

REFORMULAR CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA PROMOVENDO PARCERIAS



Carina Dantas
Diretora do Departamento de Inovação da Cáritas Diocesana de Coimbra

Nos últimos 20 anos, o envelhecimento da população levou a um aumento de doenças crônicas, condições de multimorbilidade e dependência; essa mudança foi acompanhada pelo contínuo progresso no campo tecnológico e terapêutico, pelas mudanças sociais e pela crescente absorção de recursos no setor da saúde. Todos esses fenómenos, por um lado, resultaram num crescimento incontrolável dos gastos em saúde, sem um aumento correspondente no nível de saúde da população e, por outro, na necessidade cada vez mais imperativa de garantir a adequação, os cuidados e os cenários de assistência adequados, visando a melhoria da qualidade do atendimento. O envelhecimento exige a mudança do tratamento agudo para o tratamento de múltiplas doenças crônicas, muitas vezes coexistentes, orientado para uma abordagem pró-ativa e multidisciplinar que supera as fronteiras do sistema de saúde. Essas opções levam tempo e esforços aos níveis organizacional, funcional, profissional e de prestação de serviços para alcançar uma transformação estrutural. Abordagens isoladas comprometem a evolução em direção a um sistema de saúde integrado e de alta qualidade, que também seja sustentável, eficiente e justo. Essas dificuldades são maiores no apoio à população idosa, que tem várias necessidades de saúde e acesso menor a serviços, por razões muitas vezes não relacionadas com as doenças (por exemplo, iliteracia digi-

tal ou falta de acesso às tecnologias, problemas de mobilidade, residência em áreas rurais ou com baixa cobertura de serviços, etc.).

Os sistemas de cuidados integrados têm sido propostos como o modelo futuro para o sistema de saúde e apoio social na Europa, representando uma mudança fundamental e de longo alcance na forma como a Saúde é abordada enquanto conceito, na sua organização estrutural, política e de financiamento, e também na sua relação com os parceiros externos.

No entanto, o percurso tem sido longo e Portugal está ainda longe deste modelo.

A primeira questão que se coloca - o conceito de Saúde para as estruturas do SNS - pode ajudar a perceber os seus problemas na implementação.

Se lhe perguntassem, enquanto dirigente ou profissional de saúde: "Onde começa o seu trabalho?"

- Dentro do hospital;
- À porta do hospital;
- Junto de cada pessoa doente, onde quer que esteja;
- Junto de cada pessoa, como quer que esteja."

O que responderia?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças."

Porém, o que constatamos em Portugal é que os curtos ciclos de decisão, as contenções orçamentais e as alterações organizacionais têm sido razões (desculpas?) para uma prestação de cuidados centrada no tratamento ao invés da prevenção.

Mesmo que considerasse que deveria responder à questão acima com a última opção, será que na verdade o seu trabalho no terreno está a ir além da primeira opção?

Como alterar isto?

Em boa verdade, as alterações demográficas e a pressão financeira sobre o sistema de saúde têm estimulado as administrações hospitalares a procurar soluções sistémicas mais sustentáveis, progredindo no desenvolvimento de métodos de trabalho mais colaborativos com as redes locais, provocando mudanças nos serviços, particularmente fortalecendo a articulação com os

cuidados de saúde primários, iniciando equipas de apoio integrado ou projetos-piloto de raiz comunitária. Mas este processo tem envolvido os beneficiários e outros atores de forma global?

A perceção que se pode obter de pacientes, familiares ou organizações locais deve ser central para a administração do sistema de saúde, já que pode:

- Apontar as prioridades para melhorar a qualidade dos serviços, projetando caminhos com base nas experiências e conhecimentos dos utilizadores.
- Planear serviços em torno da população e das necessidades de cuidados e saúde de cada comunidade.
- Compreender o mapa de organizações de cada zona geográfica e o percurso de cuidados, definindo o lugar que a saúde desempenha no quotidiano de cada pessoa. A mudança em direção à integração de cuidados leva as organizações a trabalhar para além das suas fronteiras internas, entendendo o que acontece aos pacientes fora das interações individuais com os serviços. Tal poderá ajudar a entender fatores críticos como altas taxas de readmissão ou falhas na adesão à terapêutica¹. Com níveis crescentes de multimorbilidade, um indivíduo pode ter mais do que meia dúzia de consultas ou visitas de diferentes profissionais por semana. Isso pode afetar a sua capacidade de sair de casa, de ver amigos e familiares, ou de realizar outras tarefas, com possível reflexo na sua saúde mental. As experiências dos pacientes em cada serviço individual podem ser positivas e medidas como tal pela organização individual. No entanto, não há oportunidade de medir como o paciente se sente em relação a seus cuidados em geral. Somente entendendo toda a história se podem redesenhar os serviços, para que sejam mais eficientes e melhorem a vida dos pacientes.

O atendimento integrado é fundamentalmente sobre o relacionamento que as organizações locais têm com a sua população. Ter essa conversa em conjunto com parceiros, pacientes e o público é a única forma de ser bem-sucedido. Porém, a ambição de prestar mais cuidados ao domicílio ou em serviços de base comunitária não tem tido em consideração uma necessidade fundamental: de diminuir o *gap* entre os níveis de financiamento da Saúde e do Social.

Em dois ângulos, particularmente: a) os custos-dia estimados entre estruturas hospitalares ou outras estruturas de saúde e aqueles que são calculados quando estes serviços são subcontratados, p. ex. a IPSSs, são abruptamente díspares, apesar de ambos terem exigências idênticas; b) as tabelas remuneratórias dos profissionais que prestam serviços em organizações da comunidade são severamente desfasadas das existentes para a Função Pública, o que pode originar uma



HÁ UMA CRESCENTE DESCONEXÃO ENTRE A RETÓRICA DOS "CUIDADOS MAIS PRÓXIMOS DE CASA" E AS PRESSÕES QUE OS SERVIÇOS DA COMUNIDADE ENFRENTAM, NOMEADAMENTE AO NÍVEL DO FINANCIAMENTO.



grave escassez de mão-de-obra. Apesar do papel vital que estas organizações desempenham para ajudar as pessoas a manter a sua independência, gerindo condições de longo prazo, a ambição de fortalecer os serviços comunitários e transferir os cuidados dos hospitais para esses ambientes comunitários não se irá concretizar se elas não receberam a prioridade, o financiamento ou o apoio de que precisam e permanecerem clivadas das restantes estruturas de saúde.

Há uma crescente desconexão entre a retórica dos "cuidados mais próximos de casa" e as pressões que os serviços da comunidade enfrentam, nomeadamente ao nível do financiamento.

Embora seja difícil quantificar com precisão os gastos com serviços de saúde da comunidade devido a lacunas e inconsistências nos dados, os sinais apontam para orçamentos em redução nos últimos anos. Em simultâneo, todos sabemos que os pedidos têm aumentado como consequência do crescimento e do envelhecimento da população, dos níveis crescentes de multimorbilidades e dos esforços para oferecer mais cuidados perto de casa.

Num país com a tipologia de governança e organização estrutural de Portugal, só um novo programa nacional de serviços comunitários de saúde, numa reformulação ambiciosa das tipologias atuais e do trabalho em silos, poderá implementar as soluções necessárias. No entanto, até lá, são as próprias estruturas e profissionais que pressionam a mudança e forçam a altera- ▶



ção de paradigmas. Com a convicção de que a execução de projetos piloto bem-sucedidos poderá trazer argumentos para a alteração de estruturas, assim os profissionais e as administrações locais se substituem ao papel do Estado na reescrita de políticas, por via empírica e pontual.

Felizmente, cada vez mais cidades e regiões trabalham em articulação num regime de hélice quádrupla, juntando academia, indústria, instituições públicas e sociedade civil na prossecução de objetivos comuns² - veja-se o caso do Ageing@Coimbra³, um sítio de referência para o envelhecimento ativo e saudável reconhecido com 4 estrelas pelo EIP-AHA.

Neste contexto, faz sentido apresentar o exemplo da Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo (UNIESA), promovida pelo Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., em parceria com o ACES Baixo Mondego, ACES Pinhal Interior Norte e no qual a Cáritas Diocesana de Coimbra também irá colaborar. Percebendo que o modelo atual de atendimento não era adequado ao envelhecimento populacional e partindo das sinergias do consórcio Ageing@Coimbra, os parceiros desta região tem-se dedicado a estudar formas de melhorar a qualidade do atendimento à cres-

cente população idosa. Nesse sentido, foi desenvolvido um caminho integrado para o paciente, projetado explicitamente para pacientes acima de 65 anos com multimorbilidade, identificada por qualquer profissional. Este caminho integra grupos de centros de saúde, uma unidade especializada para envelhecimento ativo no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (que inclui uma consulta de avaliação geriátrica, uma unidade de tratamento agudo, um hospital-dia e consultas ou unidades de internamento em subespecialidades específicas), a rede de longo prazo e as instituições de apoio social.

Tem como objetivo reduzir a carga de atendimento (polimedicação e múltiplos contactos com o sistema de saúde) e atendimento de emergência/agudo, através da melhoria da qualidade de vida do paciente, partilhando decisões em termos de tratamentos, prioridades de saúde, estilo de vida e objetivos. Embora o percurso clínico se inicie numa situação de deterioração orgânica, as sinergias e os recursos criados pelo caminho permitem o desenvolvimento de uma resposta a montante, através da integração do atendimento entre os prestadores.

Quando as necessidades do paciente levam à hospi-

talização, um plano de assistência previamente projetado é implementado por uma equipa especializada, com um tempo médio de permanência de menos de seis dias, evitando a perda de autonomia e reduzindo as estadias prolongadas e as readmissões não planeadas. Desde o primeiro dia, a alta é planeada em coordenação com a família e os cuidadores informais, cuidados de saúde primários e organizações de apoio social, incluindo visitas domiciliárias anteriores para avaliar as condições domésticas. É possível usar ferramentas de monitorização remota, serviços de fisioterapia à distância, serviços de saúde e apoio social em casa, ou acompanhar o paciente no hospital e em ambulatório. Além disso, a unidade especializada em envelhecimento hospitalar é usada como referência para a formação pré e pós-graduada em envelhecimento e estas abordagens inovadoras criam um verdadeiro laboratório vivo com os parceiros do Ageing@Coimbra. Em 2020, a Cáritas Coimbra vai iniciar a sua colaboração na implementação do percurso da UNIESA, colaborando com:

- Diagnóstico social e encaminhamento: visita inicial por Técnico de Serviço Social para avaliar necessidades específicas decorrentes do internamento hospitalar.
- Linha de apoio por videochamada em caso de necessidade, com contacto direto a um cuidador que articula depois com os serviços de saúde se necessário.
- Estimulação cognitiva: treino inicial, adaptação e possibilidade de videochamada com o cuidador para apoio sempre que necessário.
- Reabilitação funcional: programa de treino funcional/reabilitação básico através da criação de um pacote de vídeos de treino funcional, adaptados a diferentes perfis de idoso, que possam depois ser trabalhados remotamente com o paciente para estimular a sua recuperação. Para este efeito, a Cáritas Diocesana de Coimbra vai partir dos resultados e experiência adquirida no âmbito do seu projeto ReHab, cofinanciado no âmbito do Programa BPI Seniores 2018.

Durante 2019, a Cáritas Coimbra promoveu a estimulação cognitiva e a reabilitação funcional de pessoas mais velhas, de forma individual e em grupo, em ambiente assistido e ao domicílio, através de uma mala com um kit multidimensional de tecnologias inovadoras e materiais tradicionais.

Esta mala pode circular através das equipas de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) com instrumentos que vão desde jogos geriátricos a jogos de treino cognitivos disponíveis num tablet, passando pela interação com um avatar.

Os cuidadores da Cáritas prestam apoio remoto no início de cada sessão através de ligação Skype e de-

servem também sessões de literacia digital para os beneficiários do projeto.

Estes são exemplos de iniciativas para pessoas com necessidades complexas, onde se estabeleceu um plano de apoio acordado, um responsável pela coordenação de cuidados e acesso a serviços de apoio remoto, numa mudança implementada de forma progressiva e com interações significativas e flexibilidade entre todos os parceiros.

Porque não trabalhamos assim sempre?

Dá muito mais trabalho!

- Só traz ganhos a médio/longo prazo (ciclos políticos curtos/nomeações);
- Não pode ser feito à secretária;
- Implica redes, parcerias, múltiplos atores, sair da zona de conforto;
- Implica falar com as pessoas, recolher opiniões, fazer estudos, articular;
- Por vezes destrói o ego do profissional;
- Implica conhecer políticas diversas, serviços, metodologias e financiamento;
- Necessita de conhecimento multidisciplinar.

Mas os resultados valem a pena!

Em suma, é essencial:

- Rentabilizar recursos, ligando cuidados primários, serviços de apoio social e centros hospitalares;
- Criar serviços integrados de partilha de informação (EHR) atualizados em tempo real;
- Cruzar informação de vários cuidadores, profissionais e ter o quadro clínico e social acessível para apoio à tomada de decisão;
- Utilizar serviços de proximidade já existentes para vigilância;
- Investir mais na prevenção, na literacia de saúde e literacia digital;
- Criar modelos de governança baseados no cidadão e nas suas necessidades;
- Investir seriamente e com equidade em modelos sustentáveis, justos e de qualidade para todos os envolvidos. É suficiente sermos Cidadãos para percebermos o que as pessoas precisam. ●

1. <https://www.kingsfund.org.uk/>

2. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/17645>

3. <https://ageingcoimbra.pt/>