

ARTIGO

“Fatores condicionadores de alta em medicina interna: O caso dos doentes propostos à RNCCI (Rede Cuidados Continuados)

e/ou propostos a LAR” (Adaptação da comunicação oral apresentada no 23º

congresso de medicina interna, dia 27 Maio 2017, Porto)

b) Autores: Luisa Pires, João Maia, Tânia Ferreira, Paulo Paiva, João Araújo Correia.

(Centro Hospitalar do Porto, Serviço Medicina, Unidade Medicina “A”: Assistente Social; Médico Interno; Médica Interna; Assistente Hospitalar Graduado Responsável da Unidade; Diretor do Serviço.

b) Autor correspondente: Luisa Pires, «luisapires.ssocial@chporto.min-saude.pt». Serviço Medicina, Unidade “A”, Centro Hospitalar do Porto, Largo Prof Abel Salazar, 4050 Porto.

c) Não há conflito de interesse na realização do trabalho.

d) Não existiram fontes de financiamento externas na realização do trabalho.

RESUMO

Em medicina interna nem sempre coincide a alta clínica com a alta efetiva.

Os doentes propostos à segurança social para integração em LAR (estrutura residencial para pessoas idosas) e os doentes propostos à RNCCI (rede nacional de cuidados continuados integrados), constituem o universo de doentes cuja alta hospitalar é adiada por um conjunto de fatores condicionadores: como ausência de capacidade de resposta/integração em tempo útil por parte desses organismos e a burocratização dos procedimentos de interação com a unidade de internamento no hospital.

Objetivos: Identificar altas difíceis por razões não clínicas e conhecer o seu impacto nos doentes e no hospital.

Método: Casuística numa das 3 unidades do serviço de medicina interna, do CHP (Centro Hospitalar do Porto: Hospital Santo António): Unidade de medicina "A", com 49 camas, durante o ano de 2016.

Identificamos, através dos processos sociais trabalhados em 2016, todos os casos em que se observou prolongamento do internamento por razões não clínicas;

Resultados: Podemos reter que 6% (117) do total de doentes tratados (1923) estiveram internados mais 2961 dias para além do tempo necessário, de acordo com a demora média (8.8) desta unidade de medicina, com custo adicional de 571.473 euros no orçamento hospitalar.

Conclusão: Sendo a RNCCI e o LAR respostas benéficas e necessárias para os doentes que delas necessitam, também implicam efeitos negativos para os mesmos doentes e para o sistema hospitalar.

Palavras-Chave: Medicina Interna; Altas difíceis; Doentes; RNCCI-Rede nacional cuidados continuados integrados; Idosos; LAR-estrutura residencial para pessoas idosas.

Título em Inglês:

Difficult highs in internal medicine. (Adaptation of oral communication presented at the 23rd congress of internal medicine, 27May 2017, Porto)

ABSTRACT

Introduction: In Internal Medicine, a patient's clinical discharge doesn't always coincide with his effective discharge from the hospital.

Patients referred for integration in Social Welfare institutions, namely nursing homes (elderly residencies) and institutions within the RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Integrados – National System for Continued Care) constitute a universe of patients where the effective discharge is deferred by several factors, namely an inability to provide a timely response due to a lack of placement positions and lengthy bureaucratic procedures.

Methods: Identification of all the “difficult discharges” through a review of the Social Services processes in the year 2016 in a 49 bed Internal Medicine ward in an University Hospital – Medicina A, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto.

Purpose: to identify “difficult discharges” and their impact in patients and the hospital.

Results: Of the total 1923 patients treated in 2016, 6% (117) had their effective discharge prolonged due to social referral issues, resulting in an additional 2961 days of commitment (as compared to the ward's average of 8.8 days) and implying an additional cost of 571.473 euros for the Hospital's budget.

Conclusions: In spite of being necessary and beneficial for patients, the integration in Nursing homes and RNCCI institutions is costly for the hospital in terms of time and financial resources.

Keywords: Internal Medicine, Difficult discharges, Patients, RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Elderly, Nursing homes – elderly residencies.

INTRODUÇÃO

Em medicina interna nem sempre coincide a alta clínica com a alta efetiva.

Os doentes propostos à segurança social para integração em LAR (estrutura residencial para pessoas idosas) e os doentes propostos à RNCCI (rede nacional de cuidados continuados), constituem o universo de doentes cuja alta hospitalar é adiada por um conjunto de fatores condicionadores, como são a ausência de capacidade de resposta/integração em tempo útil por parte desses organismos, e a burocratização dos procedimentos de interação com o hospital.

Este trabalho foi orientado por dois objetivos interligados: Identificar altas difíceis por razões não clínicas; e conhecer o seu impacto nos doentes e no hospitalar.

METODO

O trabalho resulta da casuística observada numa das três unidades do serviço de medicina interna, do CHP (Centro Hospitalar do Porto: Hospital Santo António): Unidade de medicina “A”, com 49 camas, durante o ano de 2016.

Identificamos, através dos processos sociais trabalhados em 2016, todos os casos em que se observou prolongamento do internamento por razões não clínicas;

Os doentes nesta situação, integram 2 grupos distintos: o grupo dos que tiveram necessidade de RNCCI; e o grupo dos que tiveram necessidade de integração em LAR da segurança social (quotas da segurança social em IPSSs - Instituições particulares de solidariedade social).

Construímos em EXCEL, uma base de dados, que preenchemos com dados constantes do Processo Social eletrónico e do Processo Clínico eletrónico.

Trabalhamos as seguintes variáveis: Idade; Sexo; Principais GDHs (Grupos Diagnósticos Homogéneos); doentes com necessidade de Intervenção social na medicina; doentes com alta hospitalar adiada; Motivos da Referenciação à RNCCI; Tipologias de ingresso na RNCCI; Tempo espera pela vaga de ingresso na RNCCI; Reinternamentos após ingresso na RNCCI; Motivos da Referenciação á Segurança Social para integração em Lar; Tempo de espera por vaga em LAR;

RESULTADOS

a) Contextualização

A unidade de medicina em questão tem 49 camas, tratou 1923 doentes no ano em referência; com demora media de 8,8 dias; e com custo medio 193€ doente/dia.¹

Os doentes tratados foram maioritariamente pessoas idosas: apenas 21% tinham idade igual e inferior a 65 anos, sendo que 49% tinham idades entre [66 a 84] anos, e 30% tinham idade igual e superior a 85 anos. Ou seja, 79% tinham idades superiores a 65 anos, sendo mais os que tinham 85 e mais anos, por relação com os que tinham 65 e menos anos.²

Os GDHs (Grupos Diagnósticos Homogéneos) principais, com maior incidência foram: doenças respiratórias (35%); doenças cardíacas (19%); e septicemias/outras infeções disseminadas (14%).³

Do total de doentes tratados, 18% (348) necessitaram de intervenção social.⁴ Incluindo 5,4% (104) que foram referenciados a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e 0,6% (13) que foram referenciados para integração em LAR, em quotas que a Segurança Social dispõe nas IPSSs (Instituições Particulares de Solidariedade Social) com a valência de LAR.

A dificuldade de alta em tempo útil, ou, as altas difíceis da unidade observaram-se apenas ao nível destes 6% de doentes que aguardaram vaga para acesso á RNCCI ou acesso a quotas de LARES da Segurança Social (correspondendo a 1/3 das situações com intervenção social).

Caracterizamos então cada um destes 2 grupos de forma a medir o seu impacto para os doentes e para o sistema hospitalar.

b) Doentes referenciados a RNCCI⁵

Os 104 doentes propostos (5,4% de 1923 tratados): 57% eram Homens; 80% eram idosos; 97% residiam em família, 3% vieram por agudização na RNCCI, perderam a reserva de vaga, sendo novamente referenciados.

Necessitavam: Reabilitação física (37%); Controlo sintomático (34%); Tratamento de úlceras (13%); Aspiração de secreções (13%); ou Manutenção ou Ensino de dispositivos complexos (3%).

A “ECCI” - Equipa domiciliária de cuidados continuados integrados, foi a mais pretendida (29%); Seguiu-se a “UMDR” - Unidade de Média Duração e Reabilitação (22%) e a “UCP” - Unidade de Cuidados Paliativos (22%); A “ULDMD” - Unidade de Longa Duração e Manutenção (20%); E a “UC” - Unidade de Convalescença foi a menos pretendida (7%).

Dos doentes referenciados, apenas 56% (58) ingressaram; 32% faleceram; 13% desistiram (por agudização ou por melhoria e regresso a casa).

O tempo médio entre a entrada do doente na unidade de medicina e a proposta á RNCCI foi de 16 dias.

O tempo medio entre a proposta á RNCCI e o ingresso do doente na tipologia pretendida da RNCCI foi de 21 dias. Este tempo medio de espera por vaga na RNCCI varia de acordo com a tipologia em questão: ULDM: 42 dias; UMDR: 30 dias; UC: 17 dias; UCP: 11 dias; ECCI: 9 dias.

Os 104 doentes estiveram internados mais 2220 dias do que os necessários (tendo por referencia a demora media desta unidade de medicina);

O Orçamento hospitalar foi penalizado em mais 428.460€ (tendo por referencia o custo medio doente/dia);

Esta unidade de medicina tratou menos 252 novos doentes, pois as camas estavam ocupadas por doentes que delas já não necessitavam.

Dos 58 admitidos: 21 (37%) agudizaram e voltaram ao Hospital: 2 antes de 5 dias; 5 antes de 30 dias e 14 depois de 30 dias.⁶

Os motivos destes reinternamentos hospitalares foram do foro: cardíaco (4); respiratório (8); urinário (2); ulceras infetadas (2); hérnia encarcerada (1), abcesso córnea (1), intoxicação benzodiazepinas (1).⁷

Dos 21 reinternamentos: 8 voltaram à mesma unidade da RNCCI no período de reserva de vaga (7+4 dias); 3 melhoraram tendo alta para casa; 6 faleceram; e 4 perderam vaga, tendo sido necessária nova proposta a RNCCI.⁸

c) Doentes referenciados à Segurança Social para LAR⁹

Os 13 doentes propostos (0,6% de 1923 tratados): 100% eram Idosos; apresentavam agudização da sua incapacidade anterior; estavam impedidos de residir sozinhos pela sua nova condição de doença; tinham ausência de familiar capaz de assegurar cuidados; e apresentavam insuficiência económica que lhes permitisse aceder a respostas privadas.

A demora média observada entre a nossa proposta á Segurança Social e o ingresso do doente no LAR indicado por aquela entidade, foi de 57 dias.

Estes 13 doentes estiveram internados mais 741 dias para além do tempo necessário para tratamento (por relação com a demora média desta unidade de medicina).

Este prolongamento do internamento desnecessário implicou mais 143.013€ no orçamento hospitalar, e impediu que outros 84 novos doentes pudessem ser tratados no período em referência.

SINTESE

O tempo médio entre a proposta à RNCCI e o ingresso foi de 21 dias (42 nas ULDM - Unidades de longa duração e manutenção) e entre a proposta à Segurança Social e o ingresso em LAR foi de 57 dias.

Do total de doentes tratados (1923), 6% (117) estiveram internados mais 2961 dias para além do tempo necessário (tendo por referência a demora média desta unidade).

Este facto implicou um custo adicional de 571.473 euros no orçamento hospitalar (tendo por referência o custo médio/doente nesta unidade), impediu que outros 336 doentes pudessem ser tratados no mesmo período e nas mesmas camas hospitalares (segundo a demora média), e representou a ocupação permanente de 8 camas desta unidade de medicina durante o ano inteiro de 2016.

Apenas 56% dos doentes referenciados para a RNCCI acabam por ingressar (32% falecem e 13% desistem).

Se considerarmos que a RNCCI e o LAR são organismos que garantem uma maior qualidade de cuidados aos doentes que deles necessitam, também têm conduzido a maior tempo de permanência dos doentes em ambiente hospitalar, aumentando a demora média da unidade de

medicina, inflacionando o orçamento hospitalar, diminuindo o número de doentes tratados nas mesmas camas, reduzindo assim a rentabilidade social do Hospital.

CONCLUSÃO

Os factos observados e aqui apresentados sugerem-nos algumas conclusões e sugestões:

- 1) Os 16 dias que em média demoramos a decidir e propor um doente á RNCCI, impõem que a nossa equipa deve antecipar a decisão e o envio do processo de referenciação.
- 2) Os 21 dias que em média um doente espera pela vaga na RNCCI, sugere-nos a necessidade de adequar/aumentar a capacidade efetiva da RNCCI e impõe a simplificação do processo burocrático de referenciação e interação com o hospital.
- 3) O ingresso de apenas 57% dos doentes referenciados à RNCCI permite concluir que 44% dos doentes tiveram uma permanência prolongada inútil no Hospital.
- 4) Os 37% de reinternamentos hospitalares que vêm de unidades da RNCCI podem significar insuficiência de cuidados nessas unidades, já que a taxa de reinternamentos nesta unidade de medicina é de apenas 15%.
- 5) Os 57 dias de tempo medio de espera por vaga em LAR revelam as fragilidades/ineficácia do sistema de segurança social e das políticas dirigidas a idosos socialmente vulneráveis.
- 6) Em 49 camas, temos 8 permanentemente ocupadas com doentes sem necessidade de hospital (a aguardar ingresso na RNCCI / LAR); se extrapolarmos para a totalidade do Serviço de medicina, em 117 camas temos 19 Camas (16% do Total Medicina) permanentemente ocupadas com doentes sem necessidade de hospitalização.
- 7) Finalmente: Um número reduzido de doentes (6% de 1923 tratados) implica um acréscimo de 2961 dias de internamento prolongado por motivos não clínicos, e crescem o orçamento hospitalar num valor adicional de +571.473€/ano.

Sendo a RNCCI¹⁰ e o LAR¹¹ respostas benéficas e necessárias para os doentes que delas necessitam, também implicam efeitos negativos para os mesmos doentes e para o hospital.

Então é urgente repensar e simplificar o processo de referenciação á RNCCI; é urgente reforçar a capacidade efetiva da RNCCI e a sua disposição no mapa geográfico da densidade populacional,¹²e é urgente evitar os efeitos negativos da insuficiência das políticas de segurança social dirigidas a idosos socialmente vulneráveis com necessidade de acolhimento residencial.

¹Referências

¹SIG – Serviço Informação de Gestão. Centro Hospitalar Porto. 2016.

² SIG – Serviço Informação de Gestão. Centro Hospitalar Porto. 2016.

³ SIG – Serviço Informação de Gestão. Centro Hospitalar Porto. 2016.

⁴ SAAS – SISTEMA de APOIO ao ASSISTENTE SOCIAL, Centro Hospitalar do Porto, 2016.

⁵ SAAS – SISTEMA de APOIO ao ASSISTENTE SOCIAL, Centro Hospitalar do Porto, 2016.

⁶ SCLINICO, PCE, Centro Hospitalar do Porto. 2016.

⁷ SCLINICO, PCE, Centro Hospitalar do Porto. 2016.

⁸ SCLINICO, PCE, Centro Hospitalar do Porto. 2016.

⁹ SAAS – SISTEMA de APOIO ao ASSISTENTE SOCIAL, Centro Hospitalar do Porto, 2016.

¹⁰ Dec. Lei 101/2006 (6Jun) e subsequentes, estruturadores da RNCCI.

¹¹ GIL, Ana Paula Martins. Heróis do Quotidiano, dinâmicas familiares na dependência.

Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e tecnologia. Lisboa. 2010.

¹² MTSSS – Ministério do trabalho, Solidariedade e Segurança Social; MS – Ministério da Saúde. Plano desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Lisboa. 2015