

notícias

Boletim Informativo do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE - Barreiro

Agosto08

n.º 23



BARREIRO

HOSPITAL DE
NOSSA SENHORA
DO ROSÁRIO, E.P.E.



CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: UM OLHAR SOBRE A REDE

Em Setembro de 2006 foi criada a Equipa de Gestão de Altas no HNSR EPE. Entre Maio de 2007 e Maio de 2008 encaminhámos 199 utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **PÁGINA 6**

HOSPITAL PROMOVE RECICLAGEM NAS ÁREAS PÚBLICAS

Consciente e sensível às questões ambientais, o HNSR EPE instalou 10 mini-ecopontos em várias zonas públicas, naquele que é um projecto inovador em instituições do Serviço Nacional de Saúde. **PÁGINA 12**

CURSO DE NEUROPEDIATRIA

O Serviço de Pediatria realizou um curso de Neuropediatria, no passado mês de Junho. Cefaleias, epilepsia/convulsões, hiperactividade e deficit de atenção foram apenas alguns dos temas em debate. **PÁGINA 4**



Sumário

GDH	3
» Grupo de Diagnóstico Homogéneo	
Aconteceu	4
» Pediatria promove curso de Neuropediatria	
» Reorganização do Arquivo Clínico	
» Caminhos que se cruzam	
» Liga dos Amigos oferece equipamentos ao Serviço de Obstetria	
Qualidade	6
» Cuidados Continuados Integrados: um olhar sobre a Rede	
O Outro Saber	10
» Luís Nunes - Electricista e Bombeiro	
Últimas	12
» Hospital promove reciclagem nas áreas públicas	
» Campanha Nacional para a Higiene das Mãos	

Da leitura do relatório semestral da coordenadora do Gabinete do Utente deste Hospital, relativo ao primeiro semestre de 2008, e em cotejo com o período homólogo de 2007, realça, desde logo, a diminuição de 10,62% no número total de reclamações – de 273 para 244 – bem como o crescimento do número de apreciações/reconhecimentos – de 5 para 12.

Mesmo assim, com este bom sinal, debruçemo-nos sobre a tipologia das reclamações apresentadas: verifica-se que a causa maioritária de motivação para fazer uma reclamação prende-se com o tempo de espera para cuidados de saúde. Razão igual no ano de 2007.

Significa que:

- os utentes esperam mais tempo que as suas expectativas;

- os utentes não têm, entretanto, naquele tempo informação dos motivos de espera. Acresce que a interacção do utente com o profissional de saúde nem sempre é satisfatória no entendimento daquele e gera uma segunda tipologia de reclamação.

Se conseguirmos introduzir factores de correcção nestas falhas da satisfação do utente, reduziríamos para menos de metade o número de reclamações apresentadas ao Gabinete do Utente do Hospital de Nossa Senhora do Rosário EPE.

Fica, aqui, como bom exemplo o atendimento personalizado da assistente social de 26 utentes, em que a vontade de reclamar foi dissuadida através do diálogo com uma informação detalhada e construtiva, objectivada na resolução dos problemas apresentados.

Positiva e relevante, ainda, a diminuição do número de reclamações classificadas no sistema com a causa "Doentes sem cuidados" (-33,3%) e com a causa "Cuidados desadequados" (-39,3%).

É um desafio para cada um e para todos contribuir para o bem-estar dos utentes do Hospital de Nossa Senhora do Rosário EPE.

A Presidente do Conselho de Administração

Eng.ª Izabel Pinto Monteiro

Ficha Técnica

Propriedade e Edição: Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE - Avenida Movimento das Forças Armadas, 2830-094 Barreiro - Telefone: 21 214 73 00 ; **Direcção:** Conselho de Administração; **Coordenação e Paginação:** Gabinete de Comunicação e Imagem; **Fotografia:** Sérgio Lemos e Gabinete de Comunicação e Imagem; **Concepção Gráfica:** Mais Imagem; **Impressão:** Tipografia Ribatejo; **Tiragem:** 1 500 exemplares; **Periodicidade:** Bimestral

O conteúdo desta publicação é da responsabilidade do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE, através do seu Gabinete de Comunicação e Imagem. As informações nela contidas são para uso exclusivo dos seus colaboradores. Os textos assinados são da responsabilidade dos seus autores, não representando necessariamente opinião do Conselho de Administração.

GRUPO DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEO

Quando começámos?

Existimos desde 1988. Este gabinete teve como responsáveis anteriores o Dr. Fernando Fonseca e a Dra. Alda Martins.

Quem somos?

- 1 coordenadora;
- 1 auditora interna e externa;
- 2 administrativos;
- 3 codificadores pertencentes ao HNSR EPE;
- 3 codificadores externos.

Somos poucos, mas constituímos uma equipa coesa, auto motivada e voluntariosa.

Onde estamos?

O gabinete do GDH encontra-se num pequeno gabinete em frente ao Arquivo Clínico.

Sempre que necessário saímos do “nosso pequeno espaço” para os diversos Serviços de Internamento, Hospital de Dia de Oncologia, Radioterapia e Cirurgia de Ambulatório.

Conceitos que queremos transmitir?

Codificação: passar os diagnósticos clínicos e os procedimentos a um número, de acordo com o Índice de Codificação de Doenças – 9 - CM;

GDH (Grupo de Diagnóstico Homogéneo): Este agrupamento é feito, automaticamente, por um módulo informático;

Índice de Case-Mix: é um coeficiente global de ponderação da produção, que reflecte a complexidade da casuística.

Quais os nossos objectivos?

- Melhorar a qualidade da codificação;
- Facultar dados atempados para quem os solicitar.

O que fornecemos?

- Dados para os Serviços Financeiros;
- Dados para o Conselho de Administração e Administradores;
- Dados clínicos, de acordo com a legislação em vigor.

O que necessitamos?

- A codificação faz-se no gabinete, mas inicia-se sempre que se abre um processo clínico de um doente e continua até à alta clínica.
- Notas de alta com o diagnóstico principal, o que motivou esse episódio de internamento, diagnósticos secundários e co-morbilidades bem especificados na sua diferenciação clínica e com registo de todos os procedimentos efectuados.
- Informação escrita sobre problemas sociais;
- Envio dos processos clínicos para o Arquivo, logo após a alta.

Em suma, precisamos do trabalho de uma equipa alargada que englobe todo o pessoal médico e administrativo do Hospital.

Pedimos muito?

Talvez! Mas só desta forma podemos todos, mostrar a qualidade e quantidade dos serviços prestados pelas várias Unidades e Serviços e pelo Hospital no seu todo e sermos financiados de acordo com a nossa produção real. Vai valer a pena!

Responsável pelo Gabinete de GDH Dra. Nilze Batista

ELOGIO

Exmos. Senhores,

Passadas que estão quase 3 semanas da partida do meu marido, em meu nome e dos meus filhos, quero fazer chegar a “Todos” os departamentos do HNSR que, de alguma forma intervieram no tratamento do Jorge, o enorme agradecimento, não só pela competência profissional, mas também, e sobretudo, pelo afecto, pelo carinho, diria mesmo, pelo amor com que trataram e visitaram o meu marido.

Não esquecendo, de modo algum todos os outros serviços, quero no entanto fazer um especial agradecimento ao Dr. António Pinto Saraiva por me ter permitido ter estado junto do meu marido, a seu pedido, e a toda a fantástica equipa médica, à especial equipa de enfermagem e às carinhosas auxiliares de acção médica. Esta Unidade tem motivos para estar orgulhosa dos seus elementos.

Há um ditado que diz “Quem semeia, colhe” e foi isso que se passou com o Jorge na vida e no HNSR. Senti que o Hospital era a sua 1.ª casa e, apesar do grande sofrimento por que teve de passar, sentiu-se acolhido entre os seus.

Para todos, o nosso eterno bem-haja.

Um grande abraço da,
Manuela Muñoz

ACTIVIDADE DESENVOLVIDA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS

Ano	Codificados Internamento	Codificados Cirurgia de Ambulatório	Codificados Medicina Ambulatório	Não codificados
2005	17 500	514	-	20
2006	16 270	669	-	12
2007	16 556	1 244	56 319	1 033

PEDIATRIA PROMOVE CURSO DE NEUROPEDIATRIA



O Serviço de Pediatria do HNSR EPE tem como um dos seus objectivos a formação de profissionais de Saúde, sempre numa perspectiva de melhoria contínua na prestação de cuidados e na qualidade de vida das crianças e famílias.

Assim, realizou, no passado dia 20 de

Junho, um Curso de Neuropediatria, aberto à participação de Internos de Medicina Geral e Familiar (MGF), Internos de Pediatria, médicos de MGF, Pediatras e outros médicos ou profissionais de Saúde Infantil.

Estiveram presentes cerca de 80 profissionais, na maioria médicos de várias Instituições do País, num curso muito prático, que congregou grandes questões da área da Neuropediatria da Infância e Adolescência, como: cefaleias; epilepsia/convulsões; hiperactividade e deficit de atenção; paralisia cerebral; doenças neuromusculares; e, síndromes neurocutâneas.

Na apresentação dos vários temas, contámos com Neuropediatras e

Pediatras do Desenvolvimento, de várias Instituições, com um vasto e reconhecido trabalho nestas áreas e com o reconhecimento da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria.

**Directora do Serviço de Pediatria
Dra. Elisabete Gonçalves**



REORGANIZAÇÃO DO ARQUIVO CLÍNICO



Com o objectivo de criar espaço para a incorporação de novos processos clínicos no depósito central do Arquivo Clínico, procedeu-se ao expurgo dos processos sem movimento desde o ano 2002, transferindo-os para uma área devidamente preparada, com cerca de 141m².

O expurgo efectuado permitiu a reparação dos armários

rotativos e a reorganização do acervo, facilitando o desempenho diário dos colaboradores do Arquivo e contribuindo para a melhoria das suas condições de trabalho.

Foram retirados do depósito central cerca de 60 000 processos, durante os meses de Maio, Junho e Julho, e a sua nova localização foi sinalizada na aplicação SONHO. Assim, os processos continuam facilmente acessíveis, no caso de os utentes regressarem ao Hospital, programadamente ou não.

Esta tarefa foi tornada possível graças à colaboração do Serviço de Sistemas de Informação, que preparou a lista de processos clínicos não consultados, e ao contributo de dois elementos contratados especificamente para esta função, William Brito e Hernâni Rodrigues, a quem gostaríamos de agradecer a dedicação e o cumprimento do objectivo estabelecido, e desejar boa sorte para os seus projectos futuros.

**Dra. Sandra de Olim
Administradora Hospitalar**

CAMINHOS QUE SE CRUZAM



Da esquerda para a direita: Dra. Elisabete Gonçalves, Dra. Susana Dias, Enf.^a Suzete Amarante, Enf.^a Maria José Guerreiro, Enf.^a Cidália Gonçalves

No passado mês de Abril foi constituído o Grupo de Ajuda Mútua dirigido aos Pais com Crianças e Jovens com Necessidades de Educação e de Saúde Especiais, que emerge na sequência do Projecto "Caminhos que se cruzam".

Este Grupo tem como objectivo "promover o bem-estar da saúde e dos direitos sociais dos pais de crianças/jovens com necessidades especiais". Surge após necessidade expressa por alguns pais, que recorrem às Consultas de Pediatria do HNSR EPE, de partilharem as suas experiências com outros a fim de conhecerem estratégias para lidarem com um problema que lhes é comum.

A partilha de experiências entre os pais de crianças/jovens com necessidades especiais será um desafio para todos os que se interessam pela promoção de uma cidadania relativamente à Saúde, a partir de uma perspectiva de "empowerment" da

população visada.

A partilha voluntária de experiências similares tem como vantagens a aprendizagem de novas formas para enfrentarem obstáculos individuais e sociais, permitindo a descoberta de cumplicidades e o "despoletar" de compromissos para a resolução dos problemas.

Identifica-se com o modelo de promoção de saúde de LAFFREY [et al], como descrito por STANHOPE e LANCASTER (1999, p. 301), em que " (.....) o objectivo dos cuidados de saúde deve ser direccionado para a optimização da saúde (.....)". A presença dos profissionais de saúde nas reuniões tranquiliza os pais pelo seu cariz pedagógico e estruturante.

Neste sentido, formou-se o Grupo de Trabalho constituído por uma equipa multidisciplinar, em que estão representadas todas as valências da Área Pediátrica:

Consulta - Enf.^a Maria José Guerreiro

Neonatologia - Enf.^a Cidália Gonçalves e Enf.^a Zoraima Prado

Internamento - Enf.^a Suzete Amarante, Enf.^a Teresa Candeias, Enf.^a Natália Borges

Urgência - Enf.^a Maria João Felício, Enf.^a Ana Celeste Agostinho, Enf.^a Mafalda Fortuna

Pediatria - Dra. Elisabete Gonçalves

Psicologia - Dra. Susana Dias

Ensino Especial - Prof.^a Elisabete Santos

Preconiza-se que a primeira reunião com os pais seja realizada no próximo mês de Outubro, no Auditório do Hospital. Estas reuniões terão uma periodicidade mensal. Após o levantamento das necessidades sentidas pelos pais será divulgada a dinâmica e funcionamento do Grupo de Ajuda Mútua.

Pel' O Grupo de Apoio de Ajuda Mútua
Enf.^a Maria José Guerreiro

LIGA DOS AMIGOS OFERECE EQUIPAMENTOS AO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

No passado mês de Julho, a Liga dos Amigos do Hospital Distrital do Barreiro (LAHDB) ofereceu ao Serviço de Obstetrícia um aparelho de fototerapia intensiva e outro para o despiste de problemas auditivos no recém-nascido antes da alta. Foram ainda oferecidas 12 mesas de apoio à Obstetrícia e 3 à Unidade de Neonatologia.

De acordo com o presidente da Direcção da LAHDB, Vítor Munhão, "a Liga dos Amigos apoia os doentes do Hospital reforçando a humanização que é prestada pela equipa de Saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos utentes, neste caso particular à puérpera, recém-nascido e família".

O enfermeiro coordenador do Serviço de Obstetrícia, Enf. Luís Miranda, agradece, em nome da equipa do Serviço, "pelo apoio e disponibilidade que a Liga nos tem demonstrado através da aquisição de equipamentos que em muito vão reforçar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à puérpera, recém-nascido e família".

CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: UM OLHAR SOBRE A REDE

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa vêm determinando novas necessidades em saúde para as quais têm vindo a ser organizadas respostas que se pretendem mais adequadas e atempadas.

Neste sentido, foi recentemente criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em Portugal, que contribuiu para dar visibilidade e aumentar a sensibilidade para a problemática da dependência e da saúde dos idosos, a qual se encontra associada não só ao envelhecimento, como à prevalência de doenças crónicas, de evolução prolongada e de elevado grau de dependência.

Esta rede prevê um conjunto de respostas que se pretende seja adequado às necessidades e às características específicas, tanto dos utentes como das condições locais, procurando-se, concomitantemente, a optimização dos recursos existentes.

O presente artigo foi elaborado tendo como objectivo analisar e divulgar os resultados obtidos a nível local do HNSR EPE, na sequência da utilização da rede, em resposta às necessidades de saúde e sociais dos cidadãos e analisar os desafios que se colocam.

1. A RNCCI: MODELO DE FUNCIONAMENTO, OBJECTIVOS E RECURSOS

A RNCCI perspectiva uma prestação de cuidados pluridimensionais, orientados para a promoção da qualidade de vida, com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos utentes e famílias.

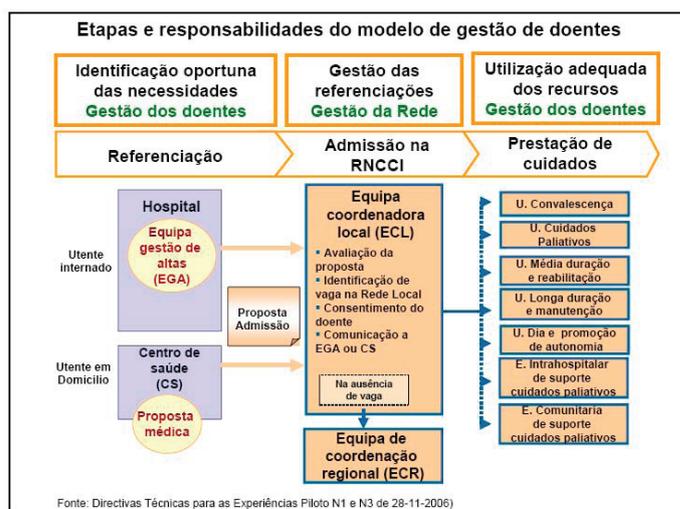
A abordagem ao utente deve incluir, para além das necessidades de saúde, as necessidades psicológicas e sociais, considerando-se um modelo de cuidados integral.

Os princípios da RNCCI assentam na:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;
- Proximidade na prestação dos cuidados;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- Avaliação da situação de dependência do doente e definição de objectivos de funcionalidade e autonomia e a sua consequente manutenção;
- Participação das pessoas dependentes e respectivos familiares na elaboração do plano individual de intervenção;
- Co-responsabilização da família ou cuidadores na prestação da assistência;
- Eficiência e qualidade no serviço prestado. UMCCI (2007:32-33)

Estão definidas três etapas de intervenção: referênciação, admissão e prestação de cuidados (figura 1), onde estão definidos os fluxos de acesso e mobilidade e clarificadas as responsabilidades de actuação dos diferentes agentes.

Figura 1 - Fluxos de referênciação e admissão



O modelo de gestão de utentes prevê critérios de referênciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados e, ainda, critérios de exclusão.

Dos recursos disponibilizados na rede podem referir-se as seguintes tipologias de unidades:

Unidades de internamento: convalescença; de média duração e reabilitação; longa duração e manutenção; cuidados paliativos.

Unidades de ambulatório: unidades de dia e promoção da autonomia.

Equipas hospitalares: equipas de gestão de altas (EGA); equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EISCP).

Equipas domiciliárias: equipas de cuidados continuados integrados (ECCI); equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

Estão definidos os **rácios de camas por tipologia de unidade**, no entanto a cobertura em unidades de internamento não é homogéneo por região, em relação à população dessa região.

A região do Algarve atinge a maior cobertura e a menor cobertura encontra-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os **destinatários-alvo** dos cuidados a prestar são cidadãos que se encontrem numa das seguintes situações:

- Dependência funcional, transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;

- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa ou crónica em fase avançada ou terminal.

O **financiamento dos serviços prestados** resulta da comparticipação e co-responsabilização entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social e dos utentes, sendo este modelo considerado crucial para a sustentabilidade e consolidação da RNCCI a longo prazo.

Da articulação com e na RNCCI

Foi definida a articulação entre a Rede de Cuidados Hospitalares e a Rede de Cuidados de Saúde Primários e criados mecanismos de complementaridade das intervenções, de modo a melhorar a qualidade do processo de cuidados; otimizar e racionalizar os recursos e serviços e melhorar os resultados.

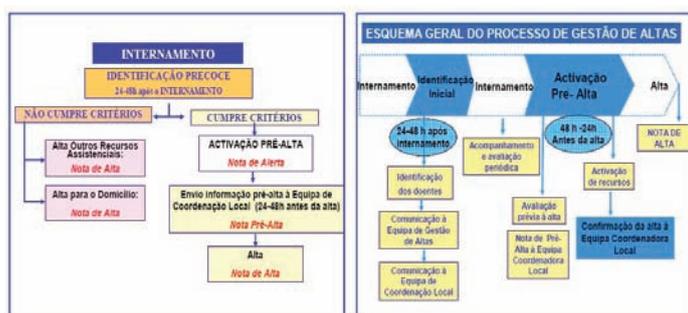
Para garantir o funcionamento da rede foi concebido um circuito de referenciação que se inicia na Equipa de Gestão de Altas (EGA) ou no Centro de Saúde, com a proposta de admissão do utente na Rede à Equipa de Coordenação Local (ECL). Estas, por sua vez, avaliam as necessidades de cuidados de saúde e de apoio social dos utentes propostos e regulam a sua colocação nas tipologias de cuidados disponibilizados.

O preenchimento dos formulários de encaminhamento dos utentes é da responsabilidade das EGA e ECL, sob coordenação das Equipas de Coordenação Regional (ECR), podendo o registo ser feito em suporte informático.

O planeamento da alta, aspecto essencial neste processo, pressupõe preparação da alta como parte integrante do plano de cuidados com o envolvimento dos profissionais dos vários níveis de cuidados (hospitais, centros de saúde, unidades e equipas da RNCCI).

O planeamento da alta deverá ser iniciado desde a admissão do utente na unidade de internamento, envolvendo os familiares ou pessoa significativa, de forma a garantir os melhores resultados. O processo e circuito de preparação e planeamento da alta estão claramente definidos como se pode observar na figura 2.

Figura 2 - Processo e circuito de gestão de altas



Fonte: Manual de Gestão de Altas, Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, Maio de 2006

A metodologia de trabalho da EGA é baseada no trabalho em equipa. São utilizados instrumentos (escalas de avaliação, registo) standardizados que incluem:

- Processo individual de cuidados;
- Registo de admissão;
- Informações de alta;
- Diagnóstico das necessidades (de saúde e sociais) da pessoa em situação de dependência;
- Plano individual de intervenção;
- Registo de avaliação semanal do plano individual de intervenção.

2. RESULTADOS OBTIDOS NO HNSR EPE

Na sequência da publicação do diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi, por deliberação do Conselho de Administração, em Setembro de 2006, nomeada a Equipa de Gestão da Altas do HNSR EPE.

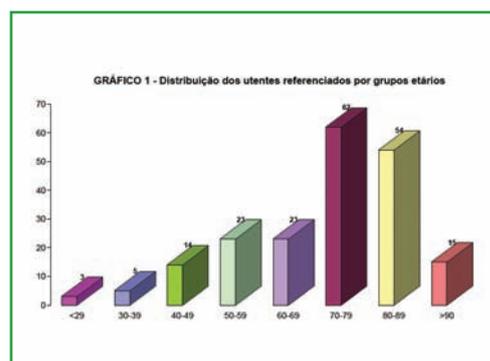
É uma equipa hospitalar multidisciplinar destinada à preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades existentes na rede.

A EGA do HNSR EPE, que tem tido um papel extremamente relevante no Hospital, é constituída por 2 Médicos, 2 Enfermeiros e 1 Assistente Social: Dra. Paula Farelo; Dra. Cláudia Galvão; Enf.^a Isabel Vargas; Enf.^a Tatiana Silva; Dra. Rosário Barreiros.

Do balanço de um ano de articulação do HNSR EPE com a RNCCI

Da análise e reflexão sobre os dados resultantes dos utentes referenciados no período de um ano (de 25 de Maio de 2007 a 27 de Maio de 2008) verifica-se que o hospital referenciou para a RNCCI, 199 utentes.

A média de idades dos utentes referenciados é de 71 anos, ligeiramente inferior à média nacional, situando-se as idades entre os 26 e os 98 anos. A maior percentagem de utentes referenciados situa-se entre os 70-79 anos (30%). Realça-se que as pessoas com 80 e mais anos representam 34% do total.



No que se refere ao género 51% são mulheres, inferior à média nacional em 1%.

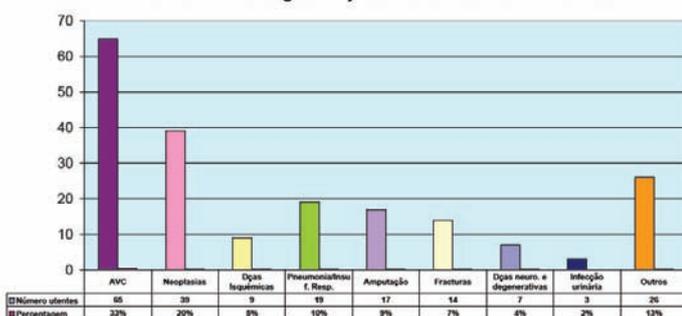
Dos serviços ou unidades de cuidados que mais utentes referenciaram para a RNCCI (quadro 1) realça-se a Medicina com 53% do total de utentes, seguida da Cirurgia com 19% e a Urgência Geral com 10%.

Quadro 1- Distribuição dos utentes referenciados por Serviço

Serviços	N.º utentes referenciados	%
Medicina	105	53%
UFO/UFPGN	13	7%
Cirurgia	38	19%
Ortopedia	11	6%
Urologia	9	5%
Ginecologia	1	1%
ORL	1	1%
Cirurgia Plástica	1	1%
Urgência/UIPA	20	10%
Total	199	100%

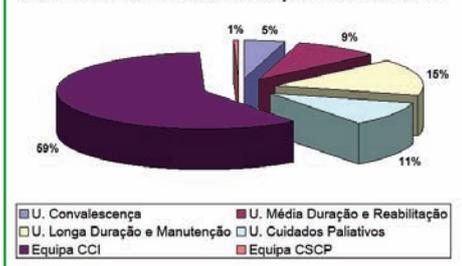
Quanto às patologias subjacentes à necessidade de referenciação (gráfico 2) assume uma expressão significativa os Acidentes Vasculares Cerebrais, em 33% dos utentes, seguido das neoplasias em 20%, o que corresponde à tendência de nível nacional. Em outros, foram contabilizadas patologias com menor expressão (frequência de 1 ou 2, tais como a insuficiência renal, diabetes, colecistectomia, abscesso, entre outras).

GRÁFICO 2 - Patologias subjacentes aos utentes referenciados



Quanto às tipologias de unidades da RNCCI para onde os utentes foram referenciados (gráfico 3) constata-se que o maior número de utentes foi referenciado para a equipa de cuidados continuados integrados, que presta cuidados em contexto domiciliário (59%).

GRÁFICO 3 - Uteses referenciados por unidade da RNCCI



Das unidades de internamento destacam-se as Unidades de Longa Duração e Manutenção (15%) e da Unidade de Cuidados paliativos (11%). A Unidade de Convalescença assume uma menor expressão do que o resultado apresentado a nível nacional (5%).

Este facto revela que são pessoas com doenças ou processos crónicos e com um nível de dependência elevado, que necessitam não só de cuidados de saúde mas também de apoio social, que não lhes permitem ser cuidadas no domicílio, ou que requerem apoio durante o estado terminal da vida.

Da análise do Quadro 2, verifica-se que apenas 68% dos utentes referenciados tiveram acesso às unidades da RNCCI. É clara a maior acessibilidade dos utentes aos cuidados continuados integrados em contexto domiciliário, prestados pelas ECCI (97%), em oposição à maior dificuldade de respostas nas diversas unidades de internamento da Rede.

Quadro 2 - Distribuição dos utentes segundo a resposta obtida por tipologia

Tipologia de Unidades de Rede	N.º utentes referenciados	Com resposta da Rede	Sem resposta da Rede	% de colocação na Rede
U. Convalescença	9	4	5	44%
U. Média Duração e Reabilitação	18	3	15	17%
U. Longa Duração e Manutenção	31	7	24	23%
U. Cuidados Paliativos	21	6	15	29%
Equipa CCI	119	115	4	97%
Equipa CSCP	1	1	0	100%
Total	199	136	63	68%

Dos 63 utentes (32%) que não foram admitidos na rede constatou-se que, por falta de resposta da rede, 25 utentes (13%) foram encaminhados para outros locais (lares e domicílio), 20 (10%) faleceram antes de obterem resposta, 5 (3%) desistiram ou recusaram e 5 (3%) foram recusados pelas equipas de coordenação local e regional, por considerarem não corresponder totalmente aos critérios de admissibilidade da rede. Há utentes que aguardam no domicílio pela sua colocação na rede.

Analisado o tempo médio de espera para obter resposta da rede verificou-se que é de 22,75 dias, sendo o tempo médio de resposta em outros locais, por ausência de resposta na rede, de 20,61 dias.

3. CONCLUSÕES E DESAFIOS

São visíveis alguns aspectos socioeconómicos que se repercutem na saúde das pessoas e da população da área de influência do hospital e, ainda, na procura de cuidados continuados e sociais, dos quais se realçam os seguintes:

- A população é maioritariamente idosa e há uma ausência de estruturas de apoio na comunidade e respostas adequadas às suas necessidades;

- Muitos utentes com alta clínica e em situação de dependência vivem em ambiente familiar problemático (carência económica, indisponibilidade da família/cuidadores por motivos profissionais e/ou de saúde, ausência de condições psicológicas para cuidar dos familiares);

- O Hospital é a Instituição onde afluem, em fim de linha, todas as situações de ruptura socioeconómica, pelas suas repercussões no bem-estar dos indivíduos e famílias.

Apesar das dificuldades que, na maioria das vezes, decorrem das complexidades organizacionais que, uma nova política, modelo, intervenção, mudança, implica, a rede constitui, sem dúvida, uma importante intervenção complementar do Sistema Nacional de Saúde. É fundamental reforçar, diariamente, o empenho dos profissionais aos vários níveis, perante alguns constrangimentos identificados e encará-los como desafios no que diz respeito, nomeadamente a:

- Melhoria da articulação entre centro de saúde, hospital, unidades de cuidados continuados, equipas e instituições de apoio social;

- Aumento da capacidade instalada da rede, tendo em conta a sua rápida evolução, procura e tempo de resposta, face às necessidades da comunidade (garantia da acessibilidade e equidade a todos os cidadãos, nomeadamente, a crianças e situações resultantes de doenças psiquiátricas);

- Alargamento das respostas para convalescença, longa duração e manutenção e cuidados paliativos;

- Acompanhamento e intervenção precoce ao nível dos cuidados de saúde primários, pois a identificação de sintomas e necessidades de forma atempada, pode evitar o encaminhamento dos utentes para os hospitais, evitando que a pessoa saia do seu ambiente familiar;

- Promoção do voluntariado local, implementando programas estruturados de descanso familiar;

- Desenvolvimento da formação contínua dos profissionais da rede, no sentido de melhorarem as suas práticas profissionais, no âmbito das especificidades da dependência e do envelhecimento;

- Reduzir internamentos evitáveis, com desperdício de recursos, favorecendo o aparecimento de dependências;

- Adequação dos recursos humanos e materiais ao nível do apoio domiciliário;

- Sistematização do planeamento da alta e investimento na referenciação mais precoce, permanecendo o utente em contexto hospitalar, apenas em fase de agudização da sua doença.

Pelo que, a activação dos mecanismos de identificação de pré-altas, nos hospitais, através das equipas de gestão de altas, é fundamental, de modo a serem identificadas as reais necessidades dos utentes para o diagnóstico e intervenções rápidos;

- Implementação de estratégias e intervenções mais diferenciadas, em função das características e especificidades da população de cada área geográfica, tendo em conta as diferentes patologias mais frequentes e os recursos existentes, evitando-se a duplicação de serviços e/ou gastos inúteis;

- Incremento da multidisciplinaridade e actualização do plano individual de cuidados de cada utente integrado na rede;

- Melhoria da comunicação entre os diversos actores de intervenção na rede, no que se refere a um consenso na informação mínima para a referenciação, na organização de horários de admissão/altas e na elaboração de guias de práticas conjuntas;

- Incremento das medidas de co-responsabilização da família/pessoa significativa/cuidador informal no processo de cuidados, reforçando a existência de diversos actores de intervenção, nomeadamente, instituições de apoio social, de modo a que o utente permaneça no seu ambiente familiar. Os profissionais participantes da rede devem promover o envolvimento da família na prestação de cuidados, tendo em conta que são eles o núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar das pessoas em situação de dependência.

Tratam-se de desafios que implicam empenho e dedicação para os superar, para que assim se possa crescer em efectividade, eficiência, equidade e qualidade.

BIBLIOGRAFIA

Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência (2006) - Manual de Planeamento e Gestão de Altas. Lisboa: UMCCI

Portugal, Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006) – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º 109, I Série – A.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007) – Relatório de Monitorização da implementação das experiências piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Lisboa: UMCCI, disponível em pdf <http://www.mcci.min-saude.pt>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2008) – Relatório de Monitorização do Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2007: Resumo. Lisboa: UMCCI, disponível em pdf <http://www.mcci.min-saude.pt>

Enfermeira-Directora, Helena Almeida



LUÍS NUNES - ELECTRICISTA E BOMBEIRO

Desde quando é bombeiro?

Sou bombeiro desde 1974 nos Bombeiros Voluntários do Sul e Sueste.

Paralelamente ao cuidado com o bem mais precioso que é a vida humana, há sempre que preservar o equipamento.

Porque decidiu ser bombeiro?

Foi o espírito de aventura característico da juventude, aliado ao prazer de me sentir útil, que originou que, por influência de um amigo de longa data, me alistasse como voluntário nos Bombeiros Voluntários do Sul e Sueste.

Na sua opinião, que qualidades deve ter um bombeiro?

Para ser bombeiro voluntário dever-se-á ter sempre presente um enorme espírito de sacrifício, o dar sem nada receber e comparecer sempre que necessário.

Quanto tempo dispensa a esta actividade?

A quase totalidade dos meus tempos livres.

Que actividades desenvolve?

Como Bombeiro a minha actividade desenvolve-se principalmente na área de combate a incêndios, onde tenho formação adequada.

Contudo, em caso de necessidade também efectuo serviços de transporte de doentes, emergência pré-hospitalar e outras actividades resultantes do posto que ocupo. Actualmente sou sub-chefe.



De todas as situações que já viveu enquanto bombeiro, qual aquela que mais o marcou?

Ao longo da minha carreira foram várias as situações marcantes, mas sempre naquelas que estão envolvidas crianças, o meu coração bate mais forte.

Já teve a sua vida em perigo?

No combate a incêndios o risco de vida está sempre presente, uma vez que a intervenção deve ser efectuada em equipa e as condições de actuação alteram sistematicamente.

SABIA QUE...

...demos as boas vindas a:

Tec.ª Ana Carla Amaral
Fisioterapia

Enf.ª Cátia Joaquim
Cirurgia Geral

D.ª Cristina Medeiros
Pediatria

Enf.ª Ilda Jesus
Medicina

D.ª Maria Fátima Fresco
Cardiologia

D.ª Maria Jesus Duque
Medicina

D.ª Marina Vaz
Obstetrícia

Enf.ª Susana Catarino
Medicina Interna

... despedimo-nos de:

Tec. Cláudio Maroco
Fisioterapia

D.ª Esmeraldina Carriço
Esterilização

Dra. Fátima Terras
Cardiologia

D. Isilda Cordas
Urgência

Enf. José Moutinho
Cirurgia Geral

Sr. Paulo Figueira
Reprografia

Enf.ª Welwistchia Kaia
Medicina

PERFIL

Luís Filipe Nunes tem 51 anos e é natural de Lisboa.

Iniciou a sua actividade em 1972 no Instituto Português de Oncologia – Francisco Gentil em Lisboa, ingressando no HNSR EPE em 1985, sempre integrado no Serviço de Instalações e Equipamentos e desempenhando as funções de electricista.

HOSPITAL PROMOVE RECICLAGEM NAS ÁREAS PÚBLICAS

Consciente e sensível às questões ambientais, o HNSR EPE instalou, no passado mês de Julho, 10 mini-ecopontos em várias zonas públicas, naquele que é um projecto inovador em instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Graças ao grande empenho na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelo HNSR EPE, no que concerne à gestão de resíduos hospitalares, os Serviços Hoteleiros dão início a uma nova etapa neste processo, através da implementação destes mini-ecopontos em áreas públicas, nos vários pisos do Hospital.

Consideramos fundamental fomentar,



junto da população que servimos, uma estratégia de comunicação e educação que, por um lado, actue no sentido de os informar sobre a triagem e, por outro, tenha a capacidade de sensibilizar para uma correcta participação no processo

de reciclagem.

Aquilo a que vulgarmente chamamos de “lixo” é, muitas das vezes, um recurso precioso para a nossa sobrevivência, num planeta onde as condições ambientais, higiénicas, de saúde e de riqueza se determinam a grande velocidade. Actualmente, quase tudo, em matéria de embalagens, pode ser reciclado: plástico, metal, papel/cartão e vidro.

É fundamental, por isso, obter grande empenho e colaboração de todos, profissionais e população em geral, para a separação dos resíduos, para que estes possam ser reciclados.

CAMPANHA NACIONAL PARA HIGIENE DAS MÃOS

No próximo mês de Outubro, o HNSR EPE vai integrar a Campanha Nacional para a Higiene das Mãos, coordenada pela Direcção-Geral da Saúde.

Consciente do impacto das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e do papel que as mãos têm na transmissão cruzada da infecção, Portugal aderiu ao projecto “World Alliance for Patient Safety”, da Organização Mundial de Saúde, que tem como primeiro desafio mundial o programa “Clean Care is Safer Care”, encetado em 2005.

A estratégia passou, primeiramente, pela sensibilização das Unidades de Saúde. O próximo passo prende-se com o arranque da campanha, a nível nacional, que acontecerá no próximo mês de Outubro.



Após a campanha, será feita a avaliação da mesma e o *follow-up* com o objectivo de promover a higiene das mãos, contribuindo deste modo para melhoria contínua e segurança dos cuidados prestados ao doente.

Em Inglaterra, existem mais de 100 000 casos ano de IACS e cerca de 5 000 mortes ano são atribuídas à infecção adquirida no hospital. Nos Estados

Unidos da América 1 em cada 136 doentes hospitalizados adquire uma IACS, o que equivale a 2 milhões de casos e cerca de 80 000 mortes/ano. No México, calcula-se que 450 000 casos de IACS causem 32 mortes por cada 100 000 habitantes por ano.

As IACS em Inglaterra têm um custo estimado em mil milhões de libras por ano. Nos EUA, estima-se que o custo seja entre 4.5 mil milhões e 5.7 mil milhões de dólares por ano. No México o custo anual aproxima-se de 1.5 mil milhões de dólares.

O sucesso desta campanha no HNSR EPE depende do envolvimento de todos pelo que contamos com a sua colaboração.

A Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar