

# *Projeto de Integração de Cuidados*

*Utilizadores Frequentes SU*

*Gestor de caso como modelo de intervenção*

**novembro de 2016**

**ULSLA**

Adelaide Belo

# Fragmentação dos Cuidados



“A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados, revelou-se não só incorreta do ponto de vista médico, mas também geradora de disfunções sob o vista organizativo. Dai a criação de unidades integradas de cuidados de saúde – unidades de saúde – que hão-de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais .....

***Estatuto do SNS- DL nº.11/93 de 15 de Janeiro de 1993***

# Integração de Cuidados

## **Definição OMS – 2008**

“Entende-se como integração as formas de interligação e cooperação na prestação de cuidados de modo a garantir a continuidade assistencial dos utentes, tendo em vista a maximização da eficiência na resposta e os melhores resultados em saúde”

# Integração Sistémica



**Integração Normativa**

*Adaptado de Fullop et al(2005)*

# Objetivo de integração de cuidados

Processo facilitador para o desenvolvimento de trabalho integrado de todo o sistema de modo a atingir **MAIOR:**

- Qualidade dos cuidados;
- Qualidade de vida;
- Satisfação dos utentes;
- Eficiência do sistema;
- Resultados em saúde.

# A integração envolve:

- Atividade multidisciplinar;
- Incentivos alinhados;
- Uso de TI;
- *Guidelines*;
- *Accountability – prestação de contas; responsabilização*;
- População definida;
- Partilha de gestão de caso;
- Liderança;
- Cultura colaborativa.

# Integração Clínica

## **Conceito:**

- Continuidade;
- Coordenação;
- Gestão de Doença, gestão de caso;
- Comunicação entre prestadores;
- Partilha de responsabilidade;
- Partilha de informação/registos.

# Gestão da Doença Crónica

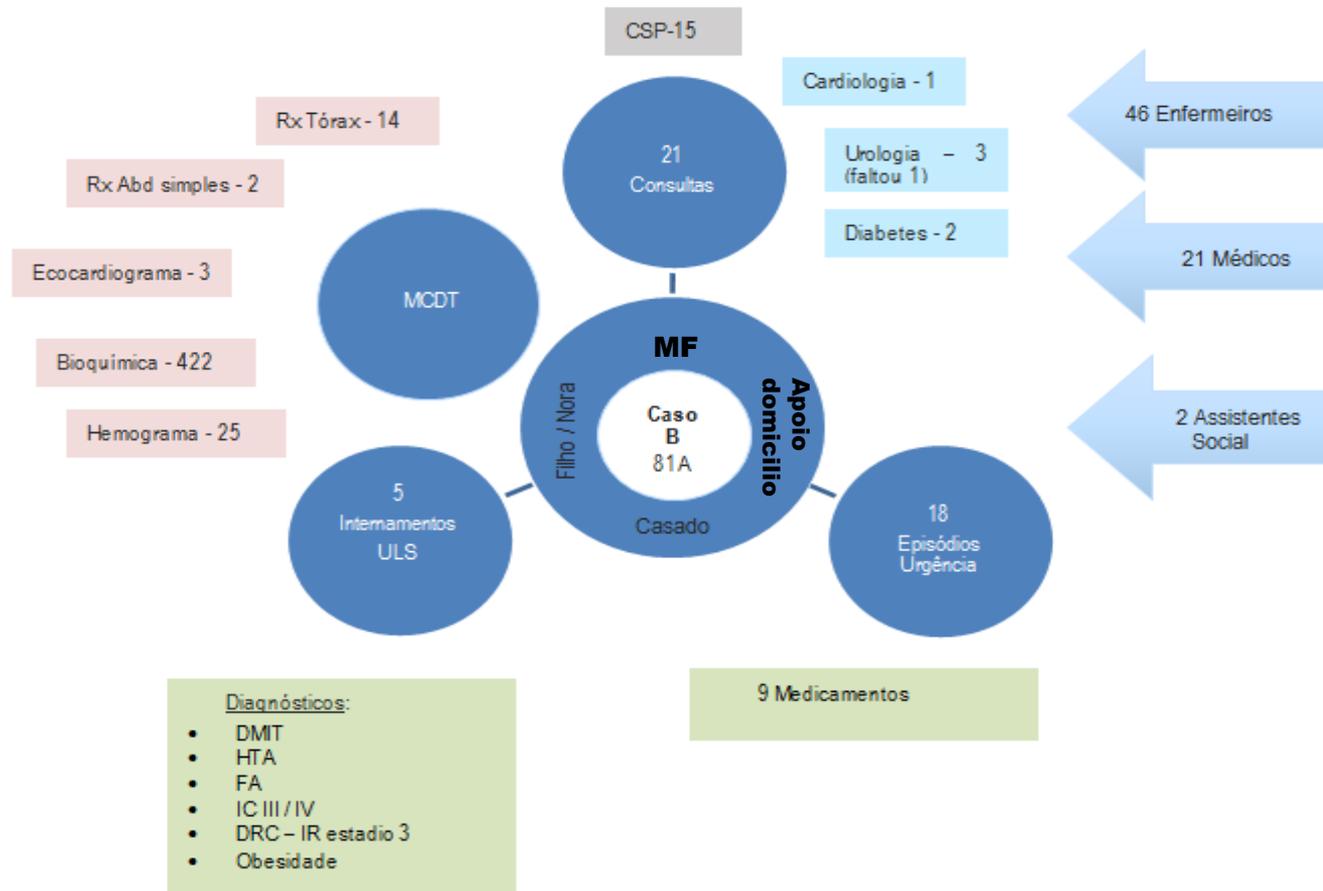
Estratificação do Risco

Coordenação de Cuidados

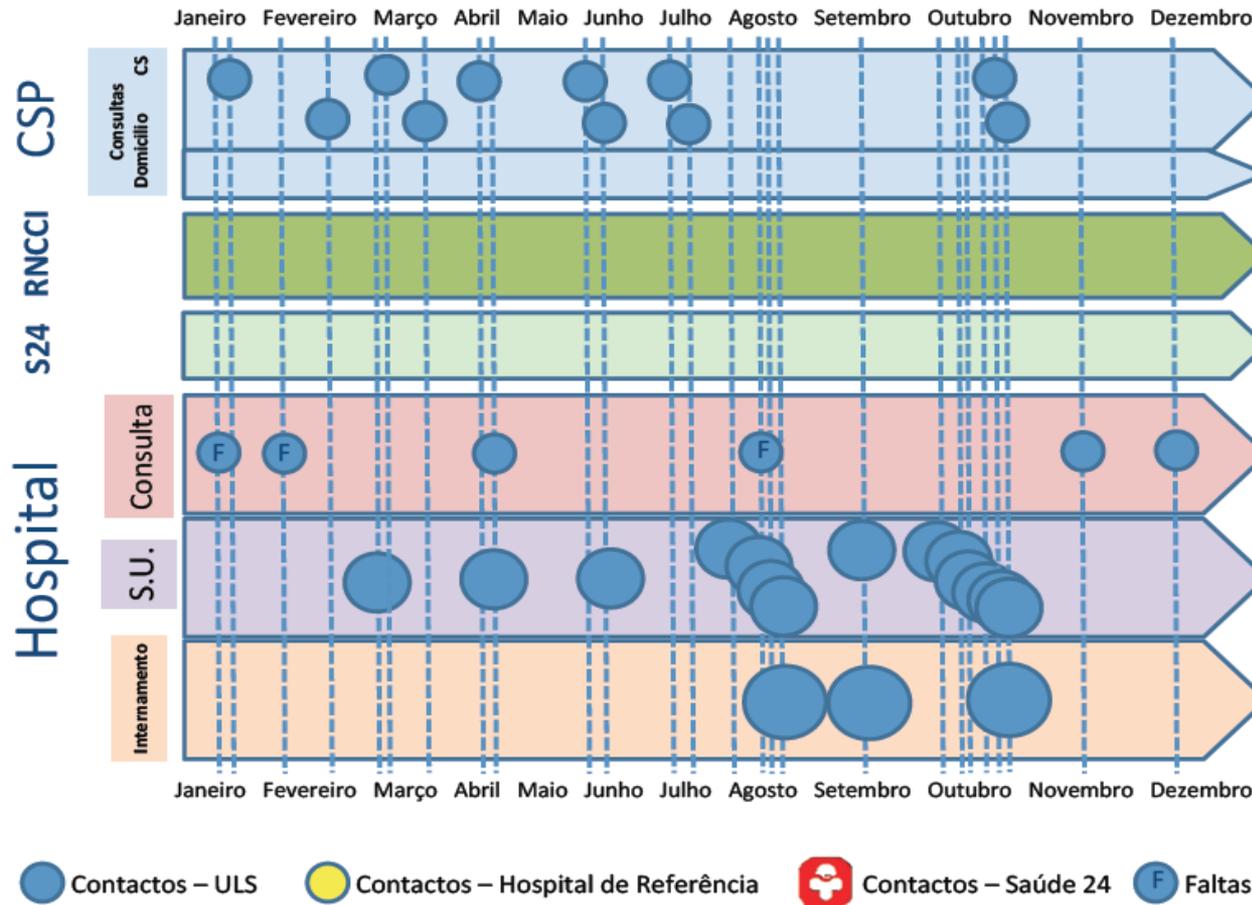
**Proativos**

*E não pela dicotomia CSP/CSH*

# Um ano na vida de um doente com multimorbididades .....



# Utilização dos serviços de saúde- 2015



Utilizam todos os serviços

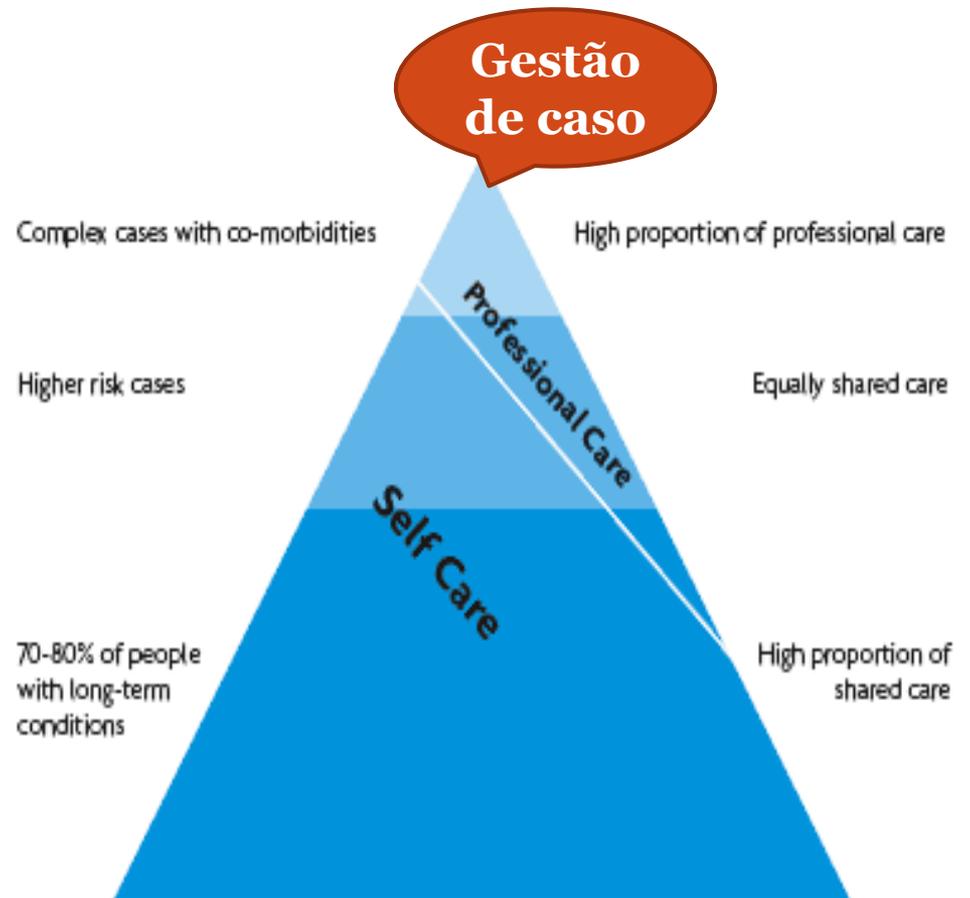
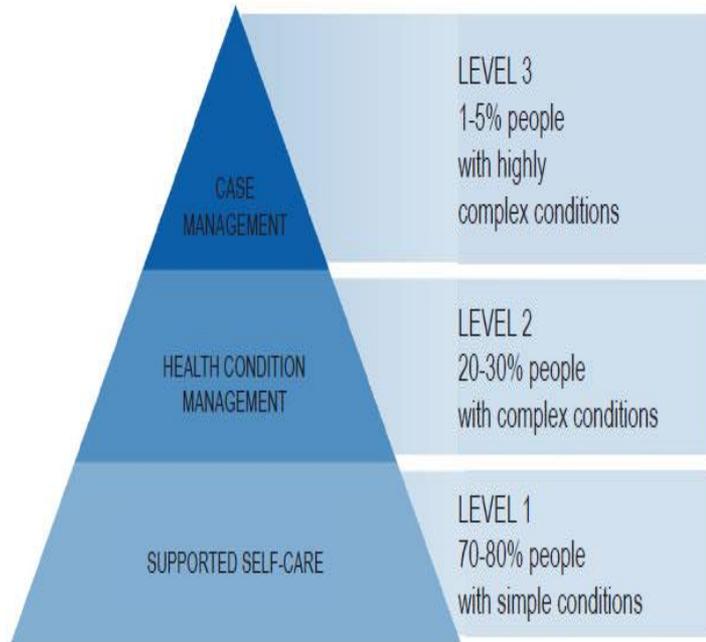
## AVALIAÇÃO SOCIAL:

O doente B **coabita com a esposa a qual apresenta a mesma faixa etária** que o doente. **O casal tem dois filhos**, um residente em Grândola já reformado e outra desempregada que reside nas proximidades da localidade de residência do doente. Contudo, esta última, não presta qualquer tipo de apoio ao doente, com contatos esporádicos com o mesmo.

Atualmente o doente apresenta-se **parcialmente dependente** de terceiros, para ter asseguradas as suas atividades de vida diária. De acordo com a informação fornecida pela nora do doente, este **auferir de apoio domiciliário** institucional, por parte da instituição local bem como **apoio familiar de suporte por parte desta nora e filho**, que se encontram ambos com disponibilidade para o feito. **Referem ainda garantir o controlo e administração da medicação.**

Contudo, a família refere tratar-se de um casal de idosos (doente e esposa) muito apelativos, que por muito apoio que estejam a auferir **consideram que em todas as situações de fragilidade será para recorrer ao hospital**. Salientam ainda que “em grande parte das situações só dão conhecimento aos filhos, do seu estado de aflição, após contacto com os bombeiros, o que é inevitável a vinda ao serviço de urgência”sic. Referem ser **uma situação, que enquanto família também tem dificuldade em gerir**. O doente **recusa sair do seu domicílio, bem como integrar uma resposta lar**. **Mais se informa que se trata de uma família presente e preocupada com a situação de doença do próprio, assegurando todos os cuidados que o doente carece.**

# Estratificação de risco / Adequação dos cuidados



Source: Department of Health<sup>18</sup>; Porter e Kellogg<sup>19</sup>.  
Figure 2 - Risk Pyramid.

## **Gestão de caso**

Processo colaborativo de trabalho que permite a integração da prestação de cuidados em torno das necessidades de um indivíduo frágil, com multiborbilidades

- Focado– necessidades do indivíduo e família
- Baseado na comunidade
- Proativo

*“pacote de cuidados” vs intervenção pontual*

## **Gestão de caso**

### **componentes**

- ✓ Identificação do caso
- ✓ Avaliação clínica, familiar, social e cultural
- ✓ Avaliação do cuidador
- ✓ Plano de cuidados partilhado/negociado
- ✓ Coordenação de cuidados – *gestor de caso*  
- *integrado numa equipa multidisciplinar* -

# Funções do Gestor de Caso - Revisão da literatura

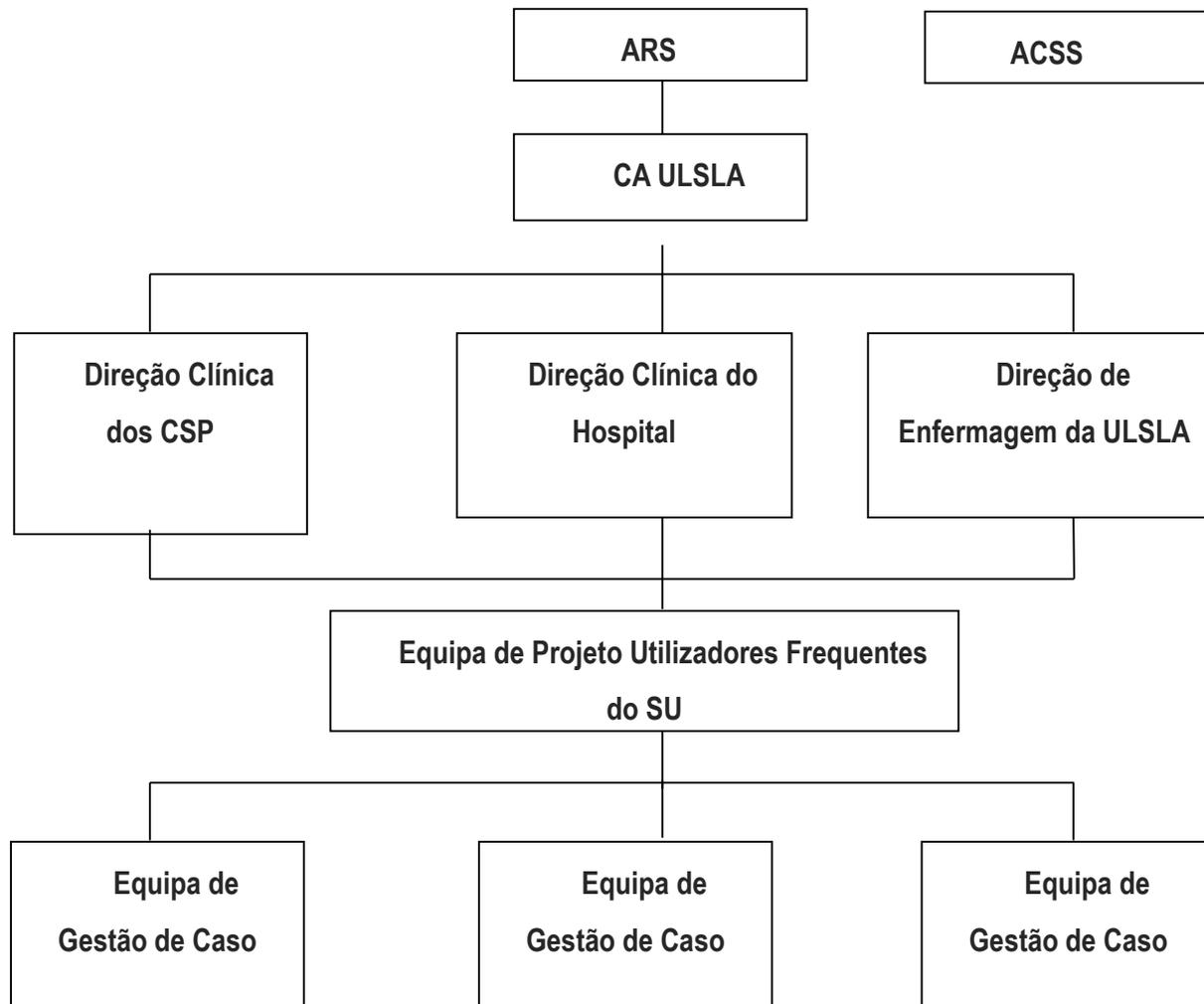
5 funções mais frequentes	Nº de estudos
Visitas domiciliárias	7
Definição/implementação do plano individual	6
Ligação/Comunicação entre os prestadores e com a comunidade	6
Ajudar os doentes a “navegar” no sistema - ponto fixo de contacto	5
Monitorização após alta; gestão da medicação; ensinos consultas, MCDT (via telefone ou email)	5

# Momento importante para...

- **Capacitar os doentes/cuidadores a usar o plano de cuidados**
- **Verificar inconsistências na medicação**
- **Coach para alterações no estilo de vida**
- **Visão holística do doente**
- **Gerir expetativas**
- **Criar CONFIANÇA**



# Organigrama



# Gestor de caso - modelo de intervenção nos UF

## Equipa de Projeto

Hospital + CSP

- Identificação automático -SI - UF/SU
- Sinalização à equipa de gestão de projeto
- Convite ao doente a integrar projeto após avaliação

## Equipa Gestão de Caso

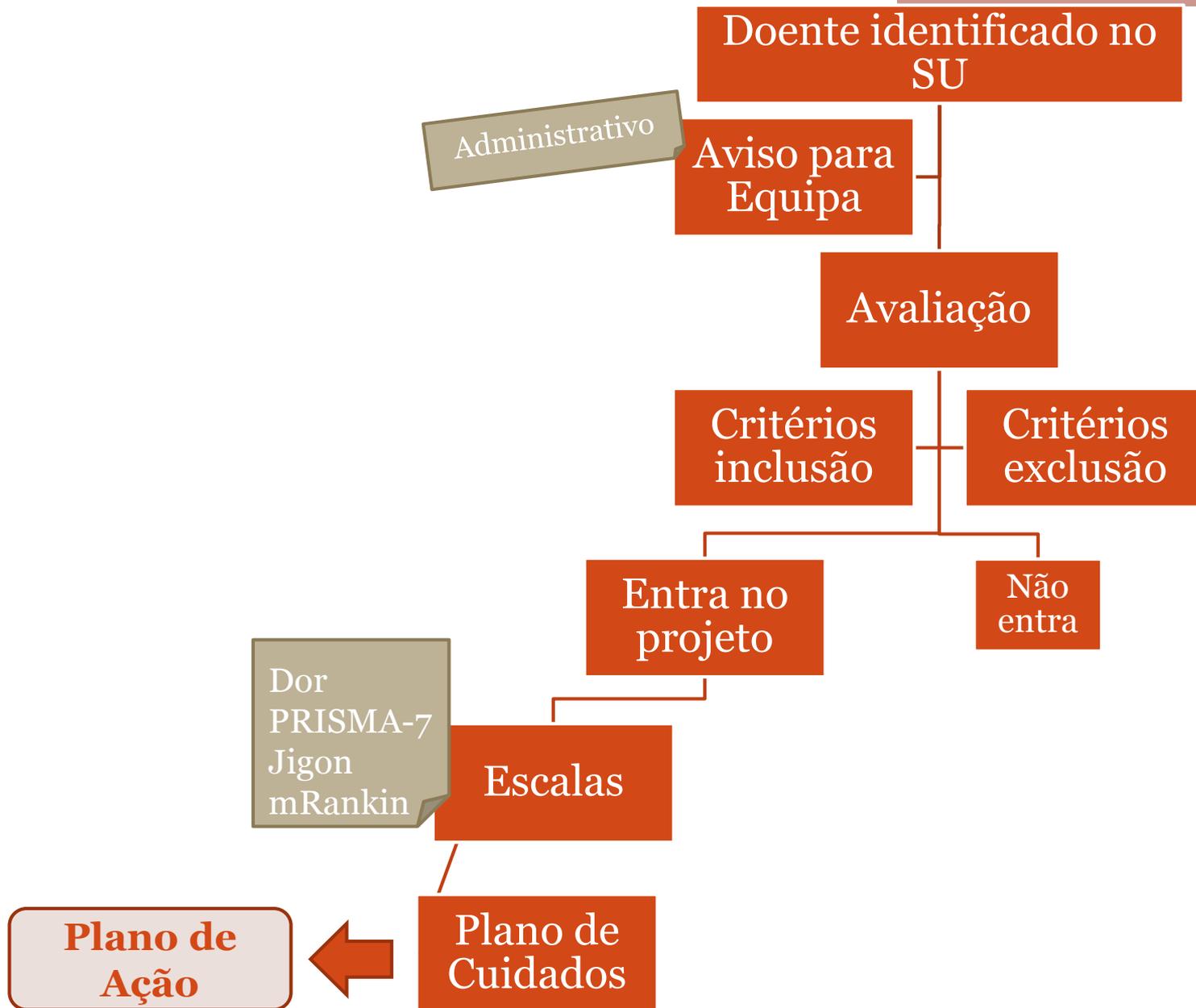
Hospital + CSP

- Avaliação das características do doente, da qualidade de vida, da literacia em saúde
- Atribuição de um gestor de caso
- Definição do plano de intervenção - MGF + MI

## Gestor de Caso

A decidir caso a caso

- Visita ao local de residência
- Negociação e Implementação do plano de intervenção
- Acompanhamento do doente e/ou cuidadores
- Recolha de dados



**Internamento**

**Comunidade**

Avaliação pela  
equipa  
hospitalar

Avaliação pela  
equipa CSP

**Videoconferência**

**Gestor  
de  
Caso**

# Critérios de Inclusão

- Adultos
- $\geq 4$  ou mais episódios no SU ou  $\geq 3$  internamentos no ano prévio
- $\geq 2$  co-morbilidades (critérios NICE)
- $\geq 6$  medicamentos

<b>Indicadores</b>	<b>Periodicidade</b>
<b>Nº idas ao serviço de urgência dos utilizadores frequentes</b>	2, 6, 9 e 12 meses
<b>% de utilizadores frequentes do SU referenciados para gestor de caso</b>	
<b>Nº de internamentos por internamentos evitáveis (Ambulatory Care Sensitive Conditions)*</b>	2, 6, 9 e 12 meses
<b>Nº internamentos</b>	2, 6, 9 e 12 meses
<b>Nº readmissão a 30 dias</b>	2, 6, 9 e 12 meses
<b>Número de dias de alta adiada (por razões não clínicas)</b>	2, 6, 9 e 12 meses
<b>Consulta com o médico de família até 30 dias após o internamento hospitalar</b>	
<b>% de doentes admitidos (no serviço de urgência, incluindo SUB, ou internamento) com contacto feito ao gestor de caso</b>	2, 6, 9 e 12 meses
<b>Satisfação do doente</b>	Semestral
<b>Qualidade de vida (medido pelo Euro QOL)</b>	Semestral
<b>Custos mensais por doente (custo hora da equipa de gestão de caso e do gestor de caso, transportes, medicamentos, episódios de urgência e internamento, consultas, etc...)</b>	2, 6, 9 e 12 meses

# Resultados esperados

Literatura internacional

- Reduzir as idas desnecessárias ao SU (31-83%)
- Reduzir custos com as utilização evitável do SU (47%) e internamentos evitáveis (67%);
- Melhorar o controlo da doença crónica;
- Melhorar a satisfação dos doentes + familiares e profissionais

*Obrigada*

*Adelaide Belo*  
*adelaidebelo@ulsa.min-saude.pt*  
*madelaidebelo@gmail.com*

## *Utilizadores Frequentes SU*

### *Gestor de caso como modelo de intervenção*

- OT
  - Apresentação do projeto
  - Apresentação do grupo
  - Objetivos do grupo de trabalho
  - Plano de ação e calendarização