



CNTS

Centro Nacional de TeleSaúde

Ficha Técnica

Programa Gestão de Caso



ÍNDICE



1. ENQUADRAMENTO
2. METODOLOGIA DA INICIATIVA
3. FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO
4. PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

Enquadramento (1/3)

Introdução sobre a iniciativa



A iniciativa **Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbilidade** visa **promover a acessibilidade e reduzir a morbilidade**, criando um ponto de contacto entre o doente e os cuidados de saúde, que se materializa no seu acompanhamento domiciliário, através de um Gestor de Caso (GC) – um enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou do Hospital, que trabalha integrado numa equipa multidisciplinar.

Esta equipa é multidisciplinar na medida em que é constituída por Médicos de Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar (especialidades generalistas), Enfermeiros e Assistentes Sociais dos CSP e do Hospital, o que se traduz num **ganho de eficiência na prestação de cuidados médicos aos doentes**, através da **coordenação entre diversos níveis de cuidados de saúde**.

Um doente crónico com **multimorbilidade caracteriza-se por ter pelo menos 2 patologias associadas**, sendo que na iniciativa em causa, a Insuficiência Cardíaca Crónica foi a mais frequente (85,4% dos casos), seguida da Hipertensão Arterial (66,7%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (41,7%), Fibrilhação Auricular (37,5%), Doença Renal Crónica (35,4%) e Diabetes Mellitus (25,0%).

A **curva evolutiva das doenças crónicas** tem um determinado padrão que **é muito semelhante em todas elas**. O aparecimento dos sintomas é gradual e após o primeiro episódio declarado de descompensação, não se volta ao ponto de partida, mas é possível com medidas farmacológicas e outras prevenir o agravamento da situação clínica, prolongando o período de *plateaux*.

Assim, os **resultados expectáveis com a implementação deste programa são a diminuição das descompensações dos doentes e a gestão eficaz dos seus problemas sociais**, mantendo os doente em casa. Este controlo da situação clínica e social traduz-se numa **redução da utilização dos serviços de saúde**, nomeadamente Serviço de Urgência, internamento e consultas.

A informação que apresentamos de seguida tem como objetivo servir de suporte para apoiar outros Profissionais de Saúde (PS) a organizar o seu trabalho (ao nível do planeamento, recursos, entre outros) na implementação do **Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbilidade** nas suas instituições de saúde.

Enquadramento (2/3)

Principais Objetivos que o Programa Pretende Alcançar

- › Melhorar o **controlo dos doentes crónicos com pluripatologias**;
- › **Reduzir as idas desnecessárias à urgência** e, conseqüentemente, os **custos incorridos com a utilização evitável do Serviço de Urgência e eventuais internamentos**;
- › Melhorar a **satisfação** dos doentes, familiares e profissionais de saúde;
- › Desenvolver uma **integração coordenada entre os vários níveis de cuidados de saúde e sociais** (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados Continuados);
- › **Aumentar a capacitação dos doentes/ cuidadores** para compreenderem sintomas e sinais de alerta e **lidarem autonomamente com a doença**;
- › **Promover a acessibilidade**: garantir fácil acesso aos cuidados médicos básicos a doentes que residem em zonas mais isoladas;
- › **Promover a equidade** e igualdade na qualidade de tratamento a todos os utentes, independentemente do local onde residem;
- › Criar um **ponto de contacto entre o doente e os cuidados de saúde**, facilitando a “navegação do doente pelo sistema”;
- › **Reduzir a utilização de serviços de saúde**, nomeadamente serviços de urgência, internamento e consultas.



Identificação dos Principais Resultados Obtidos ao Nível Económico, Clínico e Social

- › **Clínicos:**
 - **Redução da utilização dos serviços de saúde**, nomeadamente Serviço de Urgência, internamento e consultas*:
 - Redução do número de internamentos (relacionados com as doenças de base) – **57%**;
 - Redução do número de dias de internamento hospitalar (relacionados com as doenças de base) – **62%**;
 - Redução da demora média dos internamentos (relacionados com as doenças de base) – **2 dias**;
 - Redução do número de consultas de MGF – **53%**;
 - Redução do número de consultas hospitalares – **21%**;
 - Redução do consumo/ compra de medicamentos;
 - **Maior acompanhamento e controlo da situação clínica e apoio social ao doente**: elaboração de Plano Individual de Cuidados em conjunto com o doente/ cuidador e acompanhamento permanente;
 - **Facilidade de contacto do doente com o GC** em situações de alerta, evitando a sua deslocação ao centro de saúde ou hospital;
- › **Económicos***:
 - **Redução do número de episódios de urgência**:
 - Redução do número de idas ao Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) – **74%**;
 - Redução do número de idas ao Serviço de Urgência Básica (SUB) – **73%**;
 - **Redução do custo associado ao número de dias de internamento**;
 - **Redução do número de transportes urgentes em ambulância**;
- › **Sociais:**
 - **Avaliação das condições económico-sociais e familiares dos doentes** (em conjunto com as Assistentes Sociais), permitindo a sinalização de situações de alerta e a mais rápida **ativação de respostas sociais**.

*Com base em dados clínicos de cada um dos doentes integrados no programa há pelo menos 6 meses, referentes aos 365 anteriores à sua inclusão no mesmo

Enquadramento (3/3)

Amostra de Utentes Admitidos na Iniciativa

› **Universo da Iniciativa:** Utentes que **agreguem cumulativamente as seguintes condições:**

- **Doentes crónicos com multimorbilidade**, isto é, com duas ou mais patologias associadas (as patologias mais recorrentes são Insuficiência Cardíaca Crónica, Hipertensão Arterial, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Fibrilhação Auricular, Doença Renal Crónica e Diabetes Mellitus);
- Doentes com **pelo menos 4 episódios no SU ou 3 internamentos no ano prévio;**
- Doentes a tomar **pelo menos 6 medicamentos** diferentes;

Nota: Outras que se venham a considerar relevantes dado que estas indicações são apenas linhas orientadoras

› **Critérios de Exclusão:**

› **Amostra Considerada:** 32 doentes que integram o Programa de Gestão de Caso há pelo menos 6 meses – entre 6 e 14 meses

- 15 doentes do sexo feminino (com a idade média de 77,1 anos) e 17 doentes do sexo masculino (com idade média de 75,7);
- Nível de independência elevado (Barthel entre 89-100);

› **Abrangência Geográfica:** área de influência da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano: Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines (até ao momento, estão apenas abrangidos no programa os concelhos de Odemira e Sines e as cidades de Santiago do Cacém e Vila Nova de Santo André).



Indivíduos e Entidades Envolvidas na Iniciativa

› **Equipa de Gestão de Projeto:** visa o acompanhamento e gestão coordenada do projeto. Constituída pelo responsável do projeto (função normalmente ocupada por um Médico do Hospital); 2 médicos e 2 enfermeiros dos CSP; 2 médicos e 2 enfermeiros do Hospital e 1 assistente social;

› **Equipas de Gestão de Caso:** equipas multidisciplinares a funcionar no Hospital e em cada unidade de CSP. As especialidades médicas que integram as equipas e as coordenam são a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna. As equipas a funcionar no Hospital são coordenadas por uma médica internista, enquanto as equipas a funcionar nos centros de saúde são coordenadas por um médico de Medicina Geral e Familiar (MGF);

› **Gestor de Caso:** enfermeiro dos CSP, que trabalha integrado na Equipa de Gestão de Caso;

› Apresentam-se **alocações referência para as equipas de trabalho** envolvidas no programa (considerando a inclusão de 80 doentes, em média):

Unidade de Saúde	Profissionais de Saúde	Alocação recomendada
Hospital	1 Médico Internista sénior	20% do horário base
	3 Médicos Internistas juniores	20% do horário base
	3 Enfermeiros	20% do horário base
	1 Assistente Social	5% do horário base
CSP (por cada unidade)	1 Médico MGF	20% do horário base
	1 Enfermeiro	50% do horário base
	1 Enfermeiro	20% do horário base

Nota: Outras que se venham a considerar relevantes dado que estas indicações são apenas linhas orientadoras

Metodologia da Iniciativa (1/3)

Processo de Identificação e Seleção de Casos Elegíveis

- › A **sinalização dos doentes** potencialmente elegíveis para **integrar o Programa de Gestão de Caso** pode ocorrer em qualquer nível de cuidados de saúde, sendo mais frequente nos CSP e no Hospital:
 - No Hospital, são identificados **utilizadores frequentes do SU** (como indicador de referência, utentes com mais de 4 visitas no último ano);
 - A Equipa de Gestão de Caso Hospitalar é **notificada através de um alerta informático** (que deve ser implementado pelo departamento de TI do Hospital) sempre que um utilizador frequente é inscrito no SUMC e atua de acordo com o protocolado para situações congéneres, iniciando assim uma **avaliação global do doente e família** ;
- › Após sinalizado, o doente é contactado pela Equipa de Gestão de Caso local (do Hospital ou dos CSP) e **procede-se a uma avaliação inicial, multidisciplinar** , relativamente à sua condição clínica, grau de dependência (Escala de Barthel), literacia em saúde, bem como uma avaliação social;
- › Após a avaliação, caso estejam reunidas as condições necessárias para o seu acompanhamento (isto é, caso o doente cumpra os critérios de inclusão e mostre interesse), **é convidado a integrar o programa, sendo-lhe atribuído um Gestor de Caso** .



Alerta Informático (notificação de utilizador frequente)



CNTS

Centro Nacional de TeleSaúde

Processo de Recolha e Análise de Informação

- I. **Sinalização do doente** no Hospital ou CSP e **avaliação clínica e social** do mesmo por parte da equipa multidisciplinar;
- II. Inclusão do doente no programa e atribuição de um **Gestor de Caso** (enfermeiro do Hospital ou CSP);
- III. Elaboração pela **equipa multidisciplinar** (Equipa Gestão de Caso Local) de um **plano de intervenção** específico para o doente;
- IV. Primeira **visita domiciliária** pela Equipa de Gestão de Caso Local, acompanhada pela Assistente Social e Gestor do Caso (por vezes, com a presença do Médico de Família) e diagnóstico do contexto social do doente;
- V. **Consolidação com o doente/ cuidador do Plano Individual de Cuidados (PIC)** previamente pensado e adequação do mesmo à realidade diária do doente, o qual é partilhado entre todos os elementos envolvidos, nomeadamente Gestor de Caso e Médico de Família;
- VI. **Elaboração do Plano de Ação** (versão prática do Plano Individual de Cuidados para consulta diária pelo doente);
- VII. **Identificação das prioridades de intervenção específicas** para o doente em gestão de caso e **capacitação/ formação** do doente/ cuidador;
- VIII. **Definição das linhas orientadoras** de atuação do Gestor de Caso para a gestão do doente;
- IX. **Acompanhamento do doente e/ou cuidador** (as visitas domiciliárias que sucedem a primeira podem ocorrer por necessidade ou serem programadas e são realizadas pelo GC, salvo necessidade da presença de outro elemento da equipa, ocorrendo sempre contacto telefónico com o doente/ cuidador com carácter recorrente);
- X. **Recolha de dados e monitorização** do doente ao longo da sua permanência no programa de gestão de caso.



• Plano Individual de Cuidados
• Plano de Ação



Metodologia da Iniciativa (2/3)

Ferramentas de Suporte à Recolha de Informação

- › **Contacto rápido e partilha de informação entre os vários elementos da Equipa de Gestão do Caso** através da atribuição de **meios facilitadores da comunicação entre os intervenientes** – pasta partilhada, e-mails comuns, telemóveis dedicados e videoconferência entre unidades;
- › Aos gestores de caso, é atribuído um computador portátil com internet, que permite ter **acesso ao seu posto de trabalho** (na instituição), **através de uma VPN***. Assim, no domicílio do doente, os gestores podem consultar o processo clínico do doente e fazer registos diretamente;
- › Por terem câmara incorporada, os portáteis possibilitam uma **teleconsulta no domicílio**, nas situações em que o gestor de caso necessite de apoio;
- › As referidas **ferramentas informáticas acrescentam valor ao processo** de reorganização dos cuidados, pois este desenvolve-se área de influência da ULS do Litoral Alentejano, uma região caracterizada por uma ter uma população dispersa e com longas distâncias envolvidas;
- › **Capacitação do doente/ cuidador para ajudar a avaliar sinais de alerta** mediante formação especializada (p. ex. leitura de medições) e disponibilização de materiais de suporte à recolha de informação clínica do doente.



**Centro Nacional de TeleSaúde como parceiro*



CNTS
Centro Nacional de TeleSaúde

Processo de Tratamento e Partilha de Dados

- › **Gestor de caso coordena os cuidados a prestar ao doente, identificados no PIC**, ajudando o doente e família/ cuidador a navegarem no sistema e fazendo a ponte entre os CSP, os Cuidados Hospitalares, o Serviço Social e outros serviços da comunidade;
- › A frequência das **visitas domiciliárias** do gestor de caso é variável, embora seja habitual **uma maior concentração no início do acompanhamento**, com redução à medida que o doente/ cuidador se sentem mais capacitados, mantendo-se os contactos periódicos;
- › No processo de reorganização da prestação de cuidados foi definida uma **estratégia para o ensino e capacitação do doente/ cuidador na identificação dos sinais de alerta e autocuidados**:
 - Documentos de apoio ao ensino do doente: folha de monitorização dos parâmetros a registar, com indicação dos sinais de alerta, folha de identificação e mensuração dos sinais de alerta (o que permite o autocontrolo e facilita a transmissão de informação em caso de contacto telefónico), folha de medicação e guia de apoio aos cuidadores;
 - Técnicas de ensino “*teach back*” (em que o doente indica pelas suas próprias palavras o que eles precisam saber ou fazer sobre sua saúde) para ensino de competências;
 - Caixa de medicamentos organizada inicialmente pelo Gestor de Caso e passagem gradual para o doente/ cuidador.



• Monitorização dos Parâmetros • Guia de Apoio aos Cuidadores
• Indicação de Sinais de Alerta • Técnicas de Ensino “Teach Back”
• Folha de Medicação



Metodologia da Iniciativa (3/3)

Protocolo Clínico

- › **Elaboração do PIC pela equipa multidisciplinar de gestão do caso** e, subsequentemente, elaboração do Plano de Ação;
- › **Visitas domiciliárias periódicas** para acompanhamento e monitorização da situação clínica do doente crónico:
 - Primeira visita domiciliária;
 - Visitas domiciliárias programadas;
 - Visitas domiciliárias não programadas, em caso de necessidade;
- › Aquando de evidência de algum sinal/sinais de alerta previamente definidos, **o doente/ cuidador contacta o gestor de caso;**
- › Quando o doente é internado, o gestor de caso contacta o MGF e a equipa hospitalar (ou vice-versa), **mantendo o fluxo de informação.**



Modelo de Governo das Entidades Envolvidas

- › **Gestor de Caso:** enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que trabalha de forma integrada numa equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos CSP e do Hospital.
 - Responsabilidades do Gestor de Caso: visita domiciliária ao doente sinalizado, gestão/ monitorização do plano individual de cuidados e plano de ação do doente, referenciação/ coordenação das interações do doente com o sistema de saúde, controlo/ gestão da medicação, suporte aos autocuidados, capacitação do doente/ cuidador através do reforço no ensino de sinais de alerta e apoio psicológico;
- › **Equipas de Gestão de Caso:** equipas multidisciplinares a funcionar no Hospital e em cada Centro de Saúde. As especialidades médicas que integram as equipas e as coordenam são a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna.

Fatores Críticos e Desafios

Fatores Críticos de Sucesso

- › **Programa de Gestão de Caso considerado prioritário** pelo Conselho de Administração da ULS;
- › **Apoio explícito** da Direção Clínica Hospitalar e dos CSP, da Direção de Enfermagem da ULS e das chefias intermédias – Diretor do Serviço de Medicina Interna e dos Coordenadores dos Centros de Saúde (médicos e enfermagem), entre outros;
- › **Constituição equilibrada e complementar das Equipas de Gestão de Caso** (p. ex. elemento da Equipa de Gestão de Altas integra a Equipa de Gestão de Caso e sinaliza os doentes que poderão ser elegíveis);
- › **Figura pivot do Gestor de Caso**, que faz a ponte entre o doente, os outros níveis de cuidados e a comunidade (ponto de contacto rápido com o sistema de saúde);
- › **Facilidade de articulação e contacto rápido entre CSP e CSH** (p. ex. através de telemóvel dedicado e videoconferência);
- › **A integração de especialidades médicas** nas Equipas de Gestão de Caso aumenta a eficiência no tratamento dos doentes que recebem (MI e MGF);
- › **Metodologia adequada para garantir uma boa seleção dos casos/** doentes elegíveis para o programa;
- › **Proatividade por parte dos profissionais de saúde** na resolução de desafios clínicos e sociais;
- › **Uso de ferramentas tecnológicas** para alavancar o processo de reorganização dos cuidados aos doentes que integram o programa;
- › **Equipa de Gestão do Projeto multiprofissional**, com representantes dos CSP e Hospitalar;
- › **Articulação com estruturas da comunidade envolvente** (autarquias, IPSS, associações, farmácias), através de relações informais com a rede de contactos dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais;
- › **Condição de ULS** facilita a organização e partilha de informação: a organização em equipas locais – Hospital, CSP e a figura do gestor de caso permite a **tomada de decisão descentralizada**;
- › Programação de **formação específica** em sala para médicos e enfermeiros dos CSP, do serviço de MI e também para os GC.



Principais Desafios na Implementação da Iniciativa

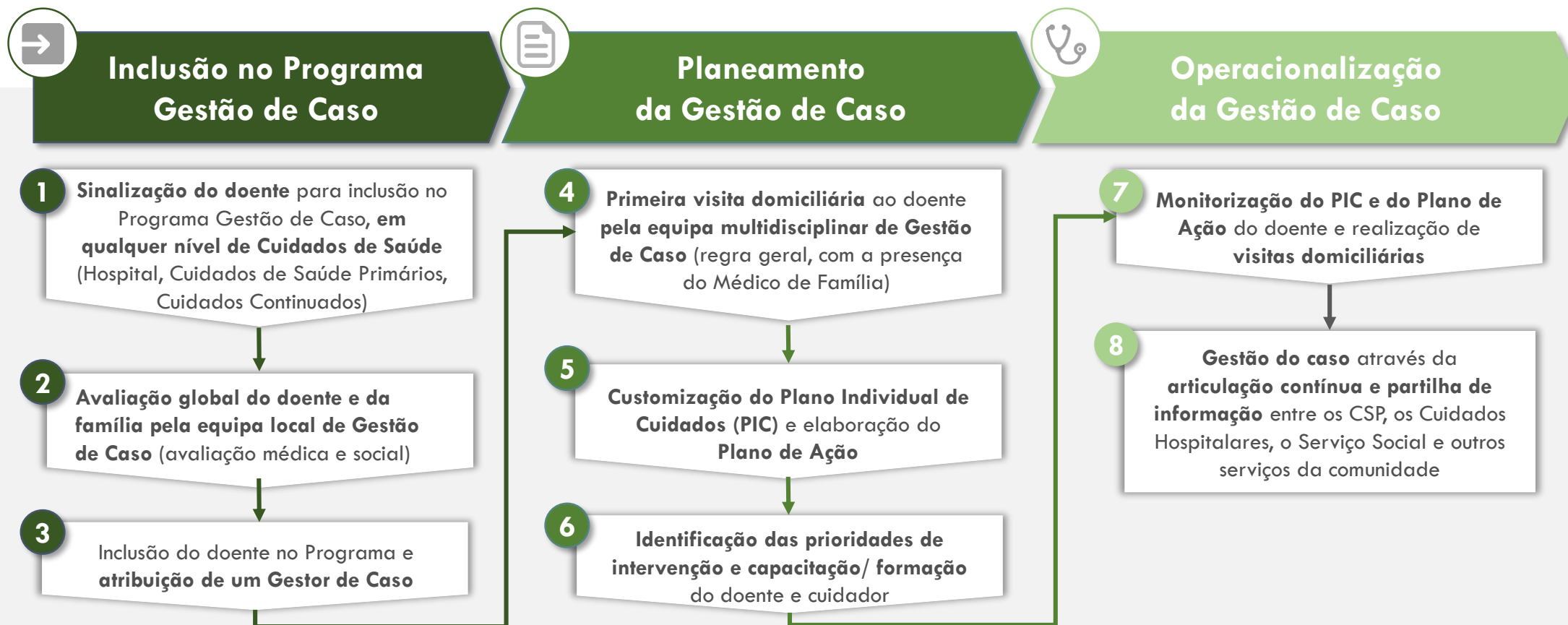
- › **Falta de recursos humanos e impossibilidade de afetar mais enfermeiros/ horas de enfermagem ao programa**, o que dificulta a cobertura;
- › Função de Gestor de Caso **consome bastante tempo e obriga a uma constante disponibilidade**. Atualmente, os enfermeiros (gestores de caso) estão a trabalhar a **tempo parcial** na Gestão de Caso, mantendo as suas restantes atividades nas respetivas unidades de saúde (mas, idealmente, os gestores de caso deveriam estar afetos ao programa a cem por cento);
- › **Não é possível garantir a cobertura aos doentes 24h por dia**; para colmatar esta lacuna, está a ser equacionada uma articulação com o serviço SNS24;
- › **Dispersão geográfica dos doentes que integram o programa**, o que dificulta a gestão coordenada do seu acompanhamento domiciliário;
- › **Perda de controlo** (a nível operacional) **dos enfermeiros** afetos ao programa da Gestão de Caso por parte das respetivas chefias;
- › **Número limite de doentes** que os GC conseguem gerir: para garantir que o acompanhamento ao doente é feito de forma proactiva (e não reativa), em teoria, um gestor de caso deverá acompanhar, em média, 30 a 35 doentes, dependendo de fatores como a situação clínica, a geografia do doente (considerando uma dedicação a tempo total por parte do GC);
- › **Falta de referências nacionais** que possam servir como auxílio na prática: é uma atividade nova, com inevitável curva de aprendizagem (estão a ser usados como referência casos semelhantes em Espanha e no Reino Unido).

Programa Gestão de Caso



CNTS
Centro Nacional de TeleSaúde

Fluxo Clínico



Entidades Envolvidas



Gestor de Caso

Enfermeiro dos CSP, que trabalha integrado na Equipa de Gestão de Caso



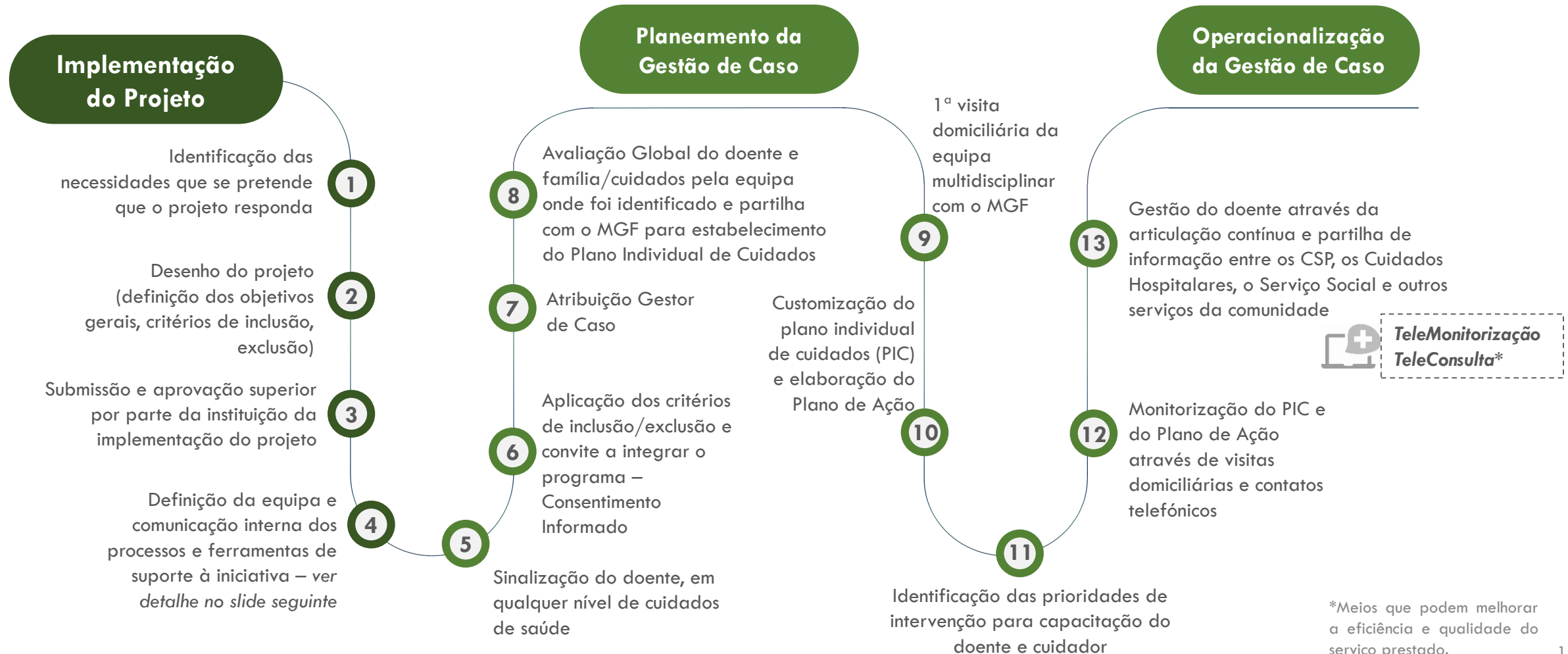
Equipa de Gestão de Caso

Equipas multidisciplinares a funcionar no Hospital e em cada unidade de CSP. As especialidades médicas que integram as equipas e as coordenam são a Medicina Geral e Familiar e a Medicina Interna

Plano de Implementação (1/4)



13 passos para implementação e operacionalização do Programa Gestão de Caso

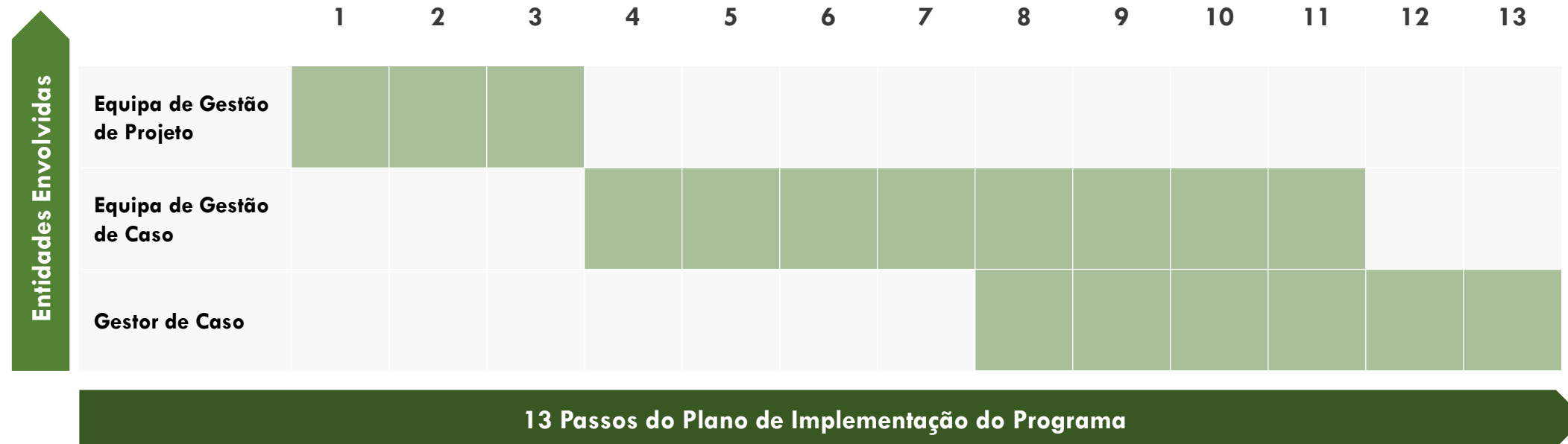


*Meios que podem melhorar a eficiência e qualidade do serviço prestado.

Plano de Implementação (2/4)



13 passos para implementação e operacionalização do Programa de Gestão de Caso



Legenda:

█ Entidade responsável pela fase de implementação do Programa de Gestão de Caso

Plano de Implementação (3/4)



Ferramentas de Suporte ao Programa de Gestão de Caso

Sistemas de Informação

- Sclinico Hospital
 - CTH
 - RSE
 - RSE Live
- Sclinico CSP
 - CTH
 - RSE
 - RSE Live



Equipamentos

- Kit TeleSaúde (CNTS)
 - Para o Hospital
 - Para os CSP
- Equipamentos para visitas domiciliárias (por cada GC):
 - PC portátil
 - Telemóveis



Infraestruturas

- VPN (SPMS – DSI)
- Dados (consoante operador de cada unidade de saúde)



Plano de Implementação (4/4)

Priorização de iniciativas com base no modelo atual



Perspetivas de evolução do programa:

- › Atribuição aos enfermeiros gestores de caso de horário em dedicação exclusiva ao programa;
- › Atribuição de mais um enfermeiro por equipa, mesmo que em tempo parcial;
- › Atribuição de horas específicas para o programa aos médicos das equipas de gestão de caso;
- › Associação a um programa de TeleMonitorização do doente crónico com multimorbilidades, o que poderá permitir que cada gestor de caso possa gerir mais doentes (já está a ser feito, com a entrega de 15 kits a doentes, contendo balança, pedómetro, aparelho de tensão, oxímetro e aparelho para medir índice de glicémia);
- › Estudo com o Centro Nacional de TeleSaúde uma forma de articulação que possa permitir uma resposta noturna específica aos doentes em gestão de caso.



CNTS
Centro Nacional de TeleSaúde

cnts@spms.min-saude.pt

Obrigado

