

Trabalho de projeto

Otimização da transição hospital / domicílio

**Projeto de implementação de um programa de acompanhamento
de doentes crónicos complexos no serviço de medicina**

Ana Alexandra Teixeira Santos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica

Trabalho de Projeto – Módulo II

**OTIMIZAÇÃO DA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS
HOSPITAL/DOMICÍLIO – PROJETO DE
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
ACOMPANHAMENTO DE DOENTES CRÓNICOS
COMPLEXOS NO SERVIÇO DE MEDICINA**

OPTIMIZING THE TRANSITION FROM HOSPITAL TO
HOME – PROJECT TO IMPLEMENT A PROGRAM TO
MONITOR COMPLEX CHRONIC PATIENTS IN A
MEDICAL SERVICE

Trabalho de projeto orientado pelo Professor
Doutor Paulo Parente

Ana Alexandra Teixeira Santos

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório, elaborado no contexto do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na pessoa em Situação Crónica, dá conta do caminho percorrido para a elaboração de um projeto que visa a implementação de um programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos, no serviço de medicina.

Este trabalho resulta da reflexão da realidade atual nos serviços de internamento de medicina, em que se verifica um progressivo envelhecimento dos doentes internados, associado à multimorbilidade e à polimedicação, o que se traduz em cuidados mais complexos. Acontece que os cuidados de saúde ainda estão organizados num modelo orientado à doença aguda, com respostas episódicas e reativas, focado em formas de tratamento que não são adequadas às necessidades dos doentes crónicos. Estes doentes crónicos requerem uma monitorização e uma intervenção multidisciplinar, mais focadas nas suas necessidades complexas enquanto pessoas, do que nas próprias doenças crónicas.

Atendendo a esta necessidade, foi elaborado um programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos (PADcc), cujo intuito é promover a capacitação do doente, e/ou cuidador, na gestão da doença e do regime terapêutico, que contribua para uma utilização mais eficiente dos recursos em saúde. Para tal, o programa criado baseou-se no modelo de cuidados da gestão de caso, passando a sua concretização pela criação da figura de enfermeiro gestor de caso no serviço de medicina. Assim, adotando um programa com percursos definidos é apresentado e sistematizado um acompanhamento do doente e cuidador, desde o internamento até ao domicílio.

Para implementar este programa de acompanhamento em proximidade ao doente crónico complexo (PADcc), no serviço de medicina, é apresentado o processo de conceção do projeto, com o diagnóstico da situação, a apresentação do planeamento, com a definição da finalidade e objetivos e o desenvolvimento das atividades que permitem a concretização desses mesmos objetivos. Face a limitações temporais decorrentes do contexto académico em que este projeto foi elaborado, não foi possível avançar para a fase de execução.

Palavras-chave: doente crónico complexo, enfermeiro gestor de caso, programa de acompanhamento hospital / domicílio

SUMMARY

This report, written in the context of the master's degree course in Medical-Surgical Nursing for the chronically ill, describes the path taken to develop a project aimed at implementing a program to monitor complex chronically ill patients in the medical service.

This work is the result of reflecting on the current reality in medical inpatient services, where there is a progressive ageing of inpatients, associated with multimorbidity and poly medication, which translates into more complex care. The fact is that healthcare is still organized around an acute disease model, with episodic and reactive responses, focused on forms of treatment that are not suited to the needs of chronic patients. These chronic patients require multidisciplinary monitoring and intervention, more focused on their complex needs as people than on the chronic diseases themselves.

In view of this need, a program for monitoring complex chronic patients (PADcc) was designed, the aim of which is to promote the empowerment of the patient and/or caregiver in the management of the disease and the therapeutic regime, and to contribute to a more efficient use of health resources. To this end, the program was based on the case management model of care, and its implementation included the creation of a nurse case manager in the medical service. Thus, by adopting a program with defined pathways, monitoring of the patient and caregiver is presented and systematized, from hospitalization to home.

In order to implement this program of close monitoring of the complex chronic patient (PADcc) in the medical service, the project design process is presented, with a diagnosis of the situation, the presentation of the planning, with the definition of the purpose and objectives and the development of the activities that enable these objectives to be achieved. Due to time constraints arising from the academic context in which this project was drawn up, it was not possible to move on to the implementation phase.

Keywords: complex chronic patient, nurse case manager, hospital/home monitoring program

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS – Agrupamento de Centro de Saúde

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CPP – Contexto da Prática Clínica

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCC – Doente Crónico Complexo

DCV – Doença cerebrovascular

DHC – Doença Hepática Crónica

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC – Doença Renal Crónica

ECI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERPI's – Estruturas Residenciais para Idosos

ESDCC – Equipa de Suporte de Doentes Crónicos Complexos

EU – SILC – Estatísticas Europeias sobre o rendimento e as condições de vida

GC – Gestão de caso

IC – Insuficiência Cardíaca

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCC – Modelo de Cuidados Crónicos

OCDE – Organização para a cooperação e desenvolvimento económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PADcc – Programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UF1 – Unidade Funcional 1

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

ULSTS – Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Modelo do Cuidado Crônico | 20 |
| Figura 2 – Pirâmide de Kaiser Permanente | 22 |
| Figura 3 – Fluxograma do processo de implementação do programa..... | 37 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Índice de Envelhecimento | 46 |
| Tabela 2 – Análise SWOT ao projeto de implementação do PADcc no serviço de medicina | 50 |
| Tabela 3 – Recursos do projeto..... | 58 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 9 |
| 1.1. ENVELHECIMENTO, UMA REALIDADE CADA VEZ COM MAIS DOENÇAS...CRÓNICAS E COMPLEXAS | 9 |
| 1.2. DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS: NECESSIDADES E DESAFIOS AO SNS | 12 |
| 1.3. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO..... | 15 |
| 1.4. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO..... | 17 |
| 2. CUIDADO AO DOENTE CRÓNICO..... | 19 |
| 2.1. MODELOS INTEGRADOS DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS | 19 |
| 2.2. GESTÃO DE CASO NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÓNICO COMPLEXO | 23 |
| 2.3. A TRANSIÇÃO HOSPITAL – DOMICÍLIO | 25 |
| 2.4. EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS COM DOENTES CRÓNICOS | 27 |
| 3. PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS (PADCC) NO SERVIÇO DE MEDICINA..... | 31 |
| 3.1. MOTIVAÇÕES E PRINCÍPIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PADCC..... | 31 |
| 3.2. ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO PADCC | 32 |
| 3.3. DESENVOLVIMENTO DE UMA EXPERIÊNCIA PILOTO DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA..... | 41 |
| 4. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PADCC NO SERVIÇO DE MEDICINA | 44 |
| 4.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO | 45 |
| 4.1.1. <i>Viabilidade do projeto</i> | 50 |
| 4.2. PLANEAMENTO..... | 52 |
| 4.2.1. <i>Finalidade</i> | 52 |
| 4.2.2. <i>Objetivos e atividades</i> | 52 |
| 4.2.3. <i>Local de concretização</i> | 57 |
| 4.2.4. <i>Duração e prazos</i> | 57 |
| 4.2.5. <i>Beneficiários</i> | 58 |
| 4.2.6. <i>Recursos e intervenientes</i> | 58 |
| 4.2.7. <i>Avaliação e monitorização</i> | 60 |
| 4.2.8. <i>Programação das atividades</i> | 61 |
| 4.3. APROVAÇÃO E DIVULGAÇÃO | 64 |
| 5. REFLEXÃO FINAL..... | 66 |

| | |
|---|-----------|
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 68 |
|---|-----------|

| | |
|---------------------|-----------|
| ANEXOS | 75 |
|---------------------|-----------|

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

ANEXO III – DIAGRAMA DE GANTT

1. INTRODUÇÃO

O progressivo envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas e de multimorbilidades, mais do que evidências profusamente anunciadas, constituem um problema a que a sociedade não se pode furtar, sob pena de pôr em causa a qualidade de vida (presente e futura) de muitos cidadãos (doentes crónicos) e de hipotecar a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

A multimorbilidade emerge como uma característica (indesejável, mas cada vez mais, inevitável) do envelhecimento. Na realidade, o número de doentes crónicos com várias e complexas necessidades está em crescimento e necessita de uma efetiva resposta do SNS. Ainda assim, os doentes crónicos não são, nem podem ser, uma mera entidade estatística ou uma variável económica. Cada doente crónico representa uma realidade única que exige uma resposta individual às diferentes necessidades saúde associadas a problemas como a adesão ou a gestão do regime terapêutico (estes doentes estão frequentemente polimedicados) ou mesmo o acesso aos fármacos e terapêuticas de que carecem. Estas necessidades não satisfeitas, comumente associadas a problemas de natureza social (como a pobreza, a baixa escolaridade ou a escassa literacia em saúde) determinam importantes quadros de fragilidade. Neste contexto, os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, têm de, mais do que dizer presente, assumir as responsabilidades inerentes ao seu mandato social e, de forma pró-ativa, apresentarem propostas para soluções que eles mesmo possam protagonizar.

1.1. Envelhecimento, uma realidade cada vez com mais doenças...crónicas e complexas

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial em rápido crescimento, quer pelo aumento da população idosa, como pelo aumento da longevidade, decorrente do acréscimo da esperança média de vida.

Em Portugal, o processo de envelhecimento populacional continua a acentuar-se (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022). À medida que a esperança média de vida aumenta, a população idosa (pessoas com 65 anos ou mais) tem aumentado, comparativamente ao número de jovens (indivíduos com menos de 15 anos), o que conduz ao aumento do índice de envelhecimento (182,7) (Pordata, 2022). Em 2011, apenas 19% da população tinha 65 anos ou

mais. Em 2021, esta percentagem aumentou para 23,4%, enquanto a de jovens era apenas de 12,9% (INE, 2022).

Deste envelhecimento populacional emerge um novo desafio civilizacional: até que ponto será possível associar a uma maior esperança de vida, uma melhor qualidade de vida? Sendo a longevidade um dado adquirido, a preocupação atual é fazer com que o «envelhecer» seja um processo natural, percebido como positivo: mais anos de vida e de vida plena. Nesse sentido, emerge o conceito de envelhecimento ativo e saudável como a possibilidade de viver os anos da velhice com autonomia, livre de doenças e incapacidades e, fundamentalmente, com menos vulnerabilidade a situações que possam fragilizar a saúde da pessoa.

O aumento da esperança de vida só constitui um progresso real da sociedade se não for acompanhada por uma diminuição da qualidade de vida das pessoas. Assim, surge o conceito de “esperança de vida sem incapacidade”, sintetizado na famosa frase da Organização Mundial de Saúde “dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida” (Pinto, 2016).

O envelhecimento, *per si*, não é um problema de saúde, embora seja inegável que o envelhecimento da população traga diferentes exigências ao sistema de saúde e o coloque sob grande pressão, nomeadamente pelo papel que lhe cabe na gestão da doença crónica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença crónica define-se como uma doença de longa duração, geralmente com progressão lenta, incurável, mas controlável, que inclui um conjunto variável de patologias como, por exemplo, a doença cardiovascular, a diabetes, a asma, a doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC), a doença oncológica, o VIH/SIDA, as patologias do foro mental e psiquiátrico, as doenças osteoarticulares e as doenças musculares (World Health Organization [WHO], 2010).

A doença crónica afeta pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, independentemente do género e do estrato socioeconómico. Atendendo a que raramente surge de forma isolada, aumenta o seu grau de complexidade em termos de controlo e tratamento, sendo os custos que lhe estão associados elevados e relacionados, não só ao tratamento, consultas, episódios de internamento e reinternamento, mas também aos níveis de incapacidade e de absentismo das populações (International Council of Nurses [ICN], 2009; Saraiva, 2011).

Em Portugal, segundo o inquérito UE-SILC de 2019, 41 % dos portugueses, com idade igual ou superior a 16 anos, referem sofrer de, pelo menos, uma doença crónica — uma proporção superior à da União Europeia (36 %) — verificando-se uma disparidade na prevalência por escalão

de rendimentos: “48% dos adultos portugueses no escalão de rendimentos mais baixo comunicaram sofrer de pelo menos uma doença crónica, em comparação com 35% no escalão mais alto” (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021, p.5).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2020, esta condição afeta em particular a população com 65 ou mais anos (71,4%, em comparação com a população com menos de 65 anos, que é de 34,1%) (INE, 2022).

Percebe-se, portanto, que a doença crónica seja, atualmente, responsável por elevadas taxas de morbidade, mortalidade, incapacidade funcional e sobrecarga dos sistemas de saúde, em termos mundiais.

A multimorbidade, definida habitualmente na literatura médica pela presença de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo (Mercer et al., 2014), é um problema relevante de saúde pública que importa considerar (Vogeli et al., 2017).

Em Portugal, de acordo com dados divulgados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em 2019, 38,9% dos portugueses sofriam de duas ou mais doenças crónicas, sendo estes doentes consumidores de grande número de consultas e de internamentos.

Num estudo sobre a multimorbidade em Portugal, desenvolvido por Quinaz Romana et al. (2019), verificou-se que a incidência de doenças crónicas, entre os 25 e os 74 anos, é de 38,3%, passando para 78,3%, nas pessoas com 70 ou mais anos.

Numa análise de 126 estudos, que incluíram quase 15,4 milhões de pessoas de 54 países, dos continentes europeu, americano e asiático, a prevalência global de multimorbidade entre adultos em ambientes comunitários, era de 37,2%. O estudo destaca que a multimorbidade é mais prevalente em mulheres (39,4%) do que em homens (32,8%). Mais da metade da população adulta mundial com mais de 60 anos de idade apresentava condições de multimorbidade (Chowdhury et al., 2023).

Com o aumento progressivo do número de doentes que apresentam várias doenças crónicas, emerge o subgrupo dos doentes crónicos complexos (DCC). Segundo Manning e Gagnon (2017), este conceito de DCC ainda não está claramente definido. Em todo o caso, para além das doenças, considera aspetos definidores de complexidade como a idade, a fragilidade e outros atributos individuais relacionados ou não à saúde. Os doentes crónicos complexos caracterizam-se pela idade avançada, pela multimorbidade, pela polimedicação e pelo alto risco de

deterioração funcional e cognitiva. O doente complexo pode assim abarcar um amplo espectro de fatores contextuais, não se limitando apenas ao âmbito da saúde. Num estudo desenvolvido por Mount et al. (2015) com o intuito de compreender os doentes com necessidades complexas de cuidados, estes autores concluíram que esta complexidade vai além da identificação de múltiplos diagnósticos médicos, sendo fundamental identificar os fatores que contribuem para essa complexidade, de modo a adequar a prestação de cuidados.

1.2. Doentes Crónicos Complexos: necessidades e desafios ao SNS

As implicações para os doentes da cronicidade e da multimorbilidade incluem a deterioração da qualidade de vida, a incapacidade de trabalhar, a dificuldade em controlar os sintomas e um alto custo para os cuidadores (Hajat & Stein, 2018). Estas são algumas das razões por que se exige uma abordagem global e holística, que não se restrinja à doença, mas inclua uma análise mais aprofundada da pessoa e do seu contexto.

Esta necessidade de o doente complexo ser visto no seu todo exige, por parte dos profissionais de saúde, uma atuação diferenciada, com um olhar que vá além das múltiplas doenças, percecionando a condição geral da pessoa. Nesta perspetiva, o enfermeiro, em virtude do conteúdo funcional da profissão, é sem dúvida um dos profissionais de saúde mais preparado ao nível desta relação interpessoal. Acresce que é o profissional de saúde que mais tempo despende no contacto com a pessoa e a respetiva família.

Em particular face ao doente crónico complexo, o enfermeiro está numa posição privilegiada para coordenar os cuidados que o DCC necessita, bem como para capacitar o doente e o respetivo cuidador.

O cuidado a pessoas com doenças crónicas que agregam comorbidades, polimedicação ou outras condições de complexidade, exigem um profissional com competências específicas que assegure igualmente a atuação integrada de serviços e de profissionais.

O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, realizado em Portugal, revelou que os doentes com multimorbilidade têm uma probabilidade de usar os serviços de saúde que é 2,4 vezes superior à dos indivíduos sem doença crónica. Entre outros resultados, este inquérito permitiu reconhecer a existência de uma associação entre doentes com multimorbilidade e diferentes variáveis. As mulheres têm uma probabilidade de utilização das consultas de medicina geral e familiar e das consultas hospitalares que é, respetivamente, 3,7 e 2,9 vezes superior à dos

homens. Por outro lado, os indivíduos mais velhos têm uma probabilidade de recorrer a consultas hospitalares e de serem internados que é, respetivamente, 2,7 e 1,3 vezes superior à dos indivíduos mais novos (Santos et al., 2016).

Autores como Hajat e Stein (2018) salientam que os doentes crónicos complexos, apesar de constituírem um pequeno grupo, consomem desproporcionalmente os recursos de saúde, já que apresentam múltiplos episódios de urgência e de internamento e são grandes consumidores de medicamentos (também por força de estarem polimedicados). Na verdade, os gastos com saúde aumentam em muito, às vezes exponencialmente, com cada condição crónica adicional, dado o maior recurso aos cuidados de saúde com recorrência aos serviços de urgência e internamento hospitalares. Alinhados com aqueles autores, Keel et al. (2020) referem que os doentes com múltiplas doenças crónicas são os maiores consumidores dos recursos hospitalares e, por isso, aumentam de forma significativa os custos em saúde e influenciam outros setores económicos da sociedade.

Neste quadro, muitas são as vozes que questionam se o atual modelo de cuidados consegue atender, de forma efetiva e sustentável, as necessidades em cuidados de saúde das pessoas com doenças crónicas.

Segundo Correia (2021), os cuidados de saúde estão organizados no modelo de resposta à doença aguda, de forma episódica, reativa, focado num tratamento que já não está adequado às necessidades dos doentes crónicos, pelo que é urgente uma mudança de paradigma.

A necessidade de cuidados de saúde da população tem evoluído ao longo dos anos. No entanto, os sistemas de saúde nem sempre acompanham esta evolução. Atualmente, apesar do crescente número de pessoas com doenças crónicas, o modelo de prestação de cuidados continua centrado na doença aguda (Robert Wood Johnson Foundation, 2010).

Segundo Anderson e Hopkins (2011), o grande desafio das próximas décadas será a prestação de cuidados à pessoa idosa com múltiplas morbilidades. As necessidades das pessoas idosas são mais amplas e incluem um apoio médico, psicológico, social, espiritual e de enfermagem mais intensivo.

Atualmente, estamos perante um conflito entre uma procura crescente de cuidados de saúde por doentes crónicos, com perfis de doença bastante complexos, que exigem do sistema de saúde um acompanhamento mais sistemático e continuado e, por outro lado, uma oferta de cuidados muito orientada para os cuidados agudos e para contactos episódicos (Kodner, 2009).

Em Portugal, o acompanhamento dos doentes crónicos é efetuado essencialmente pelo Serviço Nacional de Saúde, através dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares. O SNS complementa a sua oferta de cuidados de saúde contratualizando serviços a privados e ao sector social, com quem estabelece convenções e acordos, em áreas em que não tem capacidade de resposta suficiente.

Apesar de o SNS ter sofrido algumas reformas positivas, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários, o sistema continua centrado nos hospitais, num modelo baseado no episódio agudo e em serviços organizados em torno das especialidades médicas (Ovretveit et al., 2010).

Os doentes crónicos em Portugal têm um tratamento casuístico com múltiplos recursos ao serviço de urgência nas descompensações agudas, com grande dificuldade no acesso a uma equipa multidisciplinar, que consiga fazer uma gestão integrada de toda a sua condição (Correia, 2019).

No sentido de criar uma ponte entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares diferenciados de uma determinada área geográfica e colmatar a ausência de comunicação entre estas duas áreas de cuidados de saúde, foram criadas as Unidades Locais de Saúde (ULS).

Segundo, Campos e Simões (2011), o modelo das ULS é um exemplo de integração vertical de cuidados de saúde, tendo subjacente uma lógica de maior responsabilidade pelo estado de saúde de uma determinada população, a quem deveriam ser prestados cuidados integrados de saúde, realçando-se o aspeto da indivisibilidade da saúde através de uma gestão conjunta dos cuidados primários e hospitalares.

As ULS são estruturas que concentram a organização dos recursos humanos, financeiros e materiais, com o intuito de assegurar o acesso e a circulação das pessoas, em função das necessidades, entre os centros de saúde e os hospitais.

A criação da figura da ULS pretende vincular um ou vários hospitais a um conjunto de centros de saúde na mesma área de influência, numa lógica que assente, em parte, na proximidade geográfica, bem como num equilíbrio entre as especialidades disponíveis e a existência de um serviço de urgência (Barros et al., 2011).

A ULS pretende ser uma aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença. Considerando ser este o modelo mais adequado para dar resposta às necessidades de saúde da população, em janeiro de 2024, foram criadas mais 31 ULS no País.

Face ao envelhecimento progressivo da população e ao aumento das situações de dependência, bem como à necessidade de cuidados em ambulatório no contexto da doença crónica, em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Entre os objetivos da RNCCI está a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada, a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os cuidados continuados integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que a mesma se encontra. Apesar da maior oferta de lugares na RNCCI, em 2022, o número de utentes referenciados continuava a ser superior à disponibilidade de vagas na rede.

Apesar de algumas iniciativas, a prestação de cuidados no SNS é ainda fragmentada e nenhuma das áreas se responsabiliza pela gestão integral do cuidado ao doente crónico, por isso, reitera-se a ideia de que criar valor é pensar em todo o ciclo do doente (Santana & Costa, 2008).

1.3. Justificação do projeto

Contribuir para uma abordagem mais efetiva e eficiente dos doentes crónicos, de forma a dar resposta às reais necessidades e expectativas do doente e do cuidador é um dever e um desafio para os profissionais do Serviço Nacional de Saúde.

Para dar resposta às necessidades dos doentes crónicos, é crucial encontrar formas de melhorar a coordenação entre os cuidados primários, os cuidados hospitalares e a comunidade.

O aprofundamento do conhecimento sobre a doença crónica, dos modelos de cuidados que respondem às necessidades destes doentes aliado à experiência como enfermeira que presta cuidados a doentes crónicos em contexto de internamento, levou a uma reflexão sobre os cuidados prestados a estes doentes e sobre possíveis intervenções dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Nesta reflexão destacou-se, em particular, um grupo de doentes, os doentes crónicos mais idosos com multimorbilidade, os quais continuam a receber cuidados episódicos, reativos e centrados na doença. Considerou-se que é possível mudar o paradigma na prestação de

cuidados e, em estreita relação com o doente crónico, dar resposta às suas reais necessidades. Neste contexto, o modelo de gestão de casos surgiu como uma via adequada para atingir este propósito.

Na gestão de caso, há uma preocupação em avaliar as necessidades da pessoa, assumindo o gestor de caso a responsabilidade da coordenação e monitorização de todos os cuidados de que a pessoa necessita. Este acompanhamento mais intensivo do doente crónico com multimorbilidade pretende minimizar potenciais problemas que possam emergir na passagem do hospital para o domicílio, evitando reinternamentos e o recurso ao serviço de urgência.

Este cuidado na transição é importante para todos os doentes, mas assume maior relevância quando se trata de doentes especialmente vulneráveis à descontinuidade dos cuidados.

Assumindo este desafio, e aproveitando a oportunidade proporcionada pela frequência do primeiro mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, a funcionar na Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolveu-se, para a obtenção do grau de mestre, um trabalho de projeto.

A opção por um trabalho de projeto, em detrimento por exemplo de uma dissertação, prendeu-se com o interesse pessoal em aplicar, no contexto da prática clínica, os conhecimentos e as competências adquiridas ao longo do curso, potenciando os saberes que advinham da minha anterior experiência clínica e de contribuir, ainda que modestamente, para a inovação e a mudança na prestação de cuidados de enfermagem aos doentes crónicos complexos.

Este projeto visa a implementação de um programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos num serviço de medicina, que pretende potenciar a qualidade dos cuidados prestados e dar uma resposta efetiva às necessidades concretas do doente e do familiar cuidador. Esta qualidade passa pelo expectável aumento da eficiência dos cuidados de saúde, através do envolvimento e do empoderamento do doente, possibilitando, desta forma, uma economia de custos resultante das hospitalizações evitadas.

Simultaneamente, este projeto procura evidenciar o papel do enfermeiro que, neste quadro, se assume como gestor de caso, na prestação de cuidados, e como pivô dos cuidados, no seio da equipa multidisciplinar de saúde.

Este projeto foi concebido para ser implementado num contexto clínico específico: o serviço de medicina, da unidade hospitalar Padre Américo, do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Importa recordar que no decorrer da preparação do projeto ocorreu uma reestruturação importante do Sistema Nacional de Saúde, que levou à integração desta unidade hospitalar numa Unidade Local de Saúde. Assim, com a publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (composto por duas unidades hospitalares: o Hospital Padre Américo, em Penafiel, e o Hospital de São Gonçalo, em Amarante) e o ACeS do Tâmega I – Baixo Tâmega (com exceção do Centro de Saúde de Celorico de Basto), o ACeS do Tâmega II – Vale do Sousa Sul e o ACeS do Tâmega III – Vale do Sousa Norte, foram integrados na nova Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa (ULSTS). A ULSTS, que entrou em funcionamento em janeiro de 2024, tem como objetivos, entre outros, a otimização da gestão e da prestação de cuidados de saúde à população, o que enquadra e dá sentido, ainda que de forma genérica, ao projeto que desenvolvi e que apresento no presente relatório.

1.4. Estrutura e organização do relatório

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos distintos, cada um com vários subcapítulos. O primeiro capítulo refere-se a esta introdução na qual é abordada a estrutura deste relatório, bem como a justificação deste projeto.

No segundo capítulo, é abordado o cuidado ao doente crónico, explorando o papel central que a pessoa com doença crónica vem assumindo em diferentes sistemas de saúde. Num primeiro subcapítulo, são apresentados alguns modelos teóricos, que procuram dar um sentido e uma orientação à abordagem ao doente crónico. No subcapítulo seguinte, explora-se um modelo de prestação de cuidados (a gestão de casos) que vem ganhando crescente aceitação na prestação de cuidados de saúde às pessoas com doença crónica, em particular aos doentes crónicos complexos. Por último, faz-se a apresentação de duas boas práticas desenvolvidas a nível nacional, no âmbito dos doentes crónicos complexos, que tive a oportunidade de conhecer através de entrevistas a alguns dos seus principais responsáveis. O contacto direto com os protagonistas da Equipa de Suporte de Doentes Crónicos Complexos da ULS de Matosinhos e do Programa de Gestão de Caso de Doentes Crónicos com Multimorbilidade da ULS do Litoral Alentejano foi crucial para compreender que a abordagem dos doentes crónicos complexos deve passar por cuidados de proximidade, em integração de cuidados multidisciplinares, adotando um modelo de cuidados que coloque o doente no centro dos cuidados. Neste modelo de cuidados, o enfermeiro assume um papel crucial ao colocar o foco da sua atenção nas reais

necessidades da pessoa, contribuindo, assim, para uma transição saudável da pessoa com doença crónica complexa.

No terceiro capítulo, apresenta-se o programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos (PADcc), concebido por mim para implementação num serviço de medicina. Em diferentes subcapítulos, apresentam-se as motivações para o seu desenvolvimento, expõem-se os fundamentos do programa e detalha-se a estrutura, a organização do mesmo. Num subcapítulo próprio, divulgam-se os resultados de uma experiência piloto no acompanhamento dos doentes crónicos complexos no serviço de medicina, que realizei com o intuito de validar alguns conceitos a utilizar no PADcc e identificar algumas lacunas na respetiva estrutura e organização.

O quarto capítulo inclui, grosso modo, o diagnóstico da situação vivida no serviço de medicina e o planeamento, propriamente dito, do projeto para a implementação do PADcc no mesmo serviço, que me proponho vir a concretizar, num futuro que, admito, possa não ser distante. No diagnóstico de situação, faz-se uma análise cuidada às principais variáveis que podem interferir na execução do projeto (potenciando ou condicionando o seu sucesso), terminando com uma análise SWOT. No planeamento, entre outros aspetos, definem-se os objetivos, fixam-se os prazos, estabelecem-se as atividades (quer na relação com os objetivos, quer na sua distribuição pelo período de duração do projeto), elencam-se os recursos necessários e apresenta-se a forma e os meios para a monitorização e a avaliação da execução do projeto. Quanto à efetiva concretização do projeto, esta naturalmente dependerá da eventual aprovação pelos competentes órgãos de administração da ULSTS.

O último, e quinto capítulo, refere-se à reflexão final, em que se apresenta uma síntese do percurso efetuado, destacando os aspetos mais relevantes que resultaram da elaboração deste relatório.

2. CUIDADO AO DOENTE CRÓNICO

Já em 2008, a OCDE, na publicação dos dados de saúde, reconhecia que os doentes crónicos frequentemente têm múltiplos contactos com o sistema de saúde, recorrendo a diferentes prestadores nos vários níveis de cuidados, sem que, na realidade, nenhum acompanhe transversalmente a evolução da condição do doente (OECD, 2008). A transição entre os diferentes níveis de cuidados é, ainda, uma barreira importante e significativa com que os doentes crónicos se deparam constantemente.

Como referem Coleman et al. (2003), apesar das transições entre os diferentes ambientes de saúde serem comuns, continua a ser um desafio melhorar as transições de cuidados, as quais têm recebido pouca atenção por parte dos decisores políticos, das instituições e dos profissionais de saúde.

Neste capítulo, serão abordados alguns modelos de cuidados que atendem às necessidades dos doentes crónicos, com particular atenção à gestão de caso como abordagem ao doente crónico complexo. Terminando com a apresentação de dois exemplos de boas práticas no cuidado aos doentes crónicos complexos no panorama nacional. Assim, para melhor compreender estas práticas, os seus objetivos, os resultados obtidos, os obstáculos sentidos, bem como os recursos necessários, foram realizadas entrevistas aos enfermeiros envolvidos em programas de integração de cuidados direcionados a doentes crónicos complexos.

2.1. Modelos integrados da prestação de cuidados

O crescente envelhecimento da população, com o aumento das necessidades e do custo dos cuidados de saúde associados, exige uma adequação dos sistemas e dos recursos de saúde. Surge, assim, a obrigação de implantar novos modelos de cuidados que possam atender a essas necessidades de maneira sustentável (Campos & Simões, 2011) e que façam um melhor enquadramento do tratamento, do acompanhamento das doenças crónicas e da crescente multimorbilidade (Ferrinho et al., 2013).

Segundo Kodner e Spreeuwenberg (2002), a sustentabilidade dos sistemas de saúde passa pela integração de cuidados. É uma estratégia multinível, multimodal, orientada para a prestação e o acesso aos cuidados, projetada para atender a necessidades de saúde complexas, alcançando uma melhor coordenação de serviços em todo o continuum de cuidados. Não é um fim em si

mesmo, é um meio de otimizar o desempenho do sistema e obter resultados de qualidade para o cidadão.

De forma a otimizar a resposta dada aos doentes crónicos com multimorbilidade, têm sido desenvolvidos, ao longo dos tempos, alguns modelos teóricos de intervenção em doentes crónicos. Os principais modelos de referência são o Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), o Modelo Inovador de Cuidados para as Condições Crónicas (ICCC) e a Pirâmide de Kaiser Permanente.

O modelo teórico mais conhecido é o Modelo de Cuidados Crónicos (MCC). Foi desenvolvido em 1998 por um grupo de investigadores do MacColl Institute for Healthcare Innovation nos Estados Unidos da América, após reconhecerem falhas no sistema de saúde ao suprir as necessidades das pessoas com doenças crónicas (Figura 1). Como resultado de uma extensa revisão sistemática da literatura, o MCC apresenta-se como uma reconfiguração dos cuidados de saúde, capaz de dar uma resposta adequada às necessidades de cuidados e às preocupações das pessoas com doença crónica, com um impacto positivo nos gastos económicos em saúde (WHO, 2016).

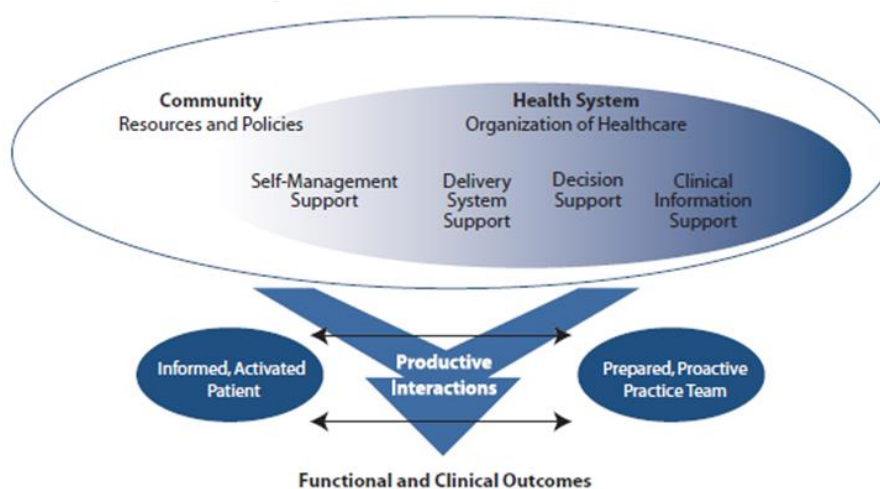


Figura 1 – Modelo do Cuidado Crónico (Wagner et al., 1999) adaptado por Barr et al., 2003)

O MCC é composto por seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de saúde e a comunidade. No sistema de saúde, as mudanças devem ser feitas ao nível da organização dos cuidados de saúde, nomeadamente, no desenho do sistema de prestação de cuidados, no apoio às decisões, nos sistemas de informação em saúde e no apoio ao autocuidado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação das políticas de

saúde com os recursos da comunidade, de modo a atender às necessidades dos doentes, estabelecendo parcerias com organizações comunitárias e incentivando os doentes a participarem em programas comunitários (Barr et al., 2003; Furtado & Nóbrega, 2013; WHO, 2016). Estes seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas informadas e ativas e equipas de saúde preparadas e pró-ativas para produzir melhores resultados, que se traduzam em ganhos em saúde para a população (Furtado & Nóbrega, 2013).

A implementação do modelo MCC tem conduzido a melhorias de processo e a alguns ganhos em saúde, bem como a mais satisfação das pessoas e à redução de custos (Kodner, 2009).

No quadro da evolução e da adaptação deste modelo, destaca-se o modelo proposto pela OMS denominado Modelo Inovador de Cuidados para as Condições Crónicas.

A OMS identifica, como principais estratégias de combate à doença crónica, a prevenção e a deteção precoce, a reconfiguração das definições e as qualificações dos profissionais de saúde, a inclusão de programas de gestão de doença e a utilização de modelos de cuidados continuados e integrados (WHO, 2010; Bastos, 2013).

Neste contexto, o Modelo Inovador de Cuidados para as Condições Crónicas valoriza o papel dos clientes e das suas famílias e reconhece que eles podem gerir de forma mais eficaz as condições crónicas com o apoio das equipas de saúde e das suas comunidades (WHO, 2002; ICN, 2010; WHO, 2016).

Além dos modelos de sistema, como o MCC e o ICC, um outro modelo, cujo foco é a população, destaca-se: a “Pirâmide de Kaiser”. Este modelo identifica três níveis de intervenção de acordo com o grau de complexidade do doente crónico. O Modelo de Kaiser – também conhecido por Programa de Cuidados Médicos Permanentes de Kaiser – é um serviço de cuidados de saúde, com grande adesão nos EUA (cerca de oito milhões de participantes). Este modelo estratifica os clientes de acordo com o nível de cronicidade. Assim, na base da pirâmide estão os doentes crónicos nos estádios iniciais da doença (80%), os quais beneficiam de orientação para a autogestão da doença crónica. Na faixa seguinte da pirâmide, estão os doentes crónicos de alto risco (15%), por isso, habitualmente incluídos em programas de gestão da doença (como a insuficiência cardíaca, a diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crónica) e, no topo, os doentes crónicos de alta complexidade (5%) (Figura 2) (Jurado et al., 2021).



Figura 2 – Pirâmide de Kaiser Permanente, distribuição da população em níveis segundo o risco e por necessidade de recursos de saúde (in Jurado et al., 2021, p.131)

A estratificação dos doentes crónicos baseada no risco permite agrupar os doentes com maior risco de agravamento ou de surgimento de um novo problema de saúde e que, no futuro, requerem mais recursos de saúde.

O objetivo deste modelo é individualizar as intervenções em função das necessidades específicas dos grupos, garantindo os cuidados necessários para uma gestão eficiente da condição crónica do doente e assegurando uma distribuição mais equitativa dos recursos (Nuño-Solinís, 2007).

Os doentes do topo da pirâmide, apesar de constituírem uma pequena percentagem da população, apresentam um nível desproporcionalmente elevado de utilização de recursos e de custo na utilização dos cuidados de saúde (Berkman et al., 2021). Esta condição de saúde muito complexa consome uma porção significativa dos recursos em saúde e, por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada, não apenas por razões económicas, mas essencialmente por razões de saúde.

Estes doentes de alto risco são doentes complexos com multimorbidade que necessitam de uma abordagem multidisciplinar, cujo objetivo passa por aumentar a sobrevivência, reduzir exacerbações, diminuir a ocorrência de complicações, atenuar o recurso aos serviços de urgência e diminuir os internamentos hospitalares (Bandeira-de Oliveira, 2023).

Neste modelo, a intervenção (prevenção e a promoção) preconizada para os doentes complexos que se encontram no topo da pirâmide, é a gestão de caso. Esta gestão de caso deve ser

intensiva, individualizada e permanente, tendo em conta a integração de cuidados dos níveis primário e secundário, ou seja, o gestor de caso assume a responsabilidade de coordenar a prestação de cuidados, mobilizando os recursos e monitorizando o cumprimento do plano de cuidados.

2.2. Gestão de caso na abordagem ao doente crónico complexo

A gestão de caso é um modelo de cuidados que nasceu nos Estados Unidos da América, nos anos 70, vocacionada para os cuidados psiquiátricos e comunitários, por forma a coordenar os serviços prestados aos seus clientes e a restringir os custos. Mais tarde, em 1985, este modelo de estendeu-se aos cuidados a pessoas com condições agudas, num esforço de padronizar os cuidados, melhorando a qualidade e os custos (Charchar et al., 2005). Atualmente, é aplicado em vários países da Europa e em diferentes contextos, como unidades de cuidados agudos, de reabilitação, bem como em programas comunitários ou domiciliários (White & Hall, 2006).

Segundo Marshall et al. (2000), a gestão de caso é um “meio de coordenação de serviços” desempenhado por um profissional com competências técnico-científicas e relacionais. Deste, espera-se que avalie as necessidades da pessoa, desenvolva um plano de cuidados, providencie a prestação de cuidados adequados, monitorize a qualidade dos cuidados prestados e mantenha o contacto com a pessoa e a família.

A gestão de caso tem se mostrado um cuidado efetivo e uma estratégia eficiente na gestão de doenças crónicas, por mais de uma década (Joo & Huber, 2018). Várias revisões sistemáticas da literatura reconheceram que a gestão de caso é eficaz na utilização racional dos serviços hospitalares e na obtenção de melhores resultados clínicos objetivos e melhores resultados psicológicos, nas pessoas portadoras de doenças crónicas (Hudon et al., 2019; Joo & Huber, 2018; Joo & Liu, 2019).

A partir da revisão sistemática de estudos quantitativos e qualitativos realizada por Hudon et al. (2019), estes autores revelaram que é necessário identificar os doentes com maior probabilidade de beneficiarem de uma intervenção de gestão de caso, para que esta produza resultados positivos. As intervenções de alta intensidade, bem como a elaboração de planos de cuidados multidisciplinares/interorganizacionais, também foram associadas a resultados positivos.

A gestão de caso tem como princípios norteadores a abordagem do doente como um todo, a promoção e a coordenação da continuidade dos cuidados, bem como a gestão de um plano de cuidados individual, apoiada na pró-atividade e não na reatividade (Martins, 2021).

A gestão de casos garante um serviço que ajuda os doentes e os cuidadores a navegar no sistema de saúde, a coordenar e a fazer a transição durante a hospitalização e além dela. Os gestores de caso seguem uma abordagem baseada em evidências para ajudar os doentes a atingirem os seus próprios objetivos de saúde. Esses esforços, por parte do gestor de casos, visam promover os melhores resultados clínicos e financeiros para o doente e para a população em geral (Case Management Society of America [CMSA], 2017).

Para pessoas com necessidades complexas (regime terapêuticos complexos, frequência e complexidade das interações com os serviços de saúde, entre outros), a gestão de caso constitui, desde 2016, uma das prioridades globais da Organização Mundial de Saúde na implementação de serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (OMS, 2018).

A gestão de caso pode ser implementada por diferentes profissionais de saúde. Não obstante, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tem recomendado a atribuição desse papel aos enfermeiros (OCDE, 2017). Na mesma linha, Askerud e Conder (2017), com base numa meta-análise que realizaram, afirmam que a gestão de caso realizada por enfermeiros gera elevados níveis de confiança e potencia, no doente, a autogestão da sua condição.

A implementação da gestão de caso por enfermeiros é uma realidade em vários países. Na Suécia, Sandberg et al. (2015) investigaram o efeito da gestão de caso realizada por enfermeiros, na utilização dos cuidados de saúde por idosos com mais de 65 anos de idade, dependentes em mais de duas atividades de vida e com, pelo menos, dois internamentos ou quatro consultas médicas no último ano. Neste estudo, o grupo de intervenção foi formado por 80 indivíduos e o grupo de controlo por 73. A intervenção de gestão de caso incluiu uma visita domiciliar por mês durante um ano, tendo as diferenças entre os dois grupos sido avaliadas antes e depois da intervenção. O grupo de intervenção teve, em comparação com o grupo de controlo, um número médio significativamente menor de idas ao serviço de urgência, que não conduziram a hospitalização e um número médio significativamente menor de consultas médicas em ambulatório, seis a doze meses após.

O gestor de caso deve ter um perfil profissional, com competências clínicas e de gestão, necessariamente, articuladas a competências relacionais e de mediação de conflitos. Não se trata, portanto, de apenas alocar um profissional para avaliar clinicamente os doentes crônicos complexos, mas de alguém com capacidade de negociação e de estabelecer relações de confiança. O papel do gestor de caso é, sobretudo, conseguir que os serviços e os profissionais atuem de forma coordenada e integrada (David et al., 2020).

Num cuidado de proximidade, os enfermeiros são os intervenientes centrais, assumindo o papel de gestores de caso e funcionando como pivô de todo o plano de cuidados individualizados (Sá, 2021). O enfermeiro, enquanto gestor de caso, amplia a sua intervenção, incluindo nesta ação o doente, o cuidador, os outros profissionais e os serviços de saúde.

Os enfermeiros têm um papel fundamental. Neste quadro, devem ter os conhecimentos, as habilidades e os atributos pessoais e profissionais necessários para que possam contribuir com todo o seu potencial para assumir o papel de gestor de caso (ICN, 2010; Furtado & Nóbrega, 2013).

Segundo Cruchinho (2021), o papel de gestor de caso deve ser desempenhado por enfermeiros especialistas com elevada perícia clínica em enfermagem, com capacidade de incorporar mais enfermagem na gestão de caso, focando-se em intervenções que permitam alcançar resultados benéficos nas respostas da pessoa e na respetiva condição de saúde.

2.3. A transição hospital – domicílio

Segundo Chiu e Newcomer (2007), existem evidências de que a transição pós-hospitalar, acompanhada por enfermeiros com base na gestão de caso, pode reduzir as taxas de internamento hospitalar e os dias de hospitalização nos 12 meses seguintes (embora a maioria dos estudos se concentre em período de três e de seis meses). Acresce que, em casos de intervenção, podem ser esperadas taxas de readmissão reduzidas, menos dias de hospitalização e gastos menores.

Segundo Coleman et al. (2003), a transição de cuidados consiste em um conjunto de ações que garantem a coordenação e a continuidade da assistência aos doentes e promovem uma transferência segura e oportuna de um nível de cuidados para outro. Estes cuidados de transição baseiam-se em: um plano abrangente de cuidados; comunicação; uso seguro de medicamentos; capacitação do doente e cuidador para promoção do autogestão; apoio social e comunitário;

participação da equipa multidisciplinar visando atender as necessidades de cuidados complexas dos doentes; coordenação do cuidado; monitorização e seguimento.

A transição do hospital para o domicílio é um período crítico, particularmente quando se trata de idosos com múltiplas doenças crónicas, muitas das vezes tendo associados outros fatores de risco, como o défice no autocuidado ou problemas sociais (Hirschman et al., 2015). Neste sentido, é necessário desenvolver ações que garantam a segurança e a continuidade dos cuidados, aquando da transição do hospital para o domicílio. Como referem Dusek et al. (2015), os profissionais de saúde devem desenvolver as melhores práticas para promover a coordenação e a continuidade cuidados. As boas práticas na transição de cuidados têm impacto na redução do número de internamentos hospitalares e no número de reinternamentos causados por complicações, o que reduz o custo dos serviços de saúde e aumenta a qualidade de vida de doentes e famílias (Rennke et al., 2013). Segundo os mesmos autores, os hospitais devem adotar estratégias de transição (incluindo componentes intra-hospitalares e pós-alta) para prevenirem resultados clínicos adversos após a alta. Estas estratégias podem passar por um maior envolvimento do doente, pelo recurso a um profissional dedicado a esta transição, pela reconciliação de medicamentos e pela facilitação da comunicação com os prestadores de cuidados em ambulatório.

Num estudo desenvolvido por Mendes et al. (2017) sobre a continuidade de cuidados, estes autores verificaram que, em Portugal, a partilha de informação entre os serviços de saúde é escassa. O desenvolvimento de um modelo de partilha de informação e de articulação dos sistemas de informação de enfermagem entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários permitiria melhorar significativamente o acesso, a continuidade e a qualidade dos cuidados de prestados. As próprias pessoas reconhecem o valor da continuidade dos cuidados, que se sobrepõe ao acesso rápido ou a uma vasta gama de serviços de saúde.

Segundo Baxter et al. (2020), a pressão para internamentos mais curtos e a alta clínica de doentes com necessidades cada vez mais complexas desafiam a concretização de uma transição de cuidados segura. Para estes autores, o desafio pode ser mitigado pelo conhecimento do doente em todas as suas dimensões, pela cooperação entre os elementos da equipa multidisciplinar e pela capacidade de os profissionais de saúde limitarem as lacunas do sistema de saúde.

2.4. Experiências de integração de cuidados com doentes crónicos

Em Portugal, existem boas práticas de cuidados de proximidade, no que diz respeito à doença crónica. O exemplo, por excelência, de cuidados integrados é a abordagem de doentes crónicos complexos, com multimorbilidade, em modelos de gestão de caso.

Neste modelo, a organização de cuidados é caracterizada pela otimização da coordenação entre o cliente e a equipa de multidisciplinar, visando melhorar a acessibilidade e a continuidade dos cuidados e, deste modo, assegurar a implementação do plano de cuidados individualizado.

Existem duas experiências consolidadas em duas áreas geográficas distintas: a Equipa de Suporte de Doentes Crónicos Complexos, da ULS de Matosinhos e o Programa de Gestão de Caso de Doentes Crónicos com Multimorbilidade, da ULS do Litoral Alentejano. No sentido de aprofundar o conhecimento sobre estas experiências entrevistaram-se dois dos responsáveis e dinamizadores envolvidos nestes projetos: o enfermeiro António Oliveira da ULS de Matosinhos e o Enfermeiro Hugo Mendonça da ULS do Litoral Alentejano.

A Equipa de Suporte de Doentes Crónicos Complexos (ESDCC), da ULS de Matosinhos, tem uma vasta experiência, desenvolvendo a sua atividade desde novembro de 2016. A ESDCC operacionaliza os seus serviços através de um gestor de caso, cuja intervenção permite o acompanhamento próximo de doentes e cuidadores. Esta equipa é formada por médicos de medicina interna e enfermeiros gestor de caso (GC), com apoio de um nutricionista e do serviço social. Esta equipa tem por base, no seu funcionamento, a gestão de caso, o uso do plano individual de cuidados partilhado e um apoio de proximidade da medicina interna. Segundo o enfermeiro responsável pela ESDCC desde 2019 – o Enfermeiro António Oliveira – o enfermeiro gestor de caso assume um papel crucial neste processo na medida em que *“ajuda o doente a navegar no sistema de saúde, trabalha a autogestão do regime terapêutico”* acrescentando que, ao estar disponível, *“o doente tem a quem recorrer para esclarecer dúvidas, o que faz com que recorram menos aos serviços de saúde”*.

Os resultados da ação da ESDCC são particularmente evidentes na redução dos episódios de urgência e de internamento, se comparados com o período anterior à admissão na equipa. Na análise dos doentes que completaram um ano de acompanhamento pela ESDCC, foi possível verificar uma redução em 70% dos episódios de urgência e de 68,5% do número de internamentos, quando comparados com os 365 dias prévios à admissão (Martins, 2021).

Os doentes que integram esta equipa podem ser referenciados por qualquer elemento da ULS de Matosinhos, sendo que os critérios de referência para a equipa são: ter mais de 75 anos; polimedicação (mais de seis fármacos prescritos); presença de, pelo menos, três doenças crónicas (DM, DRC, DPOC, IC, DCV, Neoplasia, DHC); contar com três ou mais internamentos no último ano; e, registar cinco ou mais episódios de urgência no último ano. Todos os doentes referenciados que cumpram, pelo menos, três dos cinco critérios são avaliados. Como afirma o enfermeiro António Oliveira *“nenhum dos critérios é exclusivo, ou seja, podemos ter um doente com 30 anos com uma DRC, IC e DCV e que toma sete fármacos e podemos ter uma pessoa de 90 anos e que esteve três vezes internada e cinco episódios de urgência”*. Reforça este mesmo responsável que não são admitidos doentes com menos de 18 anos, nem doentes com critérios para serem acompanhado por uma equipa de cuidados paliativos. Acrescenta, ainda, que não são excluídos os doentes institucionalizados em estruturas residenciais para idosos (lares) ou com doença do foro psiquiátrico.

Quanto ao contexto de cuidados mais adequado ao funcionamento de uma equipa deste tipo, o enfermeiro responsável pela ESDCC da ULS de Matosinhos, afirma que *“o ambiente de excelência para a aplicação deste projeto é sem dúvida uma ULS, pois tem uma integração vertical de cuidados, em que existe uma entidade que gere todos os níveis de cuidados, sejam os cuidados primários, os cuidados hospitalares e até as RNCCI, como as equipas de ECCI”*. Neste quadro, considerou, à data da entrevista (2023), que a eventual criação da ULS do Tâmega e Sousa poderia constituir uma oportunidade para uma efetiva integração de cuidados.

A Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA) desenvolveu, desde 2017, um programa de intervenção de cuidados integrados entre cuidados primários e cuidados hospitalares, centrado na figura do gestor de caso. Neste programa, a prestação de cuidados está focada nas necessidades dos doentes e da respetiva família, antecipando necessidades. É baseado na comunidade, tendo como pilar a coordenação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários. O funcionamento do programa assenta numa equipa multidisciplinar, constituída por médicos de medicina interna, médicos de família, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais.

Em entrevista com o Enfermeiro Hugo Mendonça, enfermeiro gestor de caso da ULSLA e um dos elementos que integra o projeto desde a sua conceção, este revela que tudo começou quando aquela ULS sentiu necessidade de mudar o paradigma de cuidados predominante. Na fase inicial do projeto, identificaram as características dos utilizadores frequentes do serviço de urgência

(mais de quatro episódios num ano), tendo verificado *“que eram utentes com alta complexidade das suas doenças crónicas, com mais de 65 anos, com multimorbilidades, polimedicados”*.

Surgiu assim a ideia – entretanto concretizada no terreno – de um programa de integração dos cuidados, multidisciplinar e multisectorial, entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, que assenta na figura do gestor de caso. O gestor de caso é, no contexto deste programa, *“um enfermeiro com competência avançada nesta área”* (Hugo Mendonça), que trabalha integrado na equipa multidisciplinar, sendo o ponto de contacto do doente e família com o sistema de saúde.

Cabe ao gestor de caso coordenar os vários recursos. Por outro lado, deve dar especial ênfase à capacitação dos doentes e dos seus familiares, apostando no reforço da literacia em saúde no domicílio, de forma mais personalizada. Cada doente deve conseguir gerir as suas patologias, sabendo quais são os sinais de alerta e quando deve contactar o gestor de caso.

Deste modo, como afirma o enfermeiro Hugo Mendonça, a gestão de caso vai permitir a *“estabilização da pessoa com doença crónica no seu domicílio, sendo o garante da acessibilidade e equidade, pró-ativo e preditivo das possíveis descompensações”*.

No quadro deste programa, foram criadas várias equipas de gestão de caso nos CSP e no hospital. A equipa dos cuidados de saúde primários é constituída pelo enfermeiro, pelo médico de medicina geral e familiar e pelo assistente social, podendo contar, sempre que necessário, com o apoio de outros profissionais como o psicólogo ou o fisioterapeuta. A equipa hospitalar é composta pelo enfermeiro gestor de caso e pelo médico de medicina interna.

Quanto aos critérios de admissão, o utente é admitido no programa caso *“tenha mais de 65 anos, seja utilizador frequente do serviço de urgência (quatro ou mais episódios) ou tenha mais de dois internamentos no último ano, várias comorbilidades, polimedicado, mas sem patologia do foro mental”* (Hugo Mendonça).

Esta equipa avalia o doente e a família no seu todo, as respetivas necessidades de saúde, sociais, económicas e, em conjunto com o doente e a família, estabelece um plano individual de cuidados.

Apesar de algumas diferenças entre estes dois projetos, ambos se traduzem na redução dos episódios da descompensação dos doentes crónicos e, conseqüentemente, na diminuição das

idas ao serviço de urgência, na redução dos internamentos hospitalares, e até numa diminuição no consumo de consultas.

Um dos aspetos centrais para o sucesso dos programas de gestão de caso é a sua adaptação à realidade da população abrangida e dos profissionais envolvidos.

3. PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DE DOENTES CRÓNICOS COMPLEXOS (PADcc) NO SERVIÇO DE MEDICINA

Desde a primeira hora em que se equacionaram diferentes possibilidades e modos de poder intervir no âmbito da prestação de cuidados de saúde às pessoas com doenças crónicas complexas, que ficou clara a necessidade de, previamente, dar corpo e identidade a essa intervenção. Assim, concebeu-se e estruturou-se o que se denominou: programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos (PADcc), que a seguir se apresenta com mais detalhe e fundamento.

Neste capítulo apresenta-se a estruturação de um programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos no serviço de medicina. A construção deste programa resultou da combinação dos dados recolhidos das boas práticas nacionais com doentes crónicos complexos, com a evidência científica produzida nesta área. Assim, foi possível delinear as linhas orientadoras do programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos (PADcc) a implementar no serviço de medicina.

No sentido de avaliar a aplicabilidade destas linhas orientadoras do programa no contexto da prática, realizou-se uma experiência piloto no serviço de medicina, em que se acompanhou, em proximidade, alguns doentes crónicos complexos. Após estas etapas, foi possível estruturar um programa com a definição dos diferentes intervenientes, recursos e etapas, por forma a atingir o pressuposto deste programa.

3.1. Motivações e princípios para o desenvolvimento do PADcc

No exercício da minha profissão num serviço de medicina, encontram-se, frequentemente, doentes crónicos que referem dificuldade na gestão da sua condição, particularmente do complexo regime terapêutico, da dificuldade em navegar entre consultas de várias especialidades, realizar múltiplos exames de diagnósticos e análises clínicas, tudo isto aliado à dificuldade em aceder a um profissional de saúde de referência que tenha disponibilidade para esclarecer as dúvidas que se levantem.

Como referem Palmer et al. (2018), os doentes com multimorbilidade têm necessidades de saúde complexas, em que a abordagem tradicional orientada para a doença, efetivamente, não dá uma resposta adequada. Estes doentes enfrentam uma forma de cuidados altamente

fragmentada que leva a intervenções clínicas ineficientes, ineficazes e possivelmente prejudiciais.

Não raras vezes, no internamento hospitalar, são detetadas falhas no regime terapêutico que poderiam facilmente ter sido evitadas, caso o doente tivesse um acompanhamento mais próximo.

Deste modo, procurou-se delinear um programa para aplicar num contexto da prática clínica específico, que é o serviço de medicina, que não exigisse excessivos recursos e, principalmente, que permitisse dar uma resposta eficiente com os recursos existentes.

O intuito deste programa é identificar os doentes crónicos mais vulneráveis que possam beneficiar de um acompanhamento mais próximo, a realizar por um enfermeiro de referência.

O internamento hospitalar pode ser o momento em que são identificadas as necessidades do doente/cuidador e em que os profissionais de saúde, em parceria com estes, podem encontrar as respostas mais adequadas às necessidades identificadas.

Por outro lado, este programa pretende mitigar os problemas que muitas vezes acontecem aquando da transição do doente para o domicílio, prolongando o acompanhamento iniciado no internamento hospitalar até estar assegurada uma transição segura para o domicílio e para a esfera de ação dos cuidados primários.

Apesar deste programa ter uma dimensão limitada face ao contexto e aos doentes a que se destina, pretende fazer a diferença na vida dos doentes e/ou cuidadores admitidos no programa. O enfermeiro, ao acompanhar o doente do internamento até ao domicílio, garantindo a continuidade de cuidados, está a colocar o doente no centro da prestação de cuidados e a contribuir para a visibilidade da enfermagem enquanto profissão que está ao lado do doente nas diferentes fases da sua vida.

3.2. Estrutura e organização do PADcc

Consciente da necessidade de uma abordagem diferenciada dos doentes crónicos complexos e inspirada nas experiências nacionais de integração de cuidados com doentes crónicos, delineou-se um programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos – PADcc – internados no serviço de medicina.

Este programa é composto por uma série de atividades, que estão organizadas com o propósito de potenciar uma transição mais segura dos cuidados para o domicílio. As atividades deste programa iniciam-se no internamento, aproveitando a vivência deste evento crítico por parte do doente, mas não terminam com a alta clínica do doente, prolongando-se até ao seu domicílio.

O PADcc não é dirigido a todos os doentes crónicos admitidos no serviço de medicina, mas a um pequeno subgrupo destes: os doentes crónicos com multimorbilidade (duas ou mais doenças crónicas), polifarmácia (toma de cinco ou mais fármacos) e que tenham quatro ou mais episódios de urgência ou mais de três internamentos nos últimos 365 dias.

A escolha da multimorbilidade e da polifarmácia como critérios de admissão ao programa, baseou-se no facto de estas serem condições frequentes nos doentes crónicos, que determinam uma maior complexidade na gestão do regime terapêutico.

A multimorbilidade – que é definida pela Organização Mundial de Saúde como “*a co-ocorrência de duas ou mais condições médicas crónicas numa pessoa*” (WHO, 2008, p.21) – está, com o aumento da longevidade da população, cada vez mais prevalente.

O envelhecimento e a multimorbilidade são dois fatores interligados, que em grande medida são responsáveis pelo aumento observado na prevalência global da polimedicação (Guthrie et al., 2015). Em relação à polimedicação, apesar de ser uma problemática cada vez mais relevante, ainda não há um consenso na literatura acerca da sua definição. Segundo Masnoon et al. (2017), a definição mais comumente usada para polifarmácia é a toma diária de cinco ou mais medicamentos.

Apesar das razões baseadas na evidência científica para a polifarmácia, esta pode trazer consequências negativas, tais como um aumento do risco de interações medicamentosas, efeitos adversos, maiores dificuldades na adesão terapêutica e aumento dos custos, quer para o doente, quer para o sistema de saúde (Sergi et al., 2011).

Estes doentes, dada a sua condição, atravessam frequentemente diferentes níveis de cuidados, diferentes instituições de saúde, resultando em cuidados fragmentados e alguma confusão acerca do plano de cuidados. Quando estes doentes descompensam são internados em enfermarias de doentes agudos, no serviço de medicina. Este internamento conduz, frequentemente, à perda de funcionalidade e à deterioração cognitiva (Calero-García et al., 2017).

Segundo Berchet (2015), até ao ano de 2011, Portugal encabeçava a lista de países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com maior número de episódios de urgência. Portugal apresentava, aproximadamente, 70 episódios de urgência por 100 habitantes, sendo que cerca de 31% se deviam a uma utilização “evitável” e “inapropriada” deste serviço. Este padrão de utilização leva ao consumo de recursos de saúde (humanos e materiais), que podem afetar a capacidade de tratar os doentes de forma atempada e segura.

Na literatura, o número de vezes a que é necessário recorrer ao serviço de urgência para ser considerado como utilizador frequente não é consensual. Em todo o caso, em Portugal, o Ministério da Saúde define como utilizador frequente aquele que, no período de um ano, recorre quatro ou mais vezes ao serviço de urgência (Ministério da Saúde, 2016). Já Brazão e Batista (2022) afirmam que o recurso frequente ao serviço de urgência é um fenómeno crescente. Estes autores consideram utilizadores frequentes aqueles utentes que, ao longo de um ano, geram mais de quatro episódios de urgência e, como hiperutilizadores, aqueles com mais de dez episódios, no mesmo período.

A utilização frequente e a hiperutilização dos serviços de urgência, não raras vezes, está associada a uma insuficiente gestão da doença crónica. Um estudo apresentado por Vinton et al. (2014) sugere que os utilizadores frequentes do serviço de urgência têm um peso significativo de doenças crónicas.

Hunt et al. (2005) inferem que os utilizadores frequentes parecem ter uma saúde mais frágil e requerem a intervenção regular dos profissionais de saúde. Uma maior atenção a esses doentes, e outras alternativas de acesso aos cuidados de saúde, teriam o benefício de melhorar a saúde desses indivíduos e ajudar a reduzir o número de episódios de urgência.

Uma vez que o PADcc está vocacionado para o acompanhamento do doente no internamento e no domicílio, os doentes que não regressam a casa após a alta clínica, como os doentes residentes em ERPI's ou aqueles que estão ou vão ser referenciados para a RNCCI, não serão incluídos no programa.

Por outro lado, este programa pressupõe a obtenção do consentimento do doente/cuidador para que o possa integrar. A falta deste consentimento será motivo para a exclusão do programa. A existência do consentimento informado, entre outros aspetos, pretende formalizar

o compromisso entre o doente e os objetivos do programa, reforçando a necessidade da participação do doente/cuidador para o sucesso do programa.

Os doentes crónicos que integram este grupo particular (com multimorbilidade, polifarmácia, múltiplos internamentos ou episódios de urgência) ao serem admitidos no PADcc, além do acompanhamento habitual no internamento, terão um acompanhamento diferenciado que vai além do tempo de internamento hospitalar.

A conceção deste programa assenta no pressuposto de que o foco de atenção do enfermeiro são as necessidades complexas do doente, mais do que as suas doenças crónicas. Assim, o modelo de prestação de cuidados, que mais se coaduna com esta realidade, é a abordagem de gestão de caso. Na verdade, este programa exige um modelo de cuidados centrado na pessoa que seja capaz de garantir ao doente crónico complexo uma adequada transição dos cuidados e uma efetiva continuidade dos cuidados.

Com o intuito de fazer bom uso dos recursos disponíveis, era necessário encontrar na equipa de profissionais do serviço de medicina, o profissional mais adequado para ser o gestor de caso. Um profissional que não se limita a avaliar clinicamente o doente crónico complexo, mas que alia competências técnicas à habilidade para promover a coordenação, capacidade de negociação e de comunicação com os diferentes profissionais. Um profissional capaz de conceber e de implementar intervenções que capacitem o doente/cuidador para o complexo regime terapêutico, durante a transição do hospital para o domicílio. Da análise efetuada, o enfermeiro revelou-se o profissional mais bem preparado, para assumir o papel de gestor de caso no PADcc no serviço de medicina.

Esta ideia é corroborada por diferentes autores. Cohen e Cesta (2004) e Lubkin e Larsen (2005) afirmam que o enfermeiro é o profissional de saúde que dispõe de uma formação mais orientada para o desempenho do papel de gestor de caso, em particular com pessoas com problemas de saúde de evolução prolongada. Estes profissionais possuem conhecimentos clínicos e estão orientados para um cuidar da pessoa no seu todo. Acresce que defendem os direitos da pessoa e detêm um amplo conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde.

Ao enfermeiro gestor de caso cabe coordenar os cuidados e funcionar como profissional de ligação do doente com o sistema de saúde. Este trabalho do gestor de caso deve ser realizado em estreita colaboração com os diferentes profissionais de saúde do serviço (enfermeiros, médicos, assistente social e nutricionista).

Estando o contexto de implementação do programa dotado de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, considerou-se que estes enfermeiros devem ser os gestores de caso. Na verdade, estes são os profissionais de saúde que possuem competências específicas para cuidar do doente/cuidadores a vivenciar processos médicos complexos, decorrentes de doença. Como afirma o documento emanado pelo colégio da especialidade Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente, ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Além desta competência, é esperado do enfermeiro especialista com o papel de gestor de caso apresente competências técnico-científicas no domínio da relação terapêutica e detenha capacidade de interligação com a equipa multidisciplinar. Como referem David et al. (2020), o sucesso da gestão de caso passa pelo perfil adequado do profissional. Este deve possuir capacidades cognitivas (compreensão, interpretação e avaliação das diferentes situações de saúde/doença), bem como capacidades relacionais e de liderança (empatia e defesa de interesses do doente, assertividade, negociação e gestão de conflitos) e ainda capacidades pedagógicas (orientação, clarificação, ensino e envolvimento).

Assim, este programa tem como recurso uma equipa de gestores de caso, composta pelos quatro enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, do serviço de medicina.

No desenho deste programa (Figura 3), o enfermeiro gestor de caso assume uma responsabilidade central, desde a pré admissão do doente ao programa até ao momento em que o doente deixa o programa. Para a implementação do PADcc foi definido um processo, através do qual será possível garantir para o doente certo, um cuidado certo, no lugar certo e no tempo certo.

Este processo é constituído por diferentes momentos, cuja implementação de forma sistematizada e coordenada permitirá atingir os objetivos do programa. Os momentos são a sinalização do doente, a admissão ao programa, a revisão do plano de cuidados, o acompanhamento no internamento e o acompanhamento após a alta clínica.

Estando este programa dirigido apenas a um grupo particular de doentes internados no serviço de medicina, foi necessário criar uma estratégia para a sinalização destes doentes, para que, de forma célere, sejam avaliados com vista a uma eventual admissão ao programa.

A sinalização é a fase inicial do processo de admissão ao programa. Nesta fase, a equipa de gestores de caso é alertada para a existência de um potencial doente para integrar o PADcc. O método criado para a sinalização destes doentes passa por duas vias. A primeira é a sinalização direta, em que qualquer profissional de saúde do serviço (o qual foi previamente informado dos objetivos, critérios de admissão e roteiro do programa) comunica diretamente à equipa de gestores de caso a presença no serviço de um doente potencialmente elegível para admissão ao PADcc. Pela segunda a via, a sinalização é efetuada por um alerta automático (enviado para o endereço de e-mail da equipa de gestores de caso). Este e-mail é gerado sempre que um doente com quatro, ou mais, episódios de urgência ou mais de três internamentos, nos últimos 365 dias, é internado no serviço de implementação do programa.

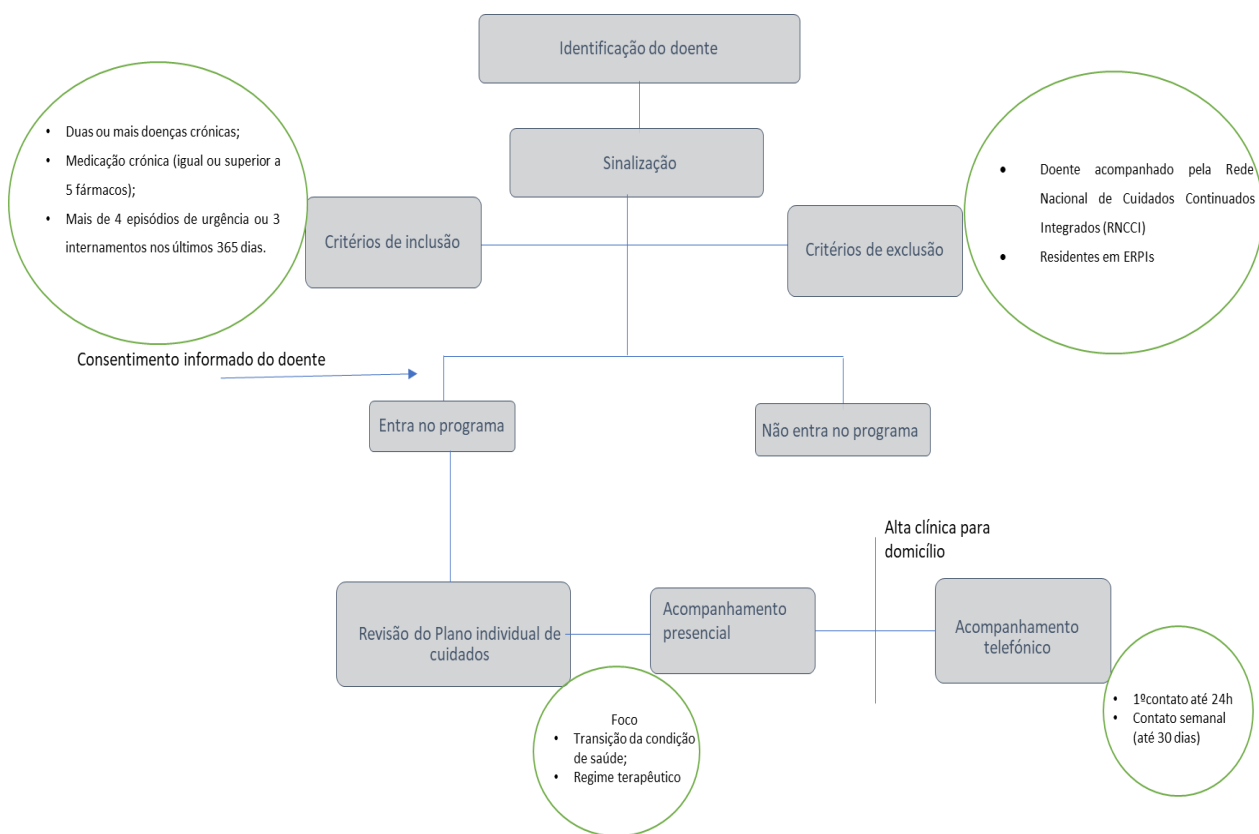


Figura 3 – Fluxograma do processo de implementação do programa

Cabe ao enfermeiro gestor de caso avaliar se o doente sinalizado tem critérios para a admissão ao programa. Se esta condição se verificar, o enfermeiro gestor de caso explica os objetivos do programa e o que é exetável para ambas as partes. Caso o doente compreenda e aceite

participar, assina um documento em dá o seu consentimento para a participação no programa (Anexo I).

Esta primeira etapa termina com a atribuição de um enfermeiro gestor de caso de referência, que deve acompanhar o doente durante todo o programa. No entanto, em caso de necessidade (ausência por férias, doença, ou outro motivo) outro gestor de caso da equipa deve assumir o acompanhamento do doente. Para dar resposta e esta necessidade, os gestores de caso, regularmente, devem reunir para partilhar e discutir os diferentes casos em acompanhamento.

Esta abordagem não pretende ser disruptiva com o modelo de cuidados instituído, mas, antes, constituir-se como uma avaliação complementar e aprofundada da condição do doente, com particular incidência no processo de transição associado à condição de saúde e ao regime terapêutico.

Em caso de identificação de um cuidador, este é envolvido no processo de acompanhamento, cabendo ao enfermeiro gestor de caso assegurar a sua capacitação para o exercício do papel de cuidador.

Na fase seguinte, o enfermeiro gestor de caso de referência procede à análise global da conceção de cuidados (já antes realizada) para o doente, e efetua a revisão do plano de cuidados. Se necessário, procede à recolha de novos dados, estabelece novos objetivos e prescreve novas intervenções, com foco no processo de transição da condição de saúde e na gestão do regime terapêutico.

O plano de cuidados (revisto) será a ferramenta essencial na intervenção do enfermeiro. Este plano deve incluir os problemas mais relevantes para o doente e definir as prioridades de intervenção negociadas com o doente. Em caso de necessidade, o enfermeiro gestor de caso deve identificar o familiar cuidador, de modo que este possa ser, igualmente, envolvido no planeamento de cuidados.

Na fase de acompanhamento do doente no internamento, o enfermeiro gestor de caso realiza as intervenções de enfermagem mais diferenciadas, cuja implementação lhe esteja reservada. Se for identificado um cuidador, o gestor de caso – em paralelo com o acompanhamento do doente internado – deve agendar momentos, para realizar intervenções de enfermagem, que capacitem o cuidador na gestão do regime terapêutico.

Ao longo do internamento, o enfermeiro gestor de caso supervisiona a evolução da situação e, caso seja necessário, procede à reformulação do plano de cuidados.

O gestor de caso, em razão da sua relação de proximidade com o doente/cuidador, e recorrendo aos seus conhecimentos científicos e às suas competências relacionais, vai assumir uma posição de pivô, entre os membros da equipa de saúde, assegurando que é dada resposta pela equipa de profissionais do serviço às necessidades, do doente/cuidador, identificadas.

Este programa prevê a integração precoce dos cuidados de saúde primários, como meio para atingir uma transição segura dos cuidados. Assim, o enfermeiro gestor de caso deve, tão precocemente quanto possível, estabelecer contacto com o enfermeiro dos cuidados primários, definindo um canal de comunicação efetivo. Esta intervenção visa recolher dados relevantes, nomeadamente, sobre os comportamentos de saúde do doente e colmatar, pelo menos em parte, a falta de interoperabilidade entre o sistema de informação dos cuidados de saúde primários e hospitalares.

No final do internamento, imediatamente antes da saída do hospital, o enfermeiro gestor de caso deve, ainda, garantir que um conjunto de aspetos estão assegurados no momento da alta clínica, nomeadamente a carta de alta, a tabela de medicação (lista de fármacos a manter no domicílio, nome, dose, horário após reconciliação terapêutica), a tabela com consultas, análises e exames a realizar no hospital (se necessário), bem como a resposta aos pedidos de colaboração do nutricionista, da assistente social, ou outros, se necessário. Deve, igualmente, ser assegurada a notificação da enfermeira de família (ou de referência dos cuidados de saúde primários) da alta hospitalar, pela via acordada (e-mail ou telefone) e realizado o agendamento da primeira consulta telefónica.

Como as necessidades de cuidados do doente crónico e cuidadores não estão em sincronia com o tempo de internamento hospitalar, é fundamental garantir a colaboração entre profissionais do hospital e dos cuidados primários, para assegurar a resposta a essas necessidades.

No sentido de minimizar o impacto da passagem do doente do hospital para o domicílio, o enfermeiro gestor de caso mantém o acompanhamento do doente e cuidador, após a alta clínica. Como referem Coleman et al. (2006), um acompanhamento nos primeiros dias após alta, que é um período vulnerável, transmite segurança ao doente e aos seus familiares permitindo colmatar dúvidas e necessidades destes, com os profissionais de saúde. Por outro lado, este

contacto imediatamente após a alta permite esclarecer dúvidas acerca do regime terapêutico, comunicar dificuldades na obtenção de medicamentos e avaliar possíveis novos sintomas.

Neste programa, a forma de o enfermeiro gestor de caso manter o acompanhamento passa pela realização de contactos telefónicos através do telemóvel. Esta é uma ferramenta de utilização praticamente universal, pouco dispendiosa e eficaz, que permite otimizar a transição para o domicílio e assegurar uma continuidade dos cuidados segura. Este prolongamento do acompanhamento após a saída do hospital pretende minimizar a fragmentação dos cuidados. Como referem Fleming e Haney (2013), a fragmentação dos cuidados é caracterizada por falhas de comunicação e falta de acompanhamento, que podem levar a dificuldades na gestão do regime terapêutico, motivando, frequentemente, readmissões hospitalares evitáveis. A passagem do doente do ambiente hospitalar (em que está acompanhado em permanência por profissionais de saúde) para o domicílio é um momento particularmente vulnerável, pelo que, intervenções que possam contribuir para uma transição saudável e minimizem os danos devem ser uma preocupação dos profissionais de saúde.

O PADcc estabelece um primeiro contacto com o doente e/cuidador para as primeiras 24 horas, após a saída do hospital. O contacto telefónico pretende ser uma estratégia, através da qual são identificadas dificuldades no cumprimento do plano de cuidados, nomeadamente problemas relacionados com a aquisição dos fármacos, erros na toma destes, e que permitir avaliar as dificuldades na concretização das competências adquiridas no internamento. O enfermeiro gestor de caso mantém o contacto telefónico semanal até 30 dias após a alta. Nestes contactos, procura dar resposta a dúvidas e dificuldades no seguimento do regime terapêutico ou na realização das competências adquiridas no internamento. Por outro lado, estabelece ligação com os profissionais de saúde dos cuidados primários, a fim de garantir a continuidade dos cuidados.

Os contactos telefónicos de acompanhamento após a alta são realizados nos dias úteis entre as 14:30 horas e as 15:30 horas. O registo destes contactos é efetuado no sistema de registo hospitalar com a abertura de uma consulta de acompanhamento, criada para o efeito. É ainda, facultado ao doente um horário durante o qual pode contactar o enfermeiro gestor de caso, para esclarecimento de qualquer dúvida.

Após a primeira semana de acompanhamento telefónico, é relevante contactar o enfermeiro de família do doente para sinalizar a evolução do doente. No final do período de acompanhamento, deve ser estabelecido novo contacto para assegurar que não existe qualquer situação pendente.

Quanto à avaliação do programa, está preconizada a análise semestral de indicadores de processo, tais como o número de doentes admitidos no programa, número de contactos presenciais e número de contacto telefónicos efetuados. Estes indicadores permitirão avaliar o modo como está a decorrer a implementação do programa.

Por outro lado, é possível analisar indicadores de resultado deste programa, como o número de episódios de urgência e de internamentos dos doentes admitidos no programa. Na verdade, é expectável que a capacitação do doente/cuidador na gestão da sua condição de saúde e a sua capacidade de reconhecer sinais de alarme conduzam a uma redução dos episódios de urgência e de internamento.

Com este acompanhamento em proximidade, desenvolvido pelos enfermeiros gestores de caso, espera-se que os doentes se sintam mais seguros e acompanhados, pelo que a satisfação do doente/cuidador é, igualmente, um indicador de resultado importante na avaliação deste programa. A satisfação do doente será avaliada através de um questionário de satisfação, aprovado pelo departamento de qualidade do hospital (Anexo II).

3.3. Desenvolvimento de uma experiência piloto de acompanhamento de doentes crónicos complexos num serviço de Medicina

Com o intuito de consolidar a elaboração do programa de acompanhamento de doentes crónicos, internados num serviço de medicina, solicitou-se autorização ao Conselho de Administração do CHTS, para a implementação de algumas medidas deste programa a doentes internados no serviço de medicina interna, unidade funcional 1. Esta implementação parcial do programa, a título experimental, tinha como propósito verificar a viabilidade da sua concretização, detetar alguns obstáculos e dificuldades, identificar aspetos a melhorar e reconhecer as principais potencialidades do programa.

Devido a limitações temporais e de organização do serviço de medicina (situação imposta pelo plano de contingência do CHTS), a implementação do programa foi limitada a dois doentes. Os doentes crónicos complexos, que consentiram participar no programa, apresentavam sete e cinco doenças crónicas, com a toma diária de treze e nove fármacos. Ambos os doentes apresentavam história de reincidência na utilização dos serviços de saúde, com nove episódios no serviço de urgência e três e nove internamentos no serviço de medicina, nos últimos 365 dias.

A associação entre múltiplas doenças crónicas e um elevado número de fármacos (identificada como compromisso no regime medicamentoso) foi, como era expectável, mencionada pelos doentes e cuidadores como um aspeto dificultador na gestão da doença. Durante o programa, foram identificadas estratégias para capacitar o doente/cuidador na organização da medicação e no conhecimento sobre as indicações dos fármacos, dose e horários a cumprir. Após a alta clínica, em todos os contactos telefónicos realizados entre a enfermeira e o doente/cuidador, a gestão da medicação constituiu um assunto recorrente.

Durante o internamento, realizaram-se entrevistas presenciais em que foram identificadas as necessidades sociais (por exemplo apoios para a aquisição de materiais), posteriormente colmatadas com a colaboração da assistente social. Também foi solicitado o apoio de uma nutricionista para a elaboração de um plano nutricional personalizado, cujo cumprimento foi avaliado nos contactos telefónicos após a alta.

Previamente à alta clínica, elaborou-se uma tabela com todos os contactos agendados com a unidade hospitalar (consultas, exames e análises), tendo sido possível reagendar consultas, evitando-se assim várias deslocações do doente ao hospital.

Neste processo de implementação do programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos, foi possível reconhecer a baixa literacia em saúde dos doentes e a necessidade de a incrementar, de forma a torná-los mais capazes de gerirem a sua condição de saúde.

A complexidade do regime terapêutico, com a toma de múltiplos fármacos, é um obstáculo que exige da equipa de saúde o desenvolvimento de estratégias para capacitar o doente. Esta experiência piloto permitiu verificar a importância de o doente/cuidador terem algum profissional de saúde disponível para esclarecer dúvidas sobre a medicação e a sintomatologia da(s) doença(s) e para ajudar a orientar a pessoa na realização de consultas e de exames de diagnóstico e terapêutica. Os doentes, ao poderem contactar o enfermeiro aquando da alteração do seu estado de saúde, sentiram-se mais apoiados e mais bem orientados para os recursos de saúde existentes. Esta prestação de cuidados mais próxima dos clientes e mediada pela tecnologia (telemóvel) revelou-se uma mais-valia para os doentes e constituiu uma forma inovadora de assegurar, em tempo útil, os cuidados necessários. Este acompanhamento de proximidade pode constituir-se como mais um passo para colocar o doente no centro do sistema de saúde.

Esta experiência permitiu mostrar que, como era expectável, o doente não se restringe à sua doença, antes exige uma abordagem de todas as suas dimensões individuais, familiares e sociais. Para além disso, permitiu constatar que os doentes e cuidadores precisam de ajuda profissional para a autogestão da sua condição de saúde. Foi ainda possível atestar que, pelo menos, parte das atividades dirigidas à capacitação dos doentes e cuidadores podem ser realizadas pelo enfermeiro, ainda durante o internamento.

4. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PADCC NO SERVIÇO DE MEDICINA

Um projeto é a expressão de um desejo e de uma vontade, mas também a expressão de uma necessidade de uma situação a que se pretende responder
(Guerra, 2006, p.126).

A metodologia de projeto centra-se na resolução de problemas, numa perspetiva de intervenção estruturada para a resolução eficaz de problemas (Ruivo et al., 2010). Segundo Nunes (2010), esta metodologia, que assume um carácter reflexivo, está centrada num problema real identificado no contexto clínico, resultando na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Deste modo, é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, constituindo-se como uma ponte entre a teoria e a prática.

Um projeto constitui um “conjunto de atividades coordenadas e controladas, com datas de início e término” bem definidas. Neste período temporal, previamente definido, em que decorre o projeto, são empreendidos esforços para atingir os objetivos delineados com as “limitações de tempo, custos e recursos” (ISO, 2017, p.2).

O projeto é uma metodologia dinâmica e adaptável a diferentes contextos e realidades (também aos ambientes em que se prestam cuidados de saúde), que se constrói e desenvolve de forma progressiva, podendo ser redefinido sempre que necessário. Permite, simultaneamente, uma maior compreensão da realidade e uma maior eficácia dos meios e das técnicas de intervenção (Guerra, 2006). Segundo a ISO (2017), para assegurar a qualidade do projeto, este deve atender às necessidades implícitas e explícitas do cliente.

Cada projeto é único, ou seja, não se repete. Cabe, a quem concebeu e, eventualmente, gere o projeto proceder aos ajustamentos necessários, nomeadamente, adaptando o projeto ao ambiente em que o mesmo se desenvolve, à cultura organizacional (visão, missão e valores) ou às necessidades das partes interessadas (PMI, 2017).

Para Guerra (2006), a metodologia de projeto divide-se em diferentes etapas: identificação dos problemas e diagnóstico de situação; definição de objetivos; seleção de estratégias e programação das atividades; execução do projeto; avaliação do trabalho; e, divulgação e disseminação dos resultados.

4.1. Diagnóstico da situação

Segundo NUNES e al. (2010), o diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto. Nesta etapa, é elaborado um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, que corresponda a uma necessidade de saúde da população. Pressupõe a identificação do problema utilizando, para o efeito, instrumentos de colheita e a análise de informação, selecionados de acordo com o contexto.

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE (CHTS), alinhado com a realidade dos restantes hospitais portugueses, sente o peso dos doentes crónicos no serviço de urgência e no internamento de medicina interna. Segundo Correia (2021), o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é cada vez mais confrontado com casos de doentes crónico complexos, o que se traduz em múltiplos episódios de urgência, várias hospitalizações e em tempos de internamento alargados.

Os serviços de medicina hospitalares são “responsáveis” por um elevado número de internamentos de doentes crónicos. Segundo Barreto (2021), este é um departamento que frequentemente contacta com doentes crónicos complexos, tanto em situações de internamento, como em episódios de urgência.

Os doentes crónicos complexos são um grupo de doentes que exige uma resposta mais específica, dado tratar-se, geralmente, de pessoas idosos, com multimorbilidade, com algum grau de incapacidade e com problemas sociais, sem se poder ignorar que este grupo representa cerca de 4 a 5 % da população (Campos, 2021).

O CHTS abrange uma população residente de 408 878 habitantes, o que, no Censos de 2021, representa cerca de 3,95% da população do país. É um hospital que presta cuidados à população de doze concelhos de quatro distritos: Porto, Aveiro, Braga e Viseu. A área de influência direta, no contexto do SNS, abrange a região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, reunindo os concelhos Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Resende. Dá resposta às necessidades em cuidados de saúde hospitalares da população de três Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces). A (numerosa) população da região de influência do CHTS apresenta, em vários concelhos, um índice de envelhecimento muito superior ao nacional, tendo aumentado em 2021 comparativamente a 2011 (Tabela 1).

Tabela 1 – Índice de Envelhecimento (PORDATA – INE 2021)

| Índice de envelhecimento (Rácio-%) (número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens.) | 2011 | 2021 |
|--|-------|-------|
| Portugal | 127,8 | 182,1 |
| Área influência direta CHTS | | |
| Amarante | 100,4 | 187,6 |
| Baião | 123,2 | 206,6 |
| Castelo de Paiva | 95,8 | 177,7 |
| Celorico de Bastos | 124,9 | 200,7 |
| Cinfães | 139,8 | 223,4 |
| Felgueiras | 73,8 | 142,0 |
| Lousada | 59,3 | 110,4 |
| Marco de Canaveses | 72,1 | 140,1 |
| Paços de Ferreira | 60,7 | 121,1 |
| Paredes | 60,6 | 117,9 |
| Penafiel | 72,2 | 132,5 |
| Resende | 143,2 | 230,4 |

Estes doentes idosos, portadores de várias doenças crónicas, polimedicados, quando descompensam, são internados em enfermarias de destinadas a doentes com patologias agudas dos serviços de medicina interna, sendo sujeitos a grande pressão assistencial. Quando a pressão assistencial é elevada, com uma procura que supera a disponibilidade de camas, estes doentes podem permanecer vários dias no serviço de urgência a aguardar vaga nos serviços de internamento.

Numa análise dos dados fornecidos pelo CHTS, no ano de 2022, mais de 3000 pessoas somaram, cada uma, cinco ou mais episódios de urgência, existindo pessoas com mais de 40 admissões no serviço de urgência. Esta realidade carece de uma análise e reflexão profundas e exige uma intervenção capaz de resolver ou, pelo menos, minorar a situação atual. Relativamente ao número de internamentos, existem também vários doentes com múltiplos internamentos. Mais de 200 doentes tiveram entre quatro e nove internamentos, no decorrer do ano de 2022. No que diz respeito às readmissões até 30 dias após a alta, o CHTS apresentava uma taxa de 5,04%.

No serviço de medicina interna, as patologias mais frequentes dos doentes incluem a insuficiência cardíaca congestiva descompensada, a insuficiência respiratória, a infeção do trato respiratório, a doença pulmonar crónica obstrutiva agudizada, a insuficiência renal crónica

agudizada, as doenças do foro cerebrovascular, como o acidente vascular cerebral, as demências e as alterações do comportamento provocadas por causa orgânica ou metabólica, a doença hepática crónica descompensada, a cetoacidose diabética, bem como os doentes com doença terminal ou paliativa, internados para controlo sintomático, entre outras. Os doentes internados, maioritariamente, têm idade avançada, múltiplas patologias, elevado grau de dependência e fragilidade social.

Num estudo desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, o qual pretendia perceber as características do doente internado nas enfermarias de medicina, constatou-se que estas estavam primordialmente dedicadas a doentes idosos e frágeis, com múltiplos problemas, tornando complexa a sua abordagem e o tratamento. Relativamente à classe etária prevalente, verificou-se um claro predomínio das idades mais avançadas, com 76% dos doentes a apresentarem 70 ou mais anos. O doente típico do internamento em medicina caracteriza-se pela associação de diversas doenças crónicas, de que resulta elevada comorbilidade (Carvalho et al., 2016).

O serviço de medicina – unidade funcional (UF) 1 está situado no piso sete da unidade funcional Padre Américo do CHTS, EPE, em Penafiel, e está integrado no departamento médico da mesma instituição de saúde.

Estruturalmente, o serviço de medicina UF1 é constituído por seis enfermarias, cada uma com capacidade para quatro unidades. Todas as unidades são compostas por cama, mesa-de-cabeceira, armário individual, iluminação, campainha e cortinados de isolamento/proteção. Todas as enfermarias têm áreas distintas para sanitários e chuveiro, um lavatório, televisão e relógio de parede. O serviço possui, ainda, dois quartos individuais, cada um com uma antecâmara com lavatório e box para acondicionamento de materiais de proteção individual, que são usados em caso de necessidade de isolamento respiratório.

O serviço de medicina UF1 assegura cuidados globais e individualizados aos doentes com idade superior a 18 anos, do foro médico, e está vocacionado para a doença aguda e/ou crónica agudizada.

O organigrama de enfermagem do contexto da prática clínica engloba: uma enfermeira gestora do departamento, a enfermeira gestora do serviço de medicina UF1. A equipa de enfermagem é composta por 22 enfermeiros de cuidados gerais e cinco enfermeiros com o título profissional de enfermeiro especialista. A equipa de enfermagem está hierarquicamente dependente da

direção de enfermagem, do departamento médico e da direção de enfermagem de CHTS, EPE, sequentemente.

Na equipa existem três enfermeiros detentores da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (dois enfermeiros com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica e um enfermeiro com Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica) e dois enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

Trata-se de uma equipa de enfermagem jovem, em que 16 enfermeiros têm idade inferior a 30 anos. O trabalho realiza-se por turnos, estando atualmente escalados seis enfermeiros para o turno da manhã, cinco enfermeiros para o turno da tarde e três enfermeiros para o turno da noite. É de salientar que, nos sete dias da semana, no turno da manhã, o serviço dispõe do apoio de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação,

Face à realidade do CHTS e ao contexto particular do serviço de medicina UF1, surge a questão: será possível desenvolver algum tipo de intervenção, durante o internamento no serviço de medicina interna, com os doentes crónicos complexos hospitalizados, para melhorar a transição de cuidados para o domicílio, de modo a manter a estabilidade do doente e a reduzir os episódios de urgência e de internamentos?

Como afirma Campos (2021), não é possível continuar a tratar dos doentes crónicos complexos de uma forma fragmentada, recorrendo sistematicamente ao serviço de urgências. São necessários cuidados de proximidade, mantendo estes doentes no radar do sistema.

Sendo o internamento no hospital uma opção que, para além de apresentar óbvias limitações, é particularmente dispendiosa para o SNS, torna-se cada vez mais necessário desenvolver novos modelos de prestação de cuidados, que garantam cuidados de proximidade e reduzam a necessidade de internamento. Como refere Campos (2021), é necessário centrar os cuidados nos doentes, tendo em contas as suas necessidades e, simultaneamente, assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde.

Segundo o relatório anual do Ministério da Saúde (2019), o internamento hospitalar é um dos principais consumidores de recursos com forte impacto na despesa de saúde. Estima-se que o custo médio por dia de internamento se situe entre os 200 e os 300 euros. Assim, uma redução do número dos dias de internamento evitáveis não deixaria de conduzir a uma desejável redução dos custos.

A evidência demonstra que a forma mais eficiente de assegurar os cuidados de saúde aos DCC passa pela implementação de programas de gestão de caso (GC), em que o gestor de caso acompanha todas as dimensões da vida doente relacionadas com a saúde/doença e, simultaneamente, funciona como *pivot* dos cuidados.

O internamento hospitalar pode ser o melhor contexto para encontrar doentes crónicos que sejam grandes consumidor de recursos de saúde. Após, poderá ser desenvolvido com estes doentes um acompanhamento diferenciado, assente numa abordagem personalizada, preditiva e participativa. Ou seja, uma abordagem cujo sucesso passa pela participação ativa do doente, atendendo às necessidades presentes e antecipatórias das necessidades futuras. Pretende-se, com este acompanhamento que o doente tenha uma melhor qualidade de vida e que melhore o seu estado de saúde. Por outro lado, este acompanhamento deve permitir à equipa de saúde atuar atempadamente nas situações de agudização da doença crónica, com a consequente diminuição do número atual de admissões ao Serviço de Urgência e do número de dias de internamento, aumentando, por esta via, a satisfação e a efetividade da prestação de cuidados a este grupo de doentes crónicos.

Numa fase inicial, desenvolveram-se várias atividades no sentido de avaliar a viabilidade do projeto. Para o efeito, realizaram-se entrevistas informais aos órgãos de gestão intermédia e operacional do contexto da prática clínica, bem como entrevistas formais aos responsáveis pela Equipa de Suporte de Doentes Crónicos Complexos da ULS de Matosinhos e pelo Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbidade da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejo.

Na entrevista informal aos órgãos de gestão intermédia e operacional, procurou-se perceber a receptividade da instituição a este tipo de programa, bem como a respetiva perceção dos benefícios que poderiam advir da implementação do mesmo. A resposta foi positiva, tendo até os responsáveis institucionais demonstrado interesse nos resultados do programa. Contudo, para continuar, será necessária a aprovação dos órgãos de gestão de topo.

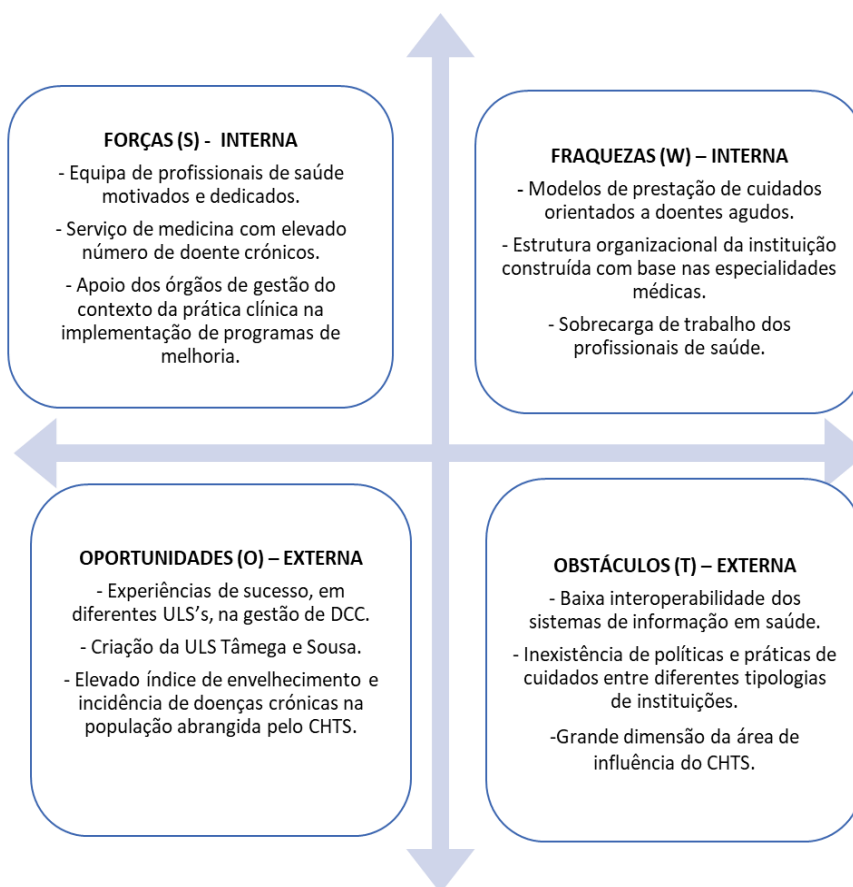
A oportunidade para implementar um programa de acompanhamento de doentes crónicos complexos poderá ser potenciada pela reforma do SNS, que passou pela criação, em janeiro de 2024, da Unidade Local de Saúde (ULS) do Tâmega e Sousa. Como refere a Entidade Reguladora de Saúde (2015), a ULS permite reunir numa única entidade, e sob a alçada de uma mesma gestão, diferentes níveis de cuidados. A ULS pode vir a ser uma via para melhorar a interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares e para reforçar a integração

vertical desses diferentes níveis de cuidados. Este modelo de organização dos cuidados pode simplificar os processos de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados e melhorar a articulação entre as diferentes equipas de profissionais de saúde. O propósito central é, como antes se referiu, potenciar a proximidade dos cuidados e reforçar a gestão em rede dos recursos disponíveis.

4.1.1. Viabilidade do projeto

Com o objetivo de determinar quais os fatores internos e externos que poderiam influenciar a viabilidade do projeto procedeu-se a uma análise SWOT. A análise SWOT (Tabela 2) é uma ferramenta de gestão que permite avaliar a exequibilidade de um projeto através da análise das variáveis internas ou externas e positivas ou negativas, que se podem constituir como forças, fraquezas, oportunidades e obstáculos, na respetiva concretização.

Tabela 2 – Análise SWOT ao projeto de implementação do PADcc no serviço de medicina



Com a análise SWOT pretendeu-se analisar o ambiente interno e externo que envolve o projeto de implementação do programa de acompanhamento de doentes crónicos no serviço de medicina. As forças e as oportunidades apontadas estão relacionadas com o momento atual. Se, por um lado, o número de doentes crónicos está em crescimento, também o SNS está a passar por uma reestruturação que levou à criação da recente ULS Tâmega e Sousa. Com a implementação desta nova unidade local de saúde, há uma legítima expectativa de que a mesma se traduza numa efetiva integração dos cuidados, com impulso ao desenvolvimento de projetos que colocam o doente no centro da prestação de cuidados, em particular o doente crónico complexo. O crescente envelhecimento da população, com elevado número de doentes crónicos com multimorbilidade, que recorrem frequentemente ao serviço de urgência, enfatiza a necessidade de um acompanhamento em proximidade destes doentes. Aliada à evidente necessidade de mudança do modelo de prestação de cuidados aos doentes crónicos complexos, estão profissionais de saúde motivados para modificar o atual paradigma da prestação de cuidados. Considero que a vontade de mudança terá um peso superior à visão de alguns profissionais que ainda estão centrados no tratamento das agudizações do doente crónico e mais orientados para a doença do que para a condição da pessoa. Uma fragilidade passa pela constante pressão provocada pelo elevado número de doentes com que a unidade hospitalar é confrontada. Esta situação gera uma sobrecarga de trabalho aos profissionais de saúde e, conseqüentemente, desmotivação para implementarem novos projetos.

Um obstáculo à implementação do projeto passa pela baixa interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde. A falta de um processo clínico eletrónico – que é um importante meio de suporte na prestação de cuidados de saúde – é uma lacuna que dificulta a partilha de informação clínica do doente que “circula” entre diferentes instituições de saúde. Um processo único do doente, independente do nível de cuidados, seria fundamental para garantir um acompanhamento mais eficaz do doente ao longo de todo o processo de prestação de cuidados de saúde.

Este projeto assenta na otimização dos recursos existentes, nomeadamente dos profissionais de saúde a trabalhar na instituição. A motivação e a disponibilidade destes profissionais poderá ser, por isso, um fator muito favorável à adesão a novos e diferentes modelos organizativos, disponibilizando-se para se envolverem ativamente nos processos de mudança.

Assim, da análise realizada, prevalece a convicção de que, apesar da existência de algumas fraquezas e ameaças, as variáveis favoráveis (forças e oportunidades) constituem-se como

fatores de maior peso na ponderação da viabilidade deste projeto. Dada a viabilidade do projeto, no capítulo seguinte, apresenta-se o respetivo planeamento.

4.2. Planeamento

Após a elaboração do diagnóstico de situação e identificadas as prioridades de intervenção, é necessário definir os objetivos a atingir. Estes objetivos devem apontar aos resultados que se pretende alcançar, os quais podem ter diferentes níveis, desde os mais gerais àqueles que são mais específicos (Ruivo et al, 2010). Uma outra etapa fundamental neste processo é a definição das estratégias (atividades) necessárias para atingir os objetivos delineados. Segundo Ferrito (2013), deve ser elaborado um plano detalhado do projeto, tendo em conta diferentes vertentes como os meios, as estratégias, os recursos disponíveis, a calendarização das atividades, bem como os indicadores para a avaliação do progresso e dos resultados do projeto.

O planeamento visa preparar em pormenor os recursos, a organização, a infraestrutura física e a metodologia para a execução do projeto (Monteiro, 2009). Na fase de planeamento, estabelecidos os objetivos que orientarão o projeto, define-se um conjunto de atividades orientadas à respetiva consecução.

4.2.1. Finalidade

Este projeto tem por finalidade implementar, num serviço de internamento de medicina da ULSTS, um programa de acompanhamento em proximidade do doente crónico complexo (PADcc), que promova a capacitação do doente/cuidador, na gestão da doença e do regime terapêutico, e contribua para uma utilização mais eficiente dos recursos em saúde existentes.

4.2.2. Objetivos e atividades

Tendo presente a finalidade deste projeto, foram estabelecidos quatro objetivos gerais que se desdobraram em vários mais específicos. Para cada um destes últimos, foram programadas atividades particulares que, não só permitirão a respetiva concretização, como asseguram a coerência e a consistência das mesmas face aos objetivos e à finalidade do projeto.

1. Reunir os recursos humanos e materiais necessários.
 - 1.1. Envolver os diferentes atores do serviço no desenvolvimento do programa.
 - Realizar duas sessões (em dias diferentes) de apresentação do programa aos elementos da equipa do serviço de medicina UF1 sobre:
 - Pertinência e sentido do projeto;
 - Objetivos e plano de intervenção;
 - Principais intervenientes e beneficiários;
 - Resultados esperados.
 - 1.2. Constituir a equipa de enfermeiros gestores de caso necessária para a implementação do PADcc.
 - 1.2.1. Motivar e sensibilizar a equipa de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.
 - Realizar uma sessão de apresentação e discussão conjunta do PADcc, nomeadamente:
 - Papel dos gestores de caso;
 - Critérios de elegibilidade e de exclusão de doentes do PADcc;
 - “Roteiro” do doente elegível e participação dos diferentes atores profissionais;
 - Sinalização atempada dos doentes à equipa do projeto.
 - 1.2.2. Atualizar os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, em gestão de casos.
 - Reunir com os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica para aprofundar os objetivos, a forma e os meios de intervenção do enfermeiro gestor de caso;
 - Disponibilizar, num documento escrito, as atribuições e as competências necessárias para o exercício do papel de gestor de caso no PADcc.
 - 1.3. Definir/Negociar as horas de trabalho/DCC e o horário dos enfermeiros “gestores de caso” dedicados ao PADcc.
 - Reunir com a enfermeira gestora do serviço para negociar o número de horas destinadas à implementação do PADcc.

- 1.4. Garantir a disponibilidade e a funcionalidade dos recursos físicos e materiais.
- Negociar com a enfermeira gestora do serviço a utilização pontual de um espaço para a realização das sessões de acompanhamento presencial/telefónico;
 - Dotar o espaço de reunião/trabalho com as condições necessárias, nomeadamente telefone com acesso ao exterior;
 - Requer aos serviços de informática a criação de um e-mail institucional associado ao PADcc (criação de “aliás” para todos os endereços eletrónicos institucionais dos membros da equipa).
- 1.5. Criar uma rede de enfermeiros do hospital e dos cuidados de saúde primários, da ULS Tâmega e Sousa.
- Solicitar aos responsáveis dos ACES Tâmega I, Tâmega II e Tâmega III a indicação de um enfermeiro de referência de contacto, em cada um dos centros de saúde, para posterior contacto no âmbito do PADcc;
 - Contactar individualmente cada um dos enfermeiros de referência dos diferentes ACES da envolvente da ULS do Tâmega e Sousa.
2. Proceder a ajustes na organização e no funcionamento do serviço para acolher o PADcc.
- 2.1. Operacionalizar a sinalização dos DCC.
- 2.1.1. Implementar a sinalização através do Sistema Informático (SI).
- Requer ao serviço de informática a criação de um alerta (envio de e-mail automático ao enfermeiro gestor de caso) por cada doente internado no serviço que, nos últimos 365 dias, cumpra um dos seguintes critérios: quatro, ou mais, episódios de urgência; mais de três internamentos;
 - Fornecer lista ao SI dos enfermeiros gestores de caso e respetivos endereços de e-mail.
- 2.1.2. Implementar a sinalização por identificação interna de casos no serviço.
- Informar os profissionais da saúde do serviço da necessidade de referenciar, aos enfermeiros gestores de caso, os doentes crónicos complexos de que tenham conhecimento.

2.1.3. Assegurar uma comunicação eficiente entre os profissionais de saúde envolvidos, o doente e o cuidador.

- Formalizar os meios de comunicação interna a utilizar para veicular informação relativa aos doentes admitidos no programa.
 - O e-mail será utilizado como meio preferencial para toda a comunicação;
 - Nas comunicações eletrónicas, os profissionais de saúde utilizarão o seu endereço de e-mail institucional;
 - Para os contactos com doentes e cuidadores, poderão ser utilizados outros meios como o telefone (voz) ou a videochamada.

2.2. Operacionalizar o acompanhamento dos DCC após a alta clínica.

- Requerer ao serviço de informática a criação da “consulta de acompanhamento”, no sistema de registo hospitalar (SCLínico), acessível à equipa dos “enfermeiros gestores de caso”, onde será documentada a conceção e a prestação de cuidados de enfermagem após a alta médica.

3. Implementar quotidianamente o PADcc no serviço de medicina.

3.1. Efetuar a admissão do doente internado no serviço de medicina ao PADcc.

3.1.1. Avaliar o cumprimento dos critérios de elegibilidade.

- Abordagem inicial do doente/cuidador e consulta do processo clínico para verificar os critérios de inclusão e exclusão do PADcc, a realizar pelo enfermeiro gestor de caso escalado no primeiro dia útil após sinalização do doente.

3.1.2. Obter o consentimento do doente/cuidador para participar no PADcc.

- Reunir presencialmente com o doente/cuidador para informar da finalidade e objetivos do PADcc, esclarecer dúvidas e, se o doente aceder em participar no programa, para obter o consentimento informado (anexo I).

3.1.3. Atribuir o enfermeiro gestor de caso de referência.

- Apresentar ao doente/cuidador o enfermeiro gestor de caso que acompanhará o doente durante o desenvolvimento do programa.

3.2. Auditar o processo de conceção de cuidados.

- Proceder à revisão do plano de cuidados instituído e efetuar alterações ao mesmo, se necessário.

- 3.3. Acompanhar o doente no internamento.
 - Executar as intervenções reservadas ao gestor de caso;
 - Supervisionar a evolução da situação clínica;
 - Reformular o plano de cuidados, se necessário.
 - 3.4. Promover a capacitação do cuidador.
 - Implementar intervenções que capacitem o cuidador na gestão do regime terapêutico, se necessário.
 - 3.5. Assegurar a integração dos cuidados de saúde primários.
 - Estabelecer, o mais precocemente possível, contacto com o enfermeiro dos cuidados de saúde primários.
 - 3.6. Garantir, no momento da alta hospitalar, o cumprimento dos requisitos para alta (ver programa).
 - Fazer a verificação dos itens necessários para garantir a segurança na alta hospitalar.
 - 3.7. Acompanhar o doente após a alta clínica.
 - Efetuar o primeiro contacto, nas primeiras 24 horas, após alta hospitalar;
 - Agendar contactos telefónicos semanais durante 30 dias;
 - Contactar o enfermeiro dos cuidados primários para sinalizar a evolução do doente.
4. Assegurar o acompanhamento e a prestação de contas do PADcc.
 - 4.1. Identificar necessidades de correção ao planeamento e propiciar os ajustamentos, que se revelem necessários.
 - Agendar reunião mensal de acompanhamento do projeto, com os enfermeiros gestores de caso, a enfermeira gestora do serviço de medicina e a enfermeira gestora do departamento, para avaliar a implementação do projeto no serviço, nomeadamente:
 - Nível de execução das atividades programadas;
 - Dificuldades sentidas, obstáculos identificados e medidas corretivas;
 - Novas oportunidades e medidas de melhoria.
 - Agendar uma reunião técnica, quinzenalmente, com os enfermeiros gestores de caso, para apresentação dos novos casos clínicos e discussão do planeamento de cuidados de enfermagem.

4.2. Operacionalizar instrumentos para avaliação do PADcc.

- Submeter o questionário de satisfação (Anexo II) aos responsáveis do departamento da qualidade para aprovação do mesmo;
- Elaborar os relatórios intercalar e final do projeto, com referência ao número de doentes sinalizados, doentes acompanhados, número de sessões de acompanhamento presencial e telefónica, bem como número de episódios e urgência e internamento dos doentes acompanhados, entre outros aspetos.

4.2.3. Local de concretização

Este projeto será desenvolvido e implementado nas instalações do serviço de medicina UF1, da ULS do Tâmega e Sousa. Este serviço encontra-se no sétimo piso da unidade hospitalar Padre Américo, em Penafiel, e está integrado no departamento médico. O serviço de medicina UF1 articula-se com todos os demais serviços da área clínica do hospital voltados para a prestação de cuidados, sobretudo os que integram o departamento de urgência e emergência, o departamento cirúrgico e ambulatório. Para além dos serviços clínicos, conta com o apoio dos serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde ou de apoio clínico, serviços de apoio à gestão e logística e serviços de apoio técnico.

4.2.4. Duração e prazos

A execução de um projeto pode ser dividida em três momentos: fase de preparação, fase de implementação e a fase de avaliação. O conjunto das atividades de execução decorrerão durante um período 13 meses, desde setembro de 2024 a outubro de 2025.

As atividades de preparação necessárias à implementação do projeto, nomeadamente a realização das reuniões preparatórias e a ativação dos recursos previstos, terão lugar entre 2 setembro a 4 outubro de 2024.

Tendo presente que a atividade clínica de um serviço de medicina varia no decurso das diferentes épocas do ano, nomeadamente nos períodos de férias ou em picos de incidência de doenças contagiosas, decidiu-se estender a fase de implementação por um ano completo, com início a 7 de outubro de 2024, de forma a alcançar uma experiência mais abrangente e alargada da implementação do PADcc.

Reservaram-se, ainda, as duas últimas semanas de outubro de 2025 para ultimar o relatório final de avaliação, que será entregue a 31 do mesmo mês.

4.2.5. Beneficiários

Os beneficiários deste projeto são os doentes crónicos complexos, com quatro ou mais episódios de urgência ou mais de três internamentos, nos últimos 365 dias, que sejam admitidos no serviço de medicina UF1 da ULS do Tâmega e Sousa, e aceitem participar no PADcc.

Apesar da dificuldade em se estimar o número de doentes/cuidadores que serão acompanhados no âmbito do projeto, a experiência piloto realizada no mesmo serviço, leva a considerar realista a integração no PADcc de um doente/cuidador a cada duas semanas, o que perfaz 26 doentes/cuidadores ao longo do ano.

Tendo presente que o tempo médio de internamento no serviço de medicina UF1 é de seis dias e que os doentes crónicos complexos apresentam uma condição de saúde agravada, estima-se um tempo médio de internamento por DCC de sete dias. Em função dos resultados da experiência piloto realizada, admite-se que cada um destes doentes/cuidadores terá necessidade, após a alta, de um mês de acompanhamento por parte do gestor de caso.

4.2.6. Recursos e intervenientes

Este projeto exige recursos humanos, materiais e físicos. A seleção destes recursos (Tabela 3) é uma etapa essencial, já que pode pôr em causa a viabilidade e o sucesso do projeto.

Tabela 3 – Recursos do projeto

| RECURSOS | |
|------------------|---|
| Humanos | 4 enfermeiros especialistas (gestor de caso) a tempo parcial; Médico, nutricionista, assistente social (colaboração pontual) |
| Materiais | Computador, telefone, consumíveis de escritórios, material clínico... |
| Físicos | Gabinete de trabalho (dedicado - ocasional) Sala de reuniões e outros espaços (sempre que necessário) |

A autora do projeto, para além da dinamização e da promoção do projeto, assumir-se-á, na fase da execução, como gestora de projeto. Neste quadro, terá como principais atribuições motivar

a equipa de gestores de caso a atingir os objetivos, facilitar a resolução de problemas, bem como, garantir que todas as atividades planeadas se realizem no período temporal previsto. A gestora do projeto será, também, responsável por organizar e coordenar as diferentes reuniões previstas. Cabe-lhe, ainda, reunir todos os dados e informações relevantes, para a elaboração do relatório intercalar e do relatório final do projeto. Para a realização deste conjunto de atividades, serão necessárias cerca de 96 horas (35 horas para as atividades de preparação prévias à implementação e 61 horas para a realização das reuniões técnicas e de acompanhamento, bem como para a elaboração dos relatórios), a alocar à gestora do projeto.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, do serviço de medicina, assumem o papel de enfermeiros gestores de caso. Pese embora a intervenção do enfermeiro gestor de caso não pretenda substituir a ação do enfermeiro responsável pela prestação de cuidados ao doente, a avaliação dos doentes referenciados, a supervisão do plano de cuidados, a execução de outras intervenções de enfermagem ou o acompanhamento do doente/cuidador após a alta, consumirão horas de trabalho não habituais ao enfermeiro gestor de caso. De facto, o custo mais elevado, associado diretamente ao projeto, será o que corresponde ao pagamento do acréscimo de horas dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Cada um dos doentes integrados no PADcc consumirá, durante os sete dias previstos de internamento, aproximadamente dez horas de trabalho aos enfermeiros gestores e, no mês de acompanhamento após a alta, mais quatro horas de trabalho dos mesmos enfermeiros. A confirmar-se a integração no PADcc de um doente/cuidador a cada duas semanas, os enfermeiros gestores de caso terão, em média, um acréscimo de trabalho dedicado ao programa de uma hora por dia. De facto, com 26 doentes integrados no PADcc, exigindo, cada um destes, 14 horas de trabalho do enfermeiro gestor de caso (dez horas no internamento mais quatro após a alta), perfaz um total de 364 horas de trabalho anuais, para concretizar a fase de implementação do projeto.

Os restantes elementos da equipa multidisciplinar do serviço (equipa de enfermagem, médico de medicina interna, nutricionista e assistente social) asseguram os cuidados de saúde nos termos habituais e prestam colaboração ao PADcc quando esta for solicitada pelo gestor de caso. Esta colaboração não implica acréscimo de horas de trabalho, já que as tarefas necessárias serão asseguradas pelos profissionais do serviço ou pelos que já colaboram com o mesmo. Acresce que não se prevê que o nível de envolvimento destes profissionais ultrapasse o padrão habitual de trabalho praticado atualmente no serviço de medicina.

Os recursos materiais e físicos necessários à implementação deste projeto, praticamente, não acrescentam custos financeiros à instituição. O projeto executar-se-á com a capacidade já instalada e sem necessidade de aquisição de equipamento ou da realização de qualquer obra de requalificação das instalações. Na verdade, o esforço exigido em termos dos recursos materiais e físicos passa pela disponibilização e alocação ao PADcc de equipamentos, como o telemóvel ou o computador, ou de espaços, como o gabinete de trabalho.

4.2.7. Avaliação e monitorização

Com a avaliação final do projeto pretende-se medir os resultados e analisar os efeitos do projeto. Por um lado, aferir em que medida o projeto produziu as mudanças que se tinham desejado e, por outro, identificar os resultados não esperados, que tanto podem ser positivos como negativos (Guerra, 2006). Para além desta avaliação final, importa acompanhar o desenvolvimento do projeto, monitorizado o seu desenvolvimento, de modo que seja possível controlar a respetiva execução. Em diferentes momentos, o grau de implementação e de realização das diferentes atividades será confrontado com à calendarização estabelecida e com os prazos fixados. Os recursos disponíveis serão comparados aos recursos previstos. Os resultados que vão sendo alcançados comparam aos objetivos previamente estabelecidos. Deste modo, será possível verificar se o planeamento continua ajustado face à realidade ou se, pelo contrário, é necessária a sua revisão com a introdução de alguns ajustes ao planeado ou mesmo com a implementação de medidas corretivas.

A monitorização será realizada regularmente de forma sistemática, para que, tão precocemente quanto possível, se possam identificar os desvios e proceder aos necessários ajustamentos.

Partindo do modelo de Donabedian, e tendo em conta que os indicadores de processo se referem aos “(...) *Cuidados (intervenções) levados a cabo pelos profissionais*” (Donabedian, 2003, p.46), este projeto apresenta como indicadores de processo:

- Número de novos doentes elegíveis para o programa, por semana;
- Número de novos e antigos doentes inscritos no programa, por dia;
- Número de sessões programadas presenciais efetuadas com o doente, por semana;
- Número de sessões programadas presenciais efetuadas com o cuidador, por semana;
- Número de contactos telefónicos realizados com o doente/cuidador, por semana;
- Número de doentes que recorreram ao serviço de urgência, sem contacto prévio com o enfermeiro gestor, nos 30 dias após alta clínica;
- Número de doentes com internamento até 30 dias após a alta clínica

Tendo em consideração que um indicador de resultado é aquele que origina “(...) *modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados*” (Donabedian, 2003, pp. 53), os indicadores de resultado são:

- Taxa de episódios de urgência dos doentes inscritos no PADcc sem contacto prévio com o gestor, a 30 e 180 dias;
- Taxas de reinternamento dos doentes inscritos no PADcc, a 30 e 180 dias;
- Taxa de satisfação dos doentes com os cuidados recebidos.

Numa lógica de acompanhamento em proximidade, para a avaliação do impacto do PADcc, será aplicado a todos os doentes/cuidadores um questionário de satisfação, aprovado pelo departamento de qualidade do hospital (Anexo II).

A par desta avaliação do desenvolvimento do projeto, serão realizadas reuniões quinzenais com os enfermeiros gestores de caso, para acompanhar a evolução dos doentes admitidos ao programa. Mensalmente, decorrerão reuniões em que, para além dos gestores de caso, participarão a gestora do serviço e a gestora do departamento. Estas reuniões permitirão avaliar a implementação do programa, nomeadamente o nível de concretização dos indicadores de processo, e decidir a eventual introdução de medidas corretivas.

Para a necessária prestação de contas relativas à implementação do projeto e para documentar a respetiva evolução, será elaborado um relatório de avaliação intercalar e um relatório final.

4.2.8. Programação das atividades

Neste subcapítulo são apresentadas, numa sequência temporal, as diferentes atividades de preparação, implementação e avaliação, programadas para a execução do projeto.

A calendarização das atividades é ilustrada através do diagrama de Gantt (Anexo III). Este cronograma, nomeadamente a data de realização de alguma das atividades planeadas, poderá ter de ser ajustado no futuro, caso ocorra alguma situação imprevista que condicione o planeamento inicial. Na verdade, o planeamento tem de ter a flexibilidade necessária para acomodar a realidade, tal como a mesma se apresente.

Nas cinco semanas iniciais (quatro semanas de setembro e a primeira de outubro de 2024) serão realizadas as atividades de preparação da implementação do PADcc. Estas atividades, a realizar pelo gestor do projeto, incluem um conjunto de ações que passam pela apresentação do PADcc, pela sensibilização da equipa de profissionais, pela preparação técnica dos recursos humanos

envolvidos, pela disponibilização e prontidão de equipamentos e outros recursos materiais, bem como pela efetivação dos ajustes necessários na organização e no funcionamento do serviço de medicina. Para a preparação e a concretização do conjunto de trabalhos previstos para esta etapa serão necessárias 35 horas de trabalho, alocadas, como antes se referiu, à gestora de projeto.

Para dotar este projeto dos recursos materiais necessários agendou-se, para a primeira semana de setembro, uma reunião de uma hora com a gestora do serviço, para assegurar um espaço físico para a realização das sessões de acompanhamento do doente/cuidador e definir o horário de trabalho dedicado ao PADcc pelos enfermeiros gestores de caso (enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica).

Ainda durante a primeira semana de setembro de 2024, terá lugar uma reunião de trabalho com o responsável pelo serviço de informática, com a duração de duas horas, para a disponibilização de um computador e de um telefone, com acesso ao exterior, para equipar o gabinete de trabalho existente no serviço de medicina. Nesta mesma reunião, será solicitada a criação de um alerta dos doentes internados no serviço de medicina que tenham quatro ou mais episódios de urgências ou mais de três internamentos, nos últimos 365 dias, e de um e-mail institucional para o programa PADcc. Esta reunião servirá, ainda, para fornecer a lista dos enfermeiros gestores e os seus respetivos endereços de e-mail.

Para a segunda semana de setembro, está agendada uma reunião com um responsável técnico do mesmo serviço de informático para preparar a criação de uma consulta de acompanhamento (teleconsulta) no sistema informático do hospital.

Ainda durante esta segunda semana, será submetido ao departamento de qualidade, para parecer, o questionário para avaliação da satisfação dos doentes com o PADcc, previamente elaborado.

Na terceira semana do mesmo mês, terá lugar uma reunião com os responsáveis por cada um dos ACeS, para elaborar uma lista de contactos nos diferentes ACeS que fazem parte da ULS. Esta reunião tem uma duração prevista de uma hora.

Ainda na mesma semana, com o intuito de envolver toda a equipa de profissionais do serviço de medicina, está planeada a realização de uma sessão de apresentação do PADcc, com duração de uma hora, para dar a conhecer a pertinência e sentido do projeto, os objetivos, os

beneficiários, o plano de intervenção, o papel dos principais intervenientes, bem como os resultados esperados.

Na quarta semana de setembro, será realizada uma sessão de trabalho com os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, destinada à preparação para o exercício do papel de gestor de caso. Nesta sessão de formação, com duração de seis horas, para além da apresentação do PADcc e da exploração de alguns conceitos relevantes para o desempenho do papel de gestor, serão discutidos e analisados diferentes aspetos de natureza operacional, nomeadamente o papel dos gestores de caso, os critérios de elegibilidade e de exclusão de doentes do PADcc, o “roteiro” do doente elegível para o programa e a participação dos diferentes atores profissionais na sinalização e no apoio ao acompanhamento dos doentes/cuidadores envolvidos no programa. Nesta sessão será disponibilizado um documento alusivo à temática.

Durante a primeira semana de outubro, na tentativa sensibilizar para o PADcc, o maior número possível de profissionais do serviço de medicina, será repetida a sessão de apresentação do programa realizada no mês de setembro.

Na segunda semana de outubro, reunidas todas condições humanas, materiais e organizacionais necessárias, terá início, com a referenciação do primeiro doente, a implementação do PADcc, que se prolongará até ao final da primeira semana de outubro.

As atividades de implementação do PADcc estão associadas ao processo de acompanhamento individual aos doentes/cuidadores admitidos neste programa. A realização destas atividades vai estar, por isso, associada à data de admissão e ao período de internamento dos doentes crónicos complexos no serviço de medicina. Não sendo possível prever o momento da admissão, o número de doentes admitidos, ou mesmo o consentimento para integrar o programa, fez-se uma distribuição homogénea, ao longo do ano, das atividades inerentes à participação do doente/cuidador no PADcc.

Ao longo dos meses de implementação do programa, os enfermeiros gestores de caso desenvolverão quotidianamente, com intensidade crescente, o conjunto de atividades inerentes à admissão e ao acompanhamento dos doentes/cuidadores referenciados para o PADcc no serviço de medicina. Estas atividades incluem ainda a obtenção do consentimento do doente/cuidador para participar no programa, a atribuição do enfermeiro gestor de caso, a revisão do processo de conceção de cuidados, o acompanhamento do doente no internamento,

a capacitação do cuidador, a integração nos cuidados de saúde primários, a verificação dos requisitos para alta e o acompanhamento do doente após a alta clínica. Este conjunto de atividades consumirá grande parte das horas de trabalho dos gestores de caso, que se estimam em sete horas por semana, num total 364 horas até outubro de 2025.

Ainda durante a implementação do PADcc, e a par da assistência clínica aos doentes/cuidadores, será acompanhado o desenvolvimento do programa e monitorizado o nível de execução do mesmo. Esta monitorização será coordenada pela gestora de projeto e consubstanciar-se-á na realização de diferentes tipos de reuniões, na aplicação de questionários de satisfação e na análise dos dados obtidos, na preparação e redação de relatórios de prestação de contas.

As reuniões mensais de acompanhamento do projeto com os enfermeiros gestores de caso, com a gestora do serviço e com a gestora do departamento, realizar-se-ão na segunda semana de cada mês, com início em novembro. Estão previstas 11 horas para a realização destas reuniões. Para as reuniões técnicas quinzenais com a equipa de gestores de caso, para acompanhamento da evolução dos casos, a terem início na quarta semana de outubro de 2024, está previsto um total de 25 horas.

O relatório de avaliação intercalar será submetido até ao final do mês de março de 2025.

Na última quinzena do mês de outubro de 2025, será ultimado o relatório final de prestação de contas, a remeter ao conselho de administração da ULS do Tâmega e Sousa.

Os relatórios serão elaborados pelo gestor de projeto, estando previstas 40 horas para a respetiva preparação e redação.

4.3. Aprovação e divulgação

O projeto de implementação do PADcc no serviço de medicina, depois de discutido com as diferentes partes interessadas, nomeadamente com a direção e gestão do referido serviço, será submetido ao Conselho de Administração da ULS Tâmega e Sousa, para aprovação.

Obtida a necessária autorização, introduzidos eventuais ajustamentos, dar-se-á início à fase de implementação do projeto, a qual corresponde à concretização do planeamento antes apresentado.

Concluída a implementação do PADcc e a avaliação do projeto, constitui um dever ético do dinamizador do projeto a divulgação do trabalho realizado e dos resultados obtidos com a

intervenção realizada. Esta divulgação permite o conhecimento externo do projeto e possibilita a discussão das estratégias adotadas na resolução de dificuldades análogas às que motivaram a realização deste projeto.

5. REFLEXÃO FINAL

A realização deste projeto estimulou e deu o mote para uma reflexão sobre os cuidados de saúde atuais. Desta, sobressaiu a necessidade de uma melhor integração dos cuidados, que permita dar resposta às necessidades do doente crónico complexo. Com uma efetiva integração dos cuidados, a alta hospitalar do doente não deve traduzir uma rutura, ou sequer uma suspensão, da resposta assistencial às respetivas necessidades. Os hospitais e os centros de saúde não podem ser “ilhas”, em que se prestam cuidados de forma fragmentada. É, por isso, fundamental criar pontes de contacto como forma de colmatar as necessidades de saúde destes doentes.

O desenvolvimento deste trabalho de projeto permitiu, também, repensar o papel diferenciador que os enfermeiros podem trazer para a vida do doente crónico e/ou do cuidador. Por força das suas competências específicas, nomeadamente cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores, tenho por convicção que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, está especialmente vocacionado para assumir este papel. Se este enfermeiro especialista detém as competências adequadas, importará que as ponha ao serviço dos seus clientes, mesmo que para isso seja necessário arquitetar novas oportunidades. Este projeto procura ser isso mesmo: uma proposta fundamentada, consolidada e sustentável de mudar a prática de cuidados, melhorando a assistência de saúde aos doentes crónicos complexos e respetivos cuidadores familiares, sem necessidade de disrupções com as práticas anteriores, nem exigência de recursos inatingíveis, antes rentabilizando o potencial humano existente.

De facto, para atingir aquele propósito, muito contribuirão medidas “simples” como a criação, no serviço de medicina, da figura do enfermeiro gestor de caso. Este gestor de caso deverá ser o enfermeiro de referência do doente crónico complexo. Com um acompanhamento em proximidade, deve coordenar a resposta da equipa de saúde às necessidades em saúde identificadas no internamento, antecipando complicações futuras. Após a alta hospitalar, deve facilitar o regresso a casa e a necessária continuidade dos cuidados, mitigando alguns constrangimentos existentes na atual resposta às necessidades do doente/cuidador.

A intenção inicial, aquando da preparação deste projeto, era a sua implementação no contexto para o qual foi delineado. No entanto, como este projeto foi elaborado no quadro de um percurso académico para a obtenção do grau de mestre, sobrepuseram-se os condicionalismos

de ordem temporal decorrentes da organização académica. Uma vez que a implementação deste projeto está sujeita à prévia aprovação do conselho de administração e o seu tempo de execução deverá aproximar-se dos doze meses, não foi possível proceder à mesma. No entanto, é nossa expectativa e intenção submeter o projeto à aprovação pelo conselho de administração da ULSTS para, desta forma, concretizar a implementação do PADcc no serviço de medicina.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson G., & Hopkins J. (2011). The Latest Disease Burden Challenge: People with Multiple Chronic Conditions, Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities. *OECD Publishing*; 15–35. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-4-en>
- Askerud, A., & Conder, J. (2017). Patients' experiences of nurse case management in primary care: a meta-synthesis. *Australian Journal of Primary Health*, 23(5), 420–428. <https://doi.org/10.1071/PY17040>
- Bandeira-de Oliveira, M., Aparicio-González, T., Del Cura-González, I., Suárez-Fernández, C., Rodríguez-Barrientos, R., & Barrio-Cortes, J. (2023). Adjusted morbidity groups and survival: a retrospective cohort study of primary care patients with chronic conditions. *BMC primary care*, 24(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02059-9>
- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hostital Quarterly*, 7(1), 73-82. <http://DOI: 10.12927/hcq.2003.16763>
- Barreto, X. (2021). Capital humano – a urgente mudança de paradigma. In Rodrigues, D & Correia, J. (Coords.), *Cuidados de saúde de proximidade – um roteiro para a humanização e integração*. (pp. 47-57), Edições Almedina.
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J.de A. (2011). Portugal. Health system review. *Health systems in transition*. 13(4), 1–156.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica – uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.
- Baxter, R., Shannon, R., Murray, J., O'Hara, J. K., Sheard, L., Cracknell, A., & Lawton, R. (2020). Delivering exceptionally safe transitions of care to older people: a qualitative study of multidisciplinary staff perspectives. *BMC health services research*, 20(1), 780. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05641-4>
- Berchet, C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OCDE Health Working Papers, N. º 83, *OCDE Publishing*, Paris, <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
- Berkman, N. D., Chang, E., Seibert, J., Ali, R., Porterfield, D., Jiang, L., Wines, R., Rains, C., & Viswanathan, M. (2021). *Management of High-Need, High-Cost Patients: A “Best Fit” Framework Synthesis, Realist Review, and Systematic Review*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Brazão, M. & Batista, A. (2022). Can We Really Improve Emergency Services in Portugal? *Lusíadas Scientific Journal*. Vol. 3. julho/setembro 2022 <https://orcid.org/0000-0002-2584-1573>
- Calero-García, M. J., Ortega, A. R., Navarro, E., & Calero, M. D. (2017). Relationship between hospitalization and functional and cognitive impairment in hospitalized older adults' patients. *Aging & mental health*, 21(11), 1164–1170. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220917>

- Campos, L. (2021). Os pilares da mudança e a governação. In Rodrigues, D & Correia, J (Coords.). *Cuidados de saúde de proximidade – um roteiro para a humanização e integração*. (pp. 23-36) Edições Almedina.
- Campos, A., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Edições Almedina.
- Carvalho, A., Dias, C., Morais, A., Veríssimo, M. T., Sousa, M. C.-B., Campos, L., & Maia, G. (2016). *Rede de Referência Hospitalar - Medicina Interna*. República Portuguesa - Saúde.
- Case Management Society of America (CMSA). (2017). What is case manager? Consultado em <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>
- Charchar, F., May, L., & Bolduc, L. (2005). Expérience d'un suivi systématique post hospitalization chez une clientèle ayant subi Syndrome Coronarien Aigu. *L'infirmière Clinicienne*, 2005, 2(1), (pp. 11-24).
- Chiu, W. K., & Newcomer, R. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional case management*, 12(6), 330–338. <https://doi.org/10.1097/01.PCAMA.0000300406.15572.e2>
- Chowdhury, S. R., Chandra Das, D., Sunna, T. C., Beyene, J., & Hossain, A. (2023). Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 57, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860>
- Cohen, E., & Cesta, T. (2004). *Nursing Case Management: From Essentials to Advanced Practice Applications*. (4th ed.). Elsevier Health Sciences, 34.
- Coleman, E. A., Boulton, C., & American Geriatrics Society Health Care Systems Committee (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556–557. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 166(17), 1822–1828. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
- Correia, J. (2019). *Celebrar a velhice: cheio de saúde ou com a doença crónica controlada*. *Medicina Interna*, 26(3), (pp. 187–188). <https://doi.org/10.24950/rspmi/PP/3/2019>
- Correia, J. (2021). O Imperativo da Proximidade dos Cuidados de Saúde. In Rodrigues, D & Correia, J (Coords.). *Cuidados de saúde de proximidade – um roteiro para a humanização e integração*. (pp. 15-22) Edições Almedina.
- Cruchinho, P. (2021). Efetividade da gestão de casos em Enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revisão da literatura. In H. Sousa (Org.), *Políticas e práticas em saúde e enfermagem* (pp. 89-99). Atena Editora. <https://orcid.org/0000-0002-5031-5727>
- David, H. M. S. L., Riera, J. R. M., Mallebrera, A. H., & Costa, M. F. L. D. (2020). Case management nurse in Spain: facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. *Ciência & saúde coletiva*, 25(1), 315–324. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>

- Decreto Lei n.º101/2016 de 6 junho (2016). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa. Portugal. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Lisboa. Portugal <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Donabedian, A., (2003) *An introduction to quality assurance in health care*, New York, Oxford University Press.
- Dusek, B., Pearce, N., Harripaul, A., & Lloyd, M. (2015). Care transitions: a systematic review of best practices. *Journal of nursing care quality*, 30(3), 233–239. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000097>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Estudo sobre o desempenho das unidades locais de saúde. <https://www.ers.pt/uploads/writerfile/document/1298/EstudosobreDesempenhodosULS-final.pdf>
- Ferrinho, P., Jorge, S., Miguel, J., Beja, A., Cortes, Mq & Hartz, Z. (2013). Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2.º Congresso Nacional de Medicina Tropical. 76-87.
- Ferrito, C. (2013). *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do trabalho de mestrado*. 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Peri-operatória. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Fleming, M. O., & Haney, T. T. (2013). Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 80 Electronic Suppl 1, eS2-eS6. <https://doi.org/10.3949/ccjm.80.e-s1.02>
- Furtado, L., & Nóbrega, M. (2013). Modelo de atenção crónica: inserção de uma teoria de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 22(4), 1197-1204. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400039>
- Guerra, I. C. (2006). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação: O planeamento em Ciências Sociais* (2.ª ed.). Principia.
- Guthrie, B., Makubate, B., Hernandez-Santiago, V., & Dreischulte, T. (2015). The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC medicine*, 13, 74. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0322-7>
- Hajat, C., & Stein, E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive medicine reports*, 12, 284–293. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
- Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V., & Naylor, M. D. (2015). Continuity of Care: The Transitional Care Model. *Online journal of issues in nursing*, 20(3), 1.
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P. L., Rihoux, B., Poitras, M. E., Lambert, M., Zomahoun, H. T. V., & Légaré, F. (2019). Characteristics of case management in primary care associated with positive outcomes for frequent users of health care: A systematic review. *Annals of Family Medicine*, 17(5), 448–458. <https://doi:10.1370/afm.2419>

- Hunt, K., Weber, H., Showstack, J., Colby, D., & Callaham, M. (2005). Characteristics of frequent users of emergency departments. *American College of Emergency Physicians*, 48(1) [doi:10.1016/j.annemergmed.2005.12.030](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2005.12.030)
- ICN. International Council of Nurses. (2009). Os Enfermeiros na Vanguarda dos Cuidados na Doença Crónica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KITDIE2010.pdf>
- ICN. International Council of Nurses (2010). Delivering Quality serving communities: Nurses Leading Chronic Care, Geneva, (ICN). ISBN: 978-92-9509400-0.
- INE. Instituto Nacional de Estatística. (2022). Instituto Nacional de Estatística – Estatísticas da Saúde: 2020. [url:https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156](https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156)
- INE. Instituto Nacional de Estatística. (2023). Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2021.
- ISO. (2017). ISO 10006:2017 Quality management — Guidelines for quality management in projects. International Organization for Standardization. <https://www.iso.org/standard/70376.html>
- Joo, J. Y., & Huber, D. L. (2018). Scoping review of nursing case management in the United States. *Clinical Nursing Research*, 27(8), 1002-1016. <https://doi.org/10.1177/1054773817717861>
- Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2019). Case management effectiveness for managing chronic illnesses in Korea: A systematic review. *International Nursing Review*, 66(1), 30–42. <https://doi.org/10.1111/inr.12472>
- Jurado, D., Alba, A., López-Acón, D., Company, P., & Tormo, F. (2021). Modelo de gestión de la condición crónica litiásica (Kaiser Permanente) [Healthcare management protocols for chronic stone disease (Kaiser Permanente)]. *Archivos españoles de urología*, 74(1), 129–134.
- Keel, G., Muhammad, R., Savage, C., Spaak, J., Gonzalez, I., Lindgren, P., Guttmann, C., & Mazzocato, P. (2020). Time-driven activity-based costing for patients with multiple chronic conditions: a mixed-method study to cost care in a multidisciplinary and integrated care delivery centre at a university-affiliated tertiary teaching hospital in Stockholm, Sweden. *BMJ open*, 10(6), e032573. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032573>
- Kodner D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare quarterly* (Toronto, Ont.), 13 (spec N.º), 6–15. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *International journal of integrated care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Lubkin, I., & Larsen, P. (2005). *Chronic illness: impact and interventions*. (6th ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 458.
- Manning, E., & Gagnon, M. (2017). The complex patient: A concept clarification. *Nursing & health sciences*, 19(1), 13–21. <https://doi.org/10.1111/nhs.12320>

- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD000050. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000050>
- Martins, J. (2021). Equipa de suporte doentes crónicos complexos da ULS Matosinhos. In Rodrigues, D & Correia, J (Coord.), *Cuidados de saúde de proximidade – um roteiro para a humanização e integração*. (pp. 169-178) Edições Almedina.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, 17(1), 230. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):841-853. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
- Mercer, S., Salisbury, C., & Fortin, M. (Eds.). (2014). *ABC da Multimorbidade* (Vol. 247). John Wiley & Filhos.
- Ministério da Saúde (2016). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2015).
- Ministério de Saúde (2019). Relatório e contas do ministério da saúde e do serviço nacional de saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RelatorioContasMSSNS2019.pdf>
- Monteiro, M. H. (2009). *A Gestão de Projetos – Aplicação ao sector da saúde*. Revista Dirigir Instituto Do Emprego e Formação Profissional. ISSN: 0871-7354 Nº106 (abril, maio junho, 2009). pp.19-27.
- Mount, J. K., Massanari, R. M., & Teachman, J. (2015). Patient care complexity as perceived by primary care physicians. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 33(2), 137–145. <https://doi.org/10.1037/fsh0000122>
- Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. Revista Percursos. ISSN: 1646-5067. N.º 15, pp. 1-37.
- Nuño-Solinís, R. (2007). Good practices in health care management: Kaiser Permanente case. *Revista de Administracion Sanitaria*. 5. 283-292.
- OECD (2008). Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development. http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_34631_40902299_1_1_1_37407,00.htm
- OCDE. (2017). Lesson 7. Health literacy helps drive high-value care. In *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality* (OECD Reviews of Health Care Quality) (pp. 40-42). Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>
- OECD. (2021). Portugal: Perfil de saúde do país 2021. OCDE Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/766c3111-pt>
- OMS. (2018). Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>

- Ovretveit, J., Hansson, J., & Brommels, M. (2010). An integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health policy* (Amsterdam, Netherlands), 97(2-3), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.012gra>
- Palmer K., Marengoni A., Forjaz M.J., Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth C, Navickas R, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Souchet L, Valderas J, Vontetsianos T, Zaletel J, & Onder G; Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*. 2018 Jan; 122(1):4-11. [doi:10.1016/j.healthpol.2017.09.006](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006)
- Pinto, A.M. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2 (11), 74-86.
- PMI. (2017). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge* (PMBOK), 6.ª ed., PMI Publishing Division.
- Pordata (2022) Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, MR, Gonçalves, SC, Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Resultados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 32 (1), 30–37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica DR, 2.ª Série, pp. 4744-4750 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Renke, S., Nguyen, O. K., Shoeb, M. H., Magan, Y., Wachter, R. M., & Ranji, S. R. (2013). Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 433–440. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-sa158-5-201303051-00011>
- Robert Wood Johnson Foundation (2010) Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/RevistaPercursos_15.pdf
- Sá, J. (2021). O capital humano. In Rodrigues, D & Correia, J. (Coord.), *Cuidados de saúde de proximidade – um roteiro para a humanização e integração*. pp. (37-45) Edições Almedina
- Sandberg, M., Kristensson, J., Midlov, P., & Jakobsson, U. (2015). Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: a randomized controlled trial (RCT). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 71-81. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.009>
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático: 7, 29-56.

- Santos, A.P., Gil, A.P., Kislaya, I., Antunes, L., Barreto, M., Namorado, S. & Gaio, V.. (2016) 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): relatório metodológico. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Saraiva, D. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE_MISIE_SET2011.pdf
- Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S., & Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the elderly: Can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs & Aging*, 28(7), 509–518. <http://dx.doi.org/10.2165/11592010-000000000-00000>
- Vinton, D. T., Capp, R., Rooks, S. P., Abbott, J. T., & Ginde, A. a. (2014). Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/emered-2013-202407>
- Vogeli, C., Shields, A. E., Lee, T. A., Gibson, T. B., Marder, W. D., Weiss, K. B., & Blumenthal, D. (2007). Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *Journal of general internal medicine*, 22 Suppl 3 (Suppl 3), 391–395. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0322-1>
- White, P., & Hall, M. E. (2006). Mapping the literature of case management nursing. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 94(2 Suppl), E99–E106.
- World Health Organization (2008). The Challenges of a changing world. The World Health Report 2008—primary Health Care (Now More Than Ever), p. 21.
- World Health Organization (2010). Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). on Health Systems and Policies European Observatory Studies Series N.º 20 TACKLING CHRONIC DISEASE IN EUROPE Strategies, interventions and challenges. <https://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/0008/96632/E93736.pdf>
- World Health Organization (2016). Integrated Care Models: An Overview. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

ANEXOS

ANEXO I – Consentimento informado

**Programa de Acompanhamento de Doentes Crónicos Complexos no Serviço de Medicina
(PADcc)**

Consentimento informado

No serviço de medicina UF1 da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, está a decorrer um Programa de Acompanhamento de Doentes Crónicos Complexos, desenvolvido por enfermeiros especialistas médico-cirúrgica. Com este programa, os enfermeiros especialistas assumem o papel de gestores de caso, pretendendo promover a capacitação do doente, e/ou cuidador, na gestão da doença e do regime terapêutico, e contribuir para uma utilização mais eficiente dos recursos em saúde.

Este acompanhamento, aos doentes crónicos complexos, inicia-se no internamento e prolonga-se após a alta clínica, com a elaboração de um plano de cuidados individualizado que dê resposta às necessidades dos doentes.

Assim, pedimos-lhe que aceite participar neste programa, o qual não tem qualquer tipo de dano para o participante. A informação obtida será utilizada apenas no âmbito do programa e apenas para dar resposta ao objetivo deste projeto.

Desde já agradecemos a sua valiosa colaboração.

Atentamente,

(Responsável pelo programa)

Programa de Acompanhamento de Doentes Crónicos Complexos no Serviço de Medicina

Consentimento Informado

N.º

Eu, _____
(o seu nome e apelido), processo clínico nº _____

declaro que:

Fui informado(a) que o programa que vou integrar tem como objetivo fazer um acompanhamento próximo da minha condição de doente crónico complexo durante o internamento e após a alta.

Sei que não foi identificado qualquer dano para os participantes e que este programa se desenvolve no serviço de medicina UF1 da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa. Foi-me garantido que os dados relacionados com a identificação dos participantes são confidenciais. A minha participação é voluntária podendo retirar-me em qualquer momento da mesma.

Entendi a informação que me foi transmitida, tive a oportunidade de colocar perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Assim, **aceito** participar no “Programa de Acompanhamento dos Doentes Crónicos Complexos no serviço de medicina”.

Data

___/___/___

Assinatura

ANEXO II – Questionário de satisfação

Avaliação da satisfação do doente/cuidador admitido no PADcc

A satisfação dos doentes e/ou cuidadores com o PADcc é considerada no âmbito da implementação do PADcc, uma medida de qualidade, reconhecida pelos profissionais de saúde envolvidos. As avaliações do doente/cuidador constituem um juízo referente à qualidade dos cuidados prestados envolvendo valores, experiências, expectativas e perceções dos doentes, também podem constituir um indicador dos aspetos dos cuidados de enfermagem passíveis de melhoramento.

O objetivo é avaliar o grau de satisfação do doente/cuidador relativamente aos cuidados prestados pela equipa do PADcc.

O questionário proposto é anónimo e aplicado através de um formulário do Google Forms (enviado através de email). Este inquérito avalia o atendimento, a qualidade, “melhoramentos/sugestões”.

Questionário de satisfação do doente/cuidador admitido no PADcc

Este questionário é anónimo, agradecemos a sua colaboração no preenchimento do mesmo para avaliar o seu grau de satisfação do PADcc, a sua colaboração é importante para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Idade:

Género: Feminino Masculino Outro

Por favor, indique o item que mais se aproxima da sua opinião:

- Satisfação com cuidados prestados pelos enfermeiros gestores
 - Muito satisfeito
 - Satisfeito
 - Pouco satisfeito
 - Insatisfeito
- Cortesia dos enfermeiros gestores
 - Muito satisfeito
 - Satisfeito
 - Pouco satisfeito
 - Insatisfeito
- Facilidade de contacto telefónico
 - Muito satisfeito
 - Satisfeito
 - Pouco satisfeito
 - Insatisfeito
- Globalmente qual a sua satisfação com os serviços prestados?
 - Muito satisfeito
 - Satisfeito
 - Pouco satisfeito
 - Insatisfeito
- Recomendaria este serviço a outros?
 - Sim
 - Não
- Sugestões de melhoria (texto livre)

Grata pela colaboração

ANEXO III – Diagrama de Gantt

Diagrama de Gantt

