

ANEXO AO ROTEIRO DE INTERVENÇÃO EM ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Anexo III

Grupos técnicos, Estudos

Realçamos o levantamento de Grupo de trabalho (GdT) das conclusões e recomendações de grupos técnicos e estudos realizados em Portugal recentemente nomeadamente:

- Grupos técnicos reforma hospitalar e desenvolvimento dos cuidados de saúde primários;
- Transferência de Cuidados de Saúde Prestados em meio hospitalar para as redes de cuidados primários e continuados;
- Estudo sobre a organização e desempenho das Unidades Locais de Saúde;
- Estudo sobre o grau de integração de cuidados de saúde;
- Estimativa dos internamentos evitáveis em Portugal.

Estando as medidas disponíveis nos relatórios respectivos apresentamos as consideradas prioritárias e articuladas com as propostas apresentadas. A lógica e justificações destas medidas revertem nas apresentadas, com as modificações de actualização à realidade e contexto actual.

Salientamos:

O acesso a informação essencial disponível: avaliação clínica e problemas ativos, resultados de exames, incluindo os de imagem, terapêuticas, riscos e alertas específicos entre outros;

Garantir uma gestão eficiente de “altas”, é o doente que deve se encontrar no centro do processo de continuidade de cuidados;

Desenvolvimento de contactos privilegiados entre cada especialidade ou unidade autónoma de estão, a nível hospitalar, e a equipa de saúde familiar de cada doente;

Desenvolvimento de um mecanismo de referência numa lógica de ciclo completo da referência. Isto é, um ciclo de “partida-avaliação-resposta-chegada-avaliação” e conclusão do episódio pelos CSP;

Partilha de recursos e aumento do intercâmbio de internos de especialidade (pediatria, obstetrícia, medicina interna e medicina geral e familiar), com o objetivo de melhorar o processo de referência, a resolução imediata de alguns problemas e o apoio de consultoria;

Reforço da presença de médicos generalistas (medicina interna e pediatria geral) que atuem como “gestores de caso” e elementos primordiais do contacto, comunicação e continuidade de cuidados com os CSP e os cuidados continuados, em especial nas situações mais complexas;

Partilha de recursos de MCDT entre hospitais e os CSP, nomeadamente através da realização de alguns MCD nos CSP e na utilização dos laboratórios dos hospitais de referência dos ACES;

Planos de ação conjunta e processos assistenciais integrados, através da articulação entre o Conselho Clínico dos ACES e a Direção Clínica dos Hospitais, para alguns tipos de patologias;

Identificação conjunta das necessidades de serviços e de recursos, isto é, das necessidades de cuidados de saúde das populações abrangidas, com previsão de necessidades anuais em cuidados secundários, terciários e continuados, para uma vigilância e resposta epidemiológica mais efetiva;

Definição de indicadores partilhados entre os CSP e hospitais e o desenvolvimento de mecanismos de contratualização interinstitucional, de forma clara;

Expansão e aplicação do conceito das Unidades Coordenadoras Funcionais para áreas chave, com a incumbência de desenvolverem normas clínicas e de enfermagem, processos assistenciais integrados, esquemas de referência prioritários;

Desenvolvimento de mecanismos de auditoria, num claro reforço da cultura de avaliação e de qualidade, bem como na elaboração de planos de formação e de desenvolvimento entre as direções clínicas dos ACES e hospitais, com claro ênfase nos processos de interface entre os níveis de cuidados;

Em termos estratégicos, a concentração de esforços das ULS deverá direcionar-se para as dimensões clínicas e informação, onde foram alcançados os menores níveis de integração. Estas são efetivamente as dimensões onde a literatura identifica maiores ganhos potenciais ao nível do processo de integração;

A criação de sistemas de incentivos internos focalizados na coordenação entre as unidades orgânicas é uma potencialidade que continua por explorar nas ULS;

Uma melhor política de comunicação e envolvimento dos profissionais no processo de integração. Parece existir um distanciamento significativo entre a realidade reportada pelos CA e seus colaboradores, que sinalizaram um desconhecimento generalizado pelos instrumentos de planeamento estratégico e operacional das ULS. A criação de uma cultura de integração nos profissionais é crítica para a interligação e coordenação das unidades funcionais;

Sendo a dimensão informação aquela onde foi obtido um menor nível de integração, a aposta particularmente na aplicação de um processo clínico único eletrónico é crítica para garantir o continuum de cuidados prestados aos utentes;

Documento de trabalho