado e nunca mais precisei de ficar no hospital, principalmente no inverno, quando tinha mais crises. Uso um tablet para registar alguns valores, como o oxigénio e a pressão arterial, e se surgir algum que não esteja bem eles contactam-me logo”, afirma.

Para si, que vive sozinho, este apoio faz ainda mais sentido. “É um descanso saber que se tiver um problema mais facilmente me ajudam. Sinto-me mais seguro. A equipa é muito boa e tenho muita confiança neles”, diz. Ao longo deste tempo, apesar de não precisar de tantos cuidados, continua a estar em contacto com a equipa. “Até vou ter com eles ao centro de saúde, em Odemira, porque há sempre qualquer coisa a corrigir, mesmo quando os valores estão bons. Já temos uma relação de amizade”, confessa.

O despertar para a articulação de cuidados...

Hugo Felgueiras Mendonça foi nomeado em 2016 pelo Conselho de Administração da ULSLA para a Equipa do Projeto de Gestão de Caso – Doentes crónicos complexos com multimorbilidade. Foi responsável pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odemira (ECCI) até janeiro de 2018 e integrou ainda a Equipa de Intervenção Precoce de Odemira e o Programa de Saúde Escolar.

Anteriormente, passou pelos serviços de Cardiologia, de Hemodinâmica e de Nefrologia do Hospital Curry Cabral, pelo Hospital de Santa Cruz, pelo Hospital Militar Principal, pelo Instituto do Coração e pelo Centro de Saúde de Almada.

Interessado pelos cuidados domiciliários, a sua atenção para a necessidade de integração surgiu, sobretudo, quando rumou de Lisboa ao Alentejo. “Percebi que alguma coisa tinha de ser feita, sobretudo no domicílio”, afirma. Atualmente, é também membro da Portuguese Association for Integrated Care e um acérrimo defensor da existência da metodologia de Gestão de Caso.



“Já acontece noutros países há mais de 20 anos, como em Espanha, Canadá, EUA e Reino Unido. É preciso mudar o paradigma e aproximar os cuidados, olhando para as necessidades reais dos doentes e dos seus cuidadores”, defende.

E esclarece que a opção por colocar um enfermeiro à frente do projeto teve muito que ver com a realidade local:

“Nós é que estamos no terreno em contacto com os doentes e familiares nos domicílios, na comunidade, daí que, desde o início, toda a equipa tenha decidido que seria um enfermeiro a ser o gestor. Contudo, noutras áreas de intervenção poderia ser outro profissional (psicólogo, técnico de serviço social, médico, fisioterapeuta...), o importante é adequar as metodologias e a organização dos serviços, de forma a responder às necessidades reais dos utentes.”