

Equipa Multidisciplinar de Planeamento de Altas: Um Projeto do Serviço de Medicina 2 da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra

Multidisciplinary Discharge Planning Team: A Project of the Medicine 2 Service of the Amadora/Sintra Local Health Unit

João Serra¹ , Cláudia Machado², Renata Gomes⁴, Miguel Achega¹, Fernanda Bessa³

Resumo:

O desafio colocado pela procura de equilíbrio entre a capacidade de internamento nas enfermarias de Medicina Interna e as crescentes necessidades sociais dos utentes ali internados é uma variável em constante tensão. O elevado número de internamentos sociais é um problema sobejamente conhecido e limitador da adequada resposta de admissão para doentes agudos. As Equipas de Planeamento de Altas, enquanto gestoras de caso, são equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que trabalham em articulação com todos os profissionais envolvidos no percurso clínico e planeamento da alta. O modelo de funcionamento da equipa assenta na avaliação precoce e sistemática de todos os utentes com recurso a três escalas, enquanto instrumentos que constituem a primeira avaliação do utente pela equipa. A monitorização de diversos indicadores em tempo real permite o reajuste e melhoria do processo de avaliação, bem como a monitorização de ganhos em termos de indicadores assistenciais.

Palavras-chave: Alta do Doente; Equipa de Cuidados ao Doente.

Abstract:

The challenge of finding a balance between the inpatient capacity of the Internal Medicine wards and the growing social needs of the inpatients is a variable in constant tension. The high number of social admissions is a well-known problem and limits the appropriate response to acute admissions. Discharge Planning Teams are multidisciplinary teams of doctors, nurses and social workers who work with all professionals involved in the clinical pathway and discharge planning. The team's working model is based on the early and systematic

assessment of all users, using three scales as instruments that constitute the team's initial assessment of the user. The monitoring of several indicators in real-time makes it possible to adjust and improve the assessment process, as well as to monitor gains in terms of care indicators.

Keywords: Patient Care Team; Patient Discharge.

Introdução

Perante necessidades crescentes e recursos finitos, numa balança em permanente oscilação, a exigência que a realidade dos cuidados de saúde hospitalares nos coloca na procura diária pelo equilíbrio entre a resposta equitativa a todos os cidadãos e a qualidade dos cuidados que prestamos, é extremamente desafiante. O conhecimento dos processos de doença, o desenvolvimento das ciências biológicas e sociais, a cada vez maior sofisticação da tecnologia e um público melhor educado, têm como resultado, uma nova consciência dos serviços de saúde.¹ Se numa perspetiva o internamento hospitalar é uma resposta vital para o doente e para a sua família, representa igualmente uma rutura com a rotina diária e o seu meio ambiente envolvente.²

Os internamentos pretendem-se cada vez mais curtos, não só pela necessidade de diminuição dos custos associados, mas também pelos conhecidos riscos da permanência prolongada em meio hospitalar. No entanto, prevalece ainda a lógica biomédica caracterizada pela ausência de articulação entre os vários elementos das equipas hospitalares, que ignora muitas vezes os processos de aprendizagem e aquisição de conhecimentos por parte do doente e da sua família.³ De acordo com a 7ª Edição do Barómetro dos Internamentos Sociais, a 20 de março de 2023, registavam-se em Portugal 1675 internamentos inapropriados, correspondendo a 9,4% do total de doentes internados no país, cifrando 102.807 dias, numa média de 61 por episódio.⁴

É urgente a criação de estruturas e sistemas de intervenção com o objetivo de otimizar o processo de transição do utente do meio hospitalar para a comunidade. Neste sentido, afirma-se fundamental constituir Equipas de Planeamento de Altas (EPAs) que assumam a função de gestora de caso, avaliando precocemente as necessidades globais do utente, não só funcionais, mas também psicológicas e sociais.⁵

¹Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Serviço de Medicina 2, Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, Amadora, Portugal

²Enfermeira Especialista de Reabilitação, Serviço de Medicina 2, Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, Amadora, Portugal

³Enfermeira Especialista de Reabilitação, Equipa de Gestão de Camas e Altas, Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, Amadora, Portugal

⁴Assistente Social, Serviço de Medicina 2, Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, Amadora, Portugal

<https://doi.org/10.24950/rspmi.2580>

EQUIPAS DE PLANEAMENTO DE ALTAS

As EPAs são equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, trabalham em articulação com todos os profissionais envolvidos no percurso clínico e planeamento da alta, prestando cuidados direcionados ao doente e à sua família de forma personalizada, através de uma abordagem global, integrada e interdisciplinar especializada. São de particular interesse para os serviços de Medicina, locais onde caracteristicamente o impacto da doença na autonomia e funcionalidade de utentes idosos e com múltiplas comorbilidades, condiciona de sobremaneira a transição do hospital para a comunidade.⁶ Uma avaliação especializada, efetuada de forma sistemática e precoce é essencial na qualidade do plano de cuidados definido para o doente, não só do ponto de vista da reabilitação física e psicológica, mas também na adequação dos recursos sociais necessários para a continuação de cuidados em ambulatório.⁵

A EPA do Serviço de Medicina 2 deu início à sua atividade em janeiro de 2023. Foi estabelecida com os seguintes objetivos: estabelecer um plano integrado para a alta hospitalar e a continuidade de cuidados em ambulatório; uniformizar e sistematizar a abordagem das necessidades de reabilitação e sociais do utente; triar e referenciar precocemente o utente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, diminuindo o tempo necessário à sua efetiva integração; diminuir o tempo de internamento inapropriado; estimular o trabalho interdisciplinar entre os diversos

profissionais de saúde, uniformizando a informação prestada ao doente e às famílias e descentralizar o planeamento de altas e os respetivos processos administrativos.

O modelo de funcionamento da EPA assenta em dois pilares fundamentais: a avaliação precoce e sistemática de todos os utentes nas primeiras 48 a 72 horas após admissão no Serviço, procurando antecipar o mais possível as necessidades e respostas pós-alta e a estreita colaboração interdisciplinar entre os diversos grupos profissionais, promovendo a abrangência na avaliação do utente e na comunicação com o mesmo e a respetiva família.

AVALIAÇÃO DOS UTENTES

Todos os utentes admitidos no Serviço, são sujeitos a uma avaliação sistemática pelos diversos membros da EPA (Fig. 1), com recurso à aplicação de três escalas, como instrumentos que constituem a primeira avaliação do utente pela equipa. Estas devem ser preenchidas até às 48-72 horas após admissão e pretendem identificar precocemente constrangimentos ou limitações à alta do doente, após resolução do processo de doença aguda.

A escala de fragilidade clínica,⁷ aplicada pelo médico da EPA, pretende avaliar o grau de vulnerabilidade do indivíduo com base no julgamento clínico, incluindo cognição, mobilidade, funcionalidade e comorbilidades, tendo em vista a história e o exame físico realizados pelo profissional de saúde. Classifica os utentes em nove categorias: 1 - muito boa forma física, 2 - boa forma física, 3 - bem

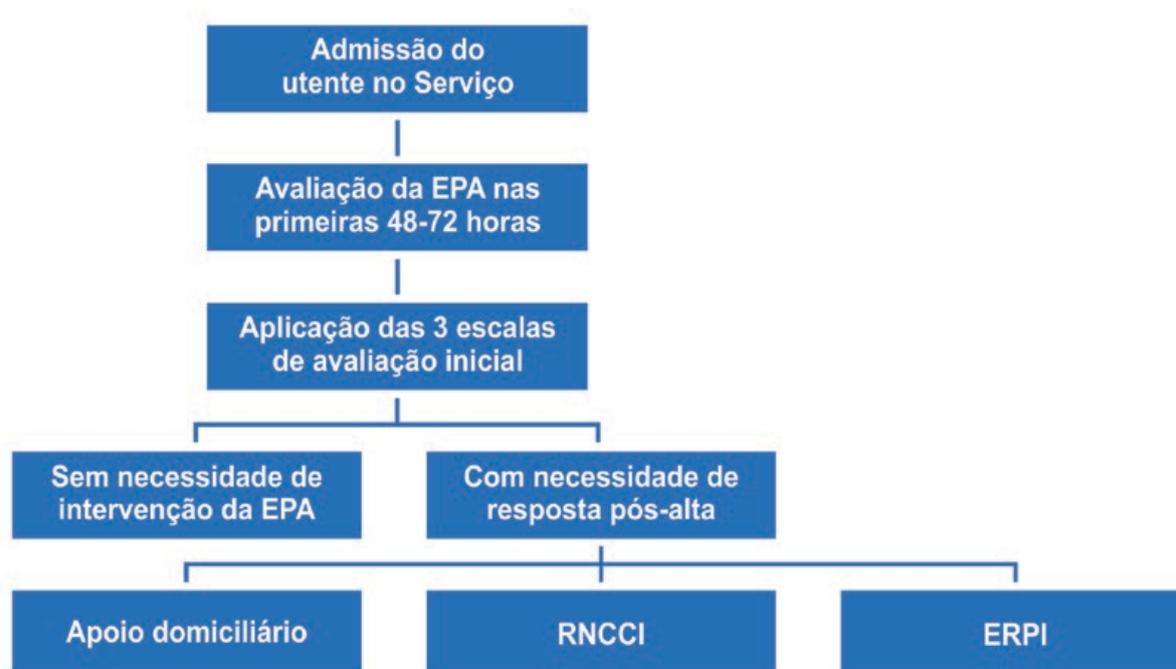


Figure 1: Algoritmo de avaliação da Equipe de Planeamento de Altas.

EPA – Equipe de Planeamento de Altas; RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

controlado, 4 - fragilidade muito leve, 5 - fragilidade leve, 6 - fragilidade moderada, 7 - fragilidade severa, 8 - fragilidade muito severa e 9 - doença terminal e ainda considerando quatro graus de classificação de demência: muito leve, leve, moderada e grave.

A escala de medida de independência funcional,⁸ aplicada pela enfermeira da EPA, comporta uma avaliação funcional com 18 itens nas áreas de cuidado pessoal, controle dos esfíncteres, mobilidade, comunicação e cognição-social. Foi projetada para diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional de adultos e idosos, avaliando o desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de um conjunto de tarefas motoras e cognitivas da vida diária. A pontuação classifica os utentes em 7 categorias: 1 - assistência total, 2 - assistência máxima, 3 - assistência moderada, 4 - assistência mínima, 5 - supervisão, 6 - independência modificada e 7 - independência completa.

A escala de avaliação de complexidade de intervenção do serviço social com adultos no contexto hospitalar,⁹ aplicada pela assistente social da EPA, constitui um instrumento inovador no âmbito da avaliação social, bem como na monitorização da complexidade da intervenção social em âmbito hospitalar. Avalia diversos domínios, nomeadamente o enquadramento sociofamiliar, a situação clínica do utente, bem como a carga de trabalho associada à intervenção social. Classifica os utentes em 5 graus de complexidade: 1 - sem complexidade, 2 - complexidade baixa, 3 - complexidade média, 4 - complexidade alta e 5 - complexidade muito alta.

Para além da imprescindível interação diária entre os diversos elementos da EPA na avaliação dos utentes, decorre uma reunião semanal em conjunto com elementos da Equipa de Gestão de Camas e Altas da ULS de Amadora/Sintra e com o gestor do Serviço, onde são abordados todos os doentes internados, discutidas as possíveis respostas pós-alta e tomadas decisões conjuntas relativas a casos mais complexos ou sujeitos a dúvidas no tipo de resposta pós-alta. Nos casos de referência à RNCCI, e numa perspetiva de descentralização do processo, são os membros da EPA os responsáveis pela introdução dos respetivos processos na plataforma eletrónica da RNCCI. A EPA dispõe de contacto telefónico móvel próprio, o que facilita o contacto com as famílias e cuidadores, numa lógica de proximidade e de constante apoio e disponibilidade.

Conclusão

Estruturado o processo de funcionamento da EPA e elaborados os respetivos procedimentos, encontra-se em desenvolvimento um projeto de informatização do processo de avaliação com recurso a uma aplicação informática, de forma que se possa proceder a uma mais rápida e eficaz recolha de dados. A monitorização em tempo real,

permitirá o reajuste e melhoria do processo de avaliação, bem como a monitorização de ganhos em termos de indicadores assistenciais, numa perspetiva de melhoria constante não só do funcionamento da EPA, mas do benefício gerado no acompanhamento do utente e da sua família. ■

Declaração de Contribuição

JS, CM, RG, MA, FB – Elaboração e revisão do manuscrito
Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Contributorship Statement

JS, CM, RG, MA, FB - Drafting and revising the manuscript
All authors approved the final version to be published.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2024. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

João Tiago Serra -joao.t.serra@ulsasi.min-saude.pt
Assistente Hospitalar de Medicina Interna, Serviço de Medicina 2, Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, Amadora, Portugal
IC19 276, 2750-276 Amadora

Recebido / Received: 2024/04/24

Aceite / Accepted: 2024/05/14

Publicado / Published: ahead of print: 2024/00/00

REFERÊNCIAS

1. Roper N, Logan W, Tierney A. Modelo de enfermagem. 3ª ed. Lisboa: McGraw-Hill; 1995.
2. Mendes FP, Gemitto ML, Caldeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. Ciênc Saúde Colet. 2017;22:841-53.
3. Teixeira MI. Planeamento integrado de alta hospitalar nos idosos [dissertação apresentada Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa]. Lisboa: FCM, UNL; 2012.
4. Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares. 7ª Edição do

- Barómetro de Internamentos Sociais. Lisboa: APAH; 2023. [consultado mar 2024] Disponível em: https://apah.pt/wp-content/uploads/2023/06/APAH_7a-Edicao-BIS_Resultados-1.pdf
5. World Health Organization. WHO Guidelines on Integrated Care for Older People. Geneva: World Health Organization; 2017.
 6. Temido H, Parente F, Borba V H, Santos L, Carvalho A. Internamento em Medicina Interna: Evolução em 20 Anos num Hospital Universitário. *Med Interna*. 2022;25:275-9. doi: 10.24950/rspmi/original/224/4/2018
 7. Pereira Pinto M, Martins S, Mesquita E, Fernandes L. European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, Cultural Adaptation and Validation Study. *Acta Med Port*. 2021;34:749-60. doi: 10.20344/amp.14543.
 8. Lains J. Guia para o sistema uniformizado de dados para reabilitação médica, versão para a língua portuguesa. Ed. SMFR/HUC e Research Foundation - State University of New York at Buffalo. New York: SUNW; 1990.
 9. Carvalho H, Espírito Santo MI, Ferreira J. Construction and Validation of Social Work Intervention Complexity Scale in Hospital Care Settings. *Br J Soc Work*. 2022;52:3740-60. doi: 10.1093/bjsw/bcac103.