

SOMOS HFF

edição trimestral | junho 2021

nº 37



HFF

HOSPITAL PROFESSOR
DOUTOR FERNANDO FONSECA

ÍNDICE

3

Comunicação HFF
uma aposta renovada

8

Fardamento Profissional

10

Dia Nacional de Luta
contra a Obesidade

12

Dia Mundial da Ortóptica

13

Quedas

16

Educadoras de Infância

18

Segurança Clínica em Pediatria:
Paediatric Early Warning Score

20

Unidade Diálise Peritoneal no HFF

24

A importância da Codificação
Clínica no Hospital

28

Visitas Virtuais no HFF

Ficha Técnica

COORDENAÇÃO GERAL
Conselho de Administração

EDIÇÃO SOMOS HFF

Coordenação
Dr.^a Lucília Gonçalves

**Pesquisa de conteúdos,
contactos e apoio:**
Dr.^a Lucília Gonçalves
TSDT Regina Ferreira
Dr.^a Rita Miguel
Enf.^a Lidia Jeronimo

Design, edição, paginação
Telma Guerra

**Colaboradores
de texto nesta edição:**
Conselho de Administração HFF
Dr.^a Elisabete Santos
Dr. Edmilson Oliveira
Dr.^a Cláudia Caldeirita
TSDT Olga Barroqueiro
Enf.^a Ana Fontainhas
Dr.^a Ana Sofia Neves
Enf.^a Catarina Escobar
Enf.^a Andreia Gonçalves
Enf.^a Ribeiro da Silva
Dr.^a Adelaide Serra
Enf.^a Susana Andrade
Dr. José Campillo
Enf.^a Lurdes Toscano

Edição nº37
junho 2021

INFORMAÇÕES | SUGESTÕES
somos.hff@hff.min-saude.pt

www.hff.min-saude.pt

COMUNICAÇÃO HFF

uma aposta renovada

A Comunicação é atualmente incontornável na gestão das unidades de saúde, nomeadamente nos hospitais. O Conselho de Administração (CA) do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) decidiu recentemente renovar a aposta nesta área, visando a melhoria da forma como a Instituição é percebida pelos vários públicos-alvo com os quais se relaciona.

Todos os profissionais que trabalham nesta Instituição testemunham diariamente o bom trabalho que é feito aos mais diversos níveis, com especial destaque para a prestação dos cuidados de saúde. No entanto, há que reconhecer que essa realidade tem muitas vezes dificuldade em ser transmitida para lá das “quatro paredes” do HFF.

Existem diversas explicações para esse facto, sendo uma delas uma questão histórica: tendo sido o primeiro Hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com gestão privada, o HFF foi desde o primeiro dia da sua atividade um palco de acérrimas disputas ideológicas, com fortes reflexos mediáticos.

Por via desse mediatismo (em que muitas das vezes se pretendia fazer do HFF o “exemplo” dos malefícios de uma gestão privada no âmbito do SNS) o nosso Hospital passou a estar sob um escrutínio permanente por parte de diversos intervenientes. Mesmo após voltar a ter uma gestão pública, o HFF não conseguiu nunca libertar-se desse histórico pesado.

Partindo dessa análise e dessa constatação, o CA entendeu como prioritário implementar uma nova estratégia de Comunicação. Entendendo, diga-se, a Comunicação no sentido lato da palavra, em que abarca diversas disciplinas: comunicação estratégica, assessoria mediática, gestão de crises, comunicação interna e externa, entre outras.

Nesse sentido, desde outubro de 2020 que foi reforçada a equipa dedicada à Comunicação, procedendo-se ao recurso a uma assessoria especializada nos domínios atrás referidos. Isto em complementaridade aos profissionais da Instituição que já se dedicavam a esta área.



COMUNICAÇÃO HFF

uma aposta renovada

Uma abordagem planeada

Esta aposta renovada na área da Comunicação pretende ter uma abordagem sistematizada. Foi assim desenvolvido um Plano de Comunicação, através do qual se definem objetivos, estratificam públicos-alvo e se identificam os canais de comunicação para os impactar.

Assim, os objetivos genéricos definidos no referido Plano são os seguintes:

- ▶ Aumentar o reconhecimento da opinião pública e dos mass-media pelo trabalho prestado pelo HFF no contexto do setor da saúde em Portugal;
- ▶ Credibilizar a atividade do HFF junto da população dos concelhos de Amadora e de Sintra;
- ▶ Aumentar a visibilidade e notoriedade ao trabalho do HFF junto da opinião pública;
- ▶ Aumentar a visibilidade e notoriedade ao trabalho do HFF junto da tutela / decisores políticos;
- ▶ Valorizar a atividade do HFF no contexto da Administração política.



HFF

HOSPITAL PROFESSOR
DOUTOR FERNANDO FONSECA

COMUNICAÇÃO HFF

uma aposta renovada

O anterior logotipo sofre do desgaste natural e, acima de tudo, do forte caráter datado de uma época. No âmbito da nova dinâmica comunicacional, pretendeu-se definir um novo logotipo que assegure uma ligação com o anterior, sem um corte radical, o que foi conseguido através da manutenção da cor dominante: o típico bordeaux do HFF.

Este novo logotipo pretende estar em consonância com a lógica de renovação em curso no HFF, expressando mudança e modernização da imagem. A decisão tomada face aos pressupostos atrás descritos resultou numa solução que encontra um compromisso equilibrado entre o passado e o futuro.

O novo símbolo resulta da junção de duas letras “H”, que representam as duas torres (torre Amadora e torre Sintra) do HFF. Encontra-se também nesta representação gráfica duas letras “F”, as iniciais de Fernando Fonseca, figura ímpar da medicina portuguesa que deu nome a este Hospital.



O resultado é uma forma geométrica singular, sinónimo de movimento, união, ligação e crescimento. Uma forma que assume o passado da Instituição e a lança para o futuro, corporizando a fase atual da vida do HFF.

A estratégia de comunicação do HFF passa também pela definição de um slogan institucional que sintetize os seus objetivos numa linguagem simples e acessível, apelando à colaboração de todos para o cumprimento da missão da Instituição. E que divulguemos em primeira-mão, junto dos profissionais: **A sua saúde. A nossa missão.**

COMUNICAÇÃO HFF

uma aposta renovada

Os canais de comunicação do HFF

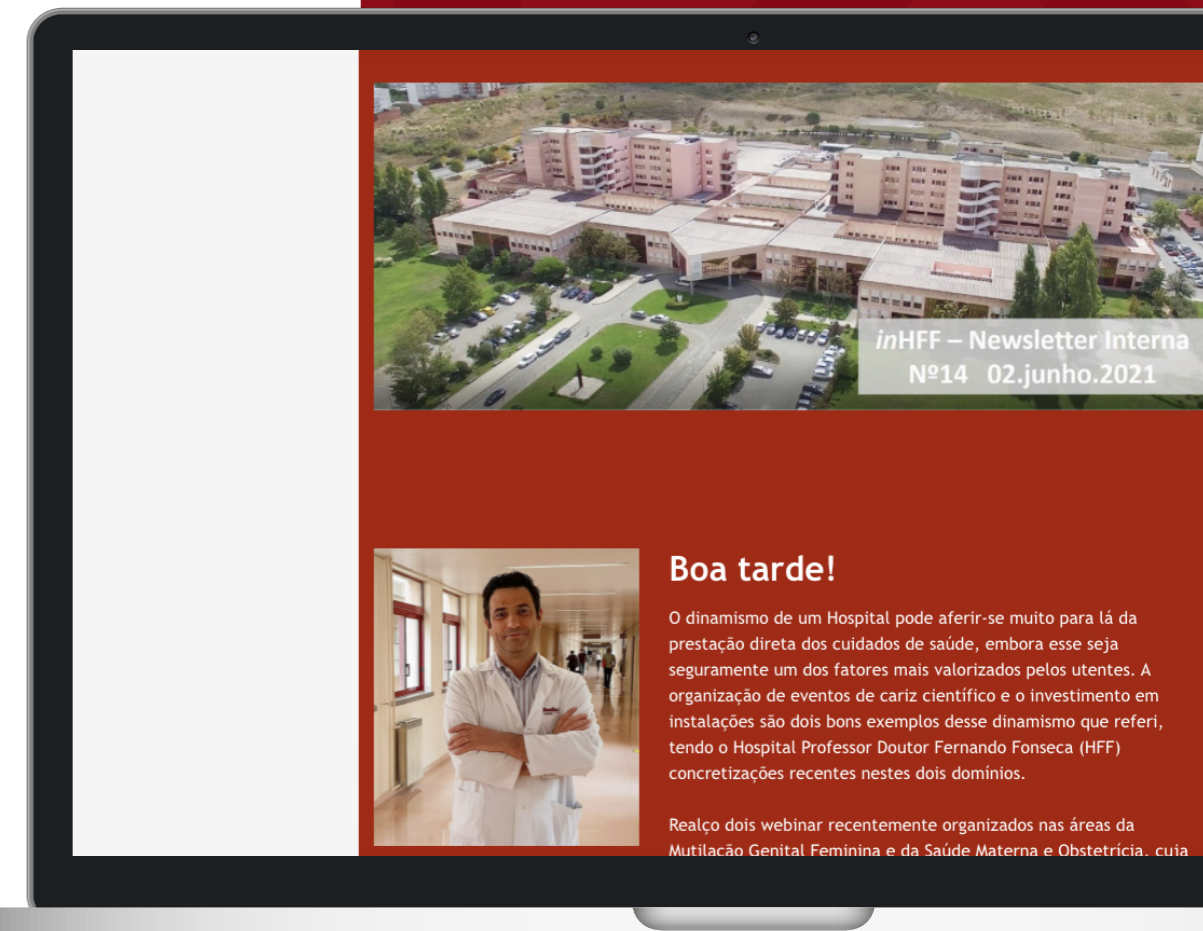
O HFF dispõe neste momento de um conjunto alargado de canais de comunicação, colocando o hospital na primeira-linha da Comunicação Institucional. Estes canais destinam-se a fazer chegar a informação junto de diversos públicos-alvo.

No que diz respeito à comunicação interna, é elaborada uma newsletter digital quinzenal, denominada “inHFF”. A “SomosHFF” mantém uma periodicidade trimestral e passou recentemente ao formato de revista em formato digital (a cuja edição pode aceder através de um *QRCode*).

Além destes, a comunicação com os colaboradores é também feita através de Boletins Informativos emitidos pelo CA - sempre que se justifique - e por conteúdos publicados regularmente na Intranet. A regularidade da disponibilização de novos conteúdos é, aliás, uma das características da atual dinâmica comunicacional.

Relativamente ao público externo, o HFF dispõe de uma outra newsletter digital, designada “HFFinforma” e enviada para cerca de 2.600 endereços de mail institucionais, alcançando decisores políticos, serviços públicos, administrações de todos os hospitais e centros de saúde do país e um conjunto alargado de outras entidades do setor da saúde e dos concelhos da Amadora e de Sintra. Recentemente deu-se início a um conjunto de parcerias, mais concretamente com a Câmara Municipal de Sintra e com o jornal “Correio de Sintra”, para a disponibilização de informação à população sobre matérias relacionadas com a saúde.

Outros canais atingem os dois públicos-alvo atrás identificados. É o caso das presenças do HFF nas redes sociais - atualmente a Instituição está presente no Facebook, Instagram e LinkedIn - e a página na Internet.



COMUNICAÇÃO HFF

uma aposta renovada

Ou seja, o HFF dispõe agora de várias formas de chegar junto do público, sendo que por uma questão de facilidade de explicitação foram caracterizados genericamente como “interno” e “externo”. Na realidade dentro destes dois grupos existem outras estratificações, contempladas no já referido Plano de Comunicação, mas fica a panorâmica geral.

A participação dos vários serviços na dinâmica comunicacional

O desafio atual é alimentar todos os canais de comunicação atrás referidos com informação relevante. Todos os serviços do HFF são convocados a colaborar neste domínio, dando o seu contributo para darem a conhecer a sua atividade, eventos que organizem ou qualquer outra informação que possa contribuir para transmitir a outros o trabalho realizado.

Pretende-se, como referido inicialmente neste artigo, contribuir para mudar a perceção existente sobre a Instituição. Se sabemos o nosso valor enquanto Hospital, se sabemos que os nossos utentes nos reconhecem essa qualidade e competência, então saibamos também comunicá-la de forma eficaz.

Não por uma questão de vaidade, mas sim porque uma correta perceção da valia da Instituição é altamente motivadora para os seus profissionais e é mais um fator de confiança para os nossos utentes quando recorrem ao HFF para dar resposta às suas necessidades em saúde.



Fardamento Profissional

O fardamento profissional é destinado a ser envergado pelos colaboradores da instituição, apenas e somente durante o período de trabalho, como garantia de segurança, protecção, higiene e controlo de infeção, tanto para os utentes como para o próprio utilizador. É igualmente importante na comunicação e imagem do Hospital, tornando a identificação dos grupos profissionais um fator facilitador para os utentes e visitantes.

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE está em fase de implementação de um novo sistema de distribuição de fardas para os seus profissionais, de forma a garantir a disponibilidade diária de fardas limpas a todos os colaboradores de acordo com as suas necessidades, grupos profissionais e serviços.

Este serviço foi desenvolvido com o intuito de melhorar a capacidade de distribuição de fardas aos colaboradores, garantindo a utilização segura por todos.

Foi em tempo de pandemia que as necessidades de fardamento aumentaram, aumentando igualmente as dificuldades de uma gestão de recursos adequada à realidade pandémica e aos colaboradores.

Assim sendo, foi necessário desenvolver um sistema que permitisse a centralização de todo o fardamento HFF para gestão única, ou seja, o fardamento, que até agora era atribuído nominalmente aos colaboradores, passa a estar na Central de Fardas para atribuição aos colaboradores em exercícios de funções que por uma ou outra razão não tinha fardamento adequado ou em quantidade suficiente para a prestação de cuidados de saúde aos nossos utentes.

Passou-se assim de um sistema de distribuição manual para um sistema informatizado baseado nas necessidades de cada serviço e grupo profissional.

A gestão do fardamento por via da Central de fardas utiliza como recurso um módulo informático para a Gestão de fardamento, através da identificação de todas as peças com código de resposta rápida – Código QR (Quick Response). As peças de fardamento são catalogadas por tipologia e tamanho e a cada profissional é atribuído uma quantidade de fardas de acordo com o perfil definido, não havendo fardas nominais.

Todo o fardamento é identificado através de **código QR – Quick response**





Central de Fardas

A Central de fardas localiza-se no Piso 1, no corredor de acesso aos vestiários centrais. Está aberto de Segunda a sábado, das 7h00 às 17h00 – Incluindo feriados.

O processo normal de transacção de fardamento sujo por fardamento limpo é composto pelas seguintes etapas:

- ◆ Identificação do colaborador/utilizador da Central de Fardas via proximidade do cartão de funcionário.
- ◆ Registo informático do fardamento sujo por leitura da tag por leitor óptico.
- ◆ Colocação do fardamento sujo em local designado.
- ◆ Registo informático do fardamento limpo entregue ao utilizador pela leitura da tag.
- ◆ Entrega de fardamento limpo ao utilizador Utilização do fardamento de acordo com o regulamento interno do HF.
- ◆ Devolução do fardamento sujo na Central de Fardas sempre que necessário, repetindo os pontos anteriores.

Este sistema trará vantagens para os colaboradores e para o Hospital, desde logo pela desmaterialização dos processos, eliminando o papel utilizado para efectuar registos, guias de atribuição inicial e guias de lavagem.

Para o colaborador, a disponibilidade de fardas limpas sempre que necessário e de acordo com a sua atividade, sem registos manuais e sem perdas e extravios entre a lavandaria e os serviços. **Outras vantagens:**

- ◆ Maior disponibilidade de fardas prontas para entrega durante todo o período de funcionamento da central de fardas;
- ◆ Conhecimento da distribuição geral de todo o fardamento por tamanho, por colaborador e por serviço;
- ◆ Gestão de custos pelo conhecimento e análise da informação;
- ◆ Análise estatística: médias de consumo de fardamento por categorias, serviços e tamanhos;
- ◆ Elaboração de relatórios sempre que necessário;
- ◆ Maior controlo das peças, da sua durabilidade e conforto, informação importante em novas aquisições.

Texto | Dr.^a Elisabete Santos
Dr. Edmilson Oliveira

Dia Nacional de Luta contra a Obesidade

O Dia Nacional de Luta contra a Obesidade celebra-se no penúltimo sábado do mês de Maio.

A celebração desta data visa sensibilizar a população portuguesa para os riscos associados ao excesso de peso e obesidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. É uma doença crónica, de origem multifatorial e está associada a doenças crónico-degenerativas.¹

Os dados do último Inquérito Nacional de Saúde (2019) divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística mostram que no total 53,6% da população adulta portuguesa apresentava excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade).²

Devido ao contexto atual, inerente à Covid-19, a Direção-Geral de Saúde conduziu um estudo entre 09-04-2020 a 04-05-2020 com o objetivo de conhecer os comportamentos alimentares e de atividade física dos portugueses em contexto de contenção social, apurando que cerca de 45,1% da população inquirida assume ter efetuado alterações de hábitos alimentares durante o período de contenção social sendo que 41,8% alterou os seus hábitos para pior.³

Questionados a respeito da perceção da alteração do peso corporal durante o período de isolamento, 16,3% terá respondido que diminuiu, 26,4% aumentou e 57,3% manteve o seu peso.³

Neste sentido, é importante promover junto da população hábitos de alimentação saudável, bem como, incentivar à prática de atividade física.



Figura 1. Evolução da prevalência do excesso de peso e da obesidade em Portugal | 2005/2006 - 2019
Fonte: INE. Inquéritos Nacionais de Saúde 2005/2006, 2014 e 2019



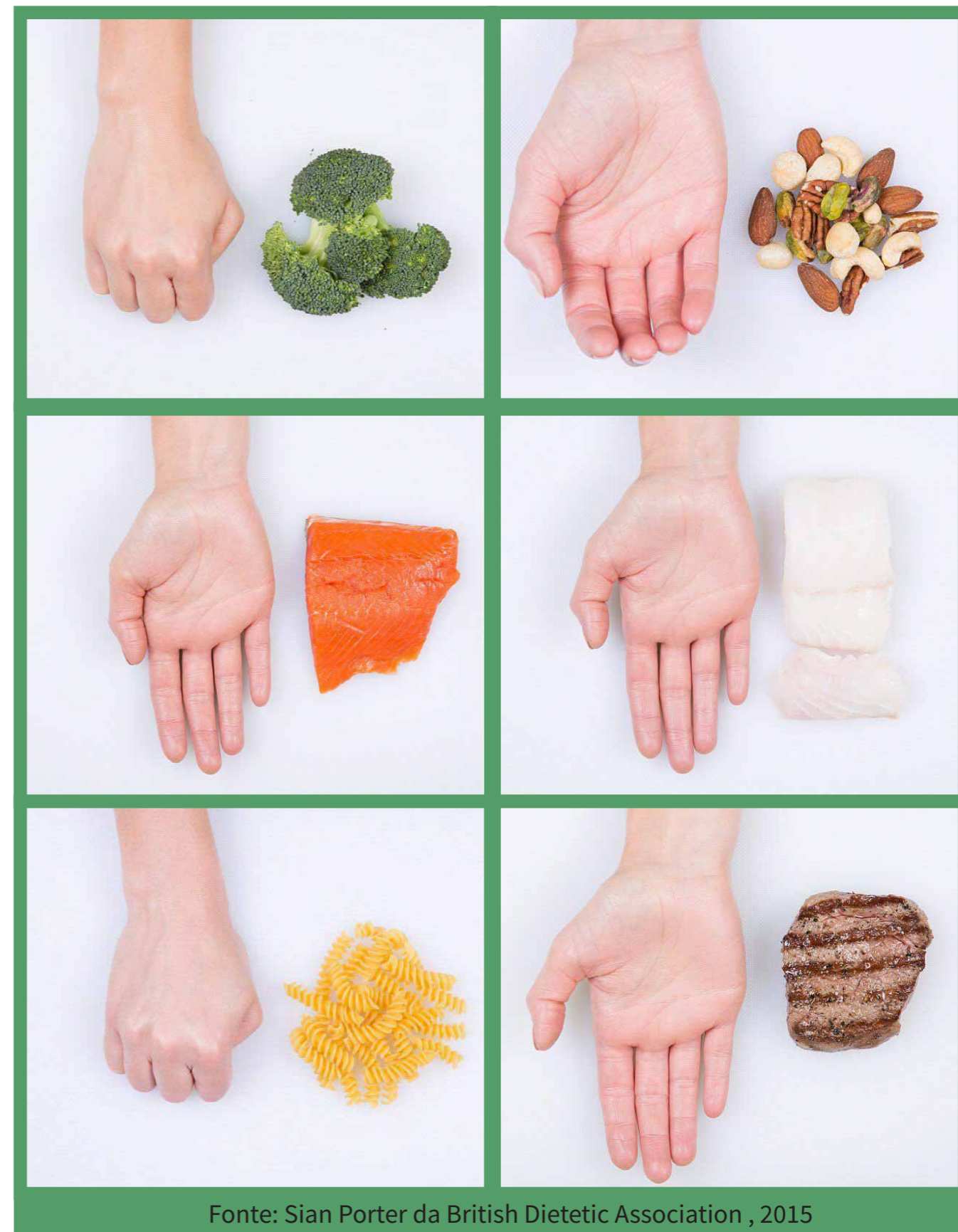
Figura 2. Alteração dos hábitos alimentares durante o período de contenção social no contexto da COVID-19
Fonte: DGS, REACT-COVID, 2020

A Unidade de Nutrição e Dietética do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. recomenda com base nas guidelines atualmente em vigor que:

- ◆ Faça da água a sua bebida de eleição, ingerindo cerca de 1,5 a 2L por dia;
- ◆ Comece o seu dia com um hábito saudável, nunca saia de casa sem fazer um pequeno-almoço!
- ◆ Evite longas horas sem comer, fracionando a sua alimentação de 3 em 3 horas;
- ◆ Aumente o consumo de frutas e hortícolas, dando preferência ao consumo de frutas nas refeições intermédias;
- ◆ Diminua o consumo de sal, preferindo a utilização de especiarias e ervas aromáticas, utilizando por exemplo, as marinadas;
- ◆ Reduza o consumo de açúcares e produtos açucarados da sua alimentação;
- ◆ Aumente o consumo de peixe, ingerindo pelo menos em metade das refeições semanais;
- ◆ Inicie as refeições principais com uma sopa de legumes ou uma salada fresca;
- ◆ Mastigue bem os alimentos, reservando tempo para realizar as refeições pausadamente;
- ◆ Na confeção dos alimentos dê preferência aos grelhados, assados ou cozidos em detrimento de fritos e guisados.
- ◆ Utilize a sua mão como medida da sua alimentação.
- ◆ E por último, DURMA! O sono é essencial à vida!



Conceição Evangelista (Nutricionista), Luísa Lopes (Assistente Administrativa) Cláudia Caldeirita (Nutricionista) Conceição Sousa (Nutricionista e Coordenadora da Unidade de Nutrição e Dietética), Arlete Lopes, António Pereira ambos nutricionistas.



Fonte: Sian Porter da British Dietetic Association , 2015

Referências bibliográficas:

1. WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO. WHO, editor. Geneva: WHO; 2000.
2. Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável. 2020, Direção-Geral da Saúde: Lisboa.
3. Direção-Geral da Saúde, REACT-COVID – Inquérito sobre alimentação e atividade física em contexto de contenção social. 2020, Direção-Geral da Saúde: Lisboa

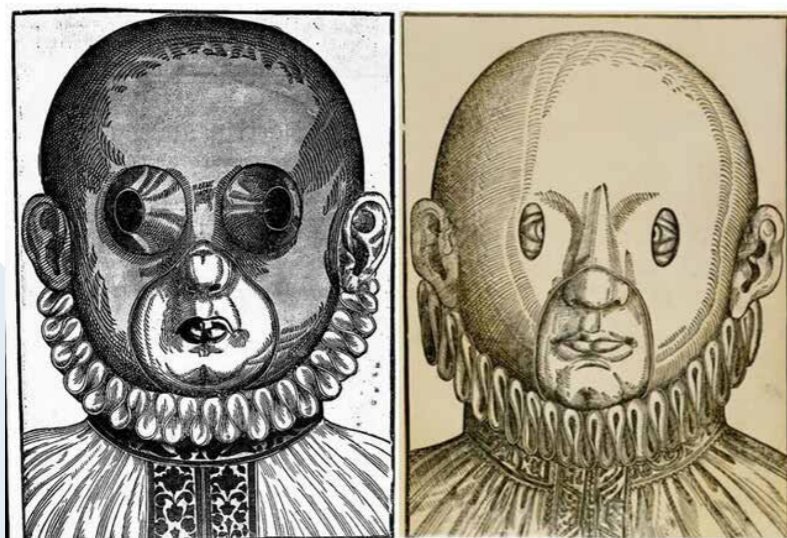
Texto | **Dr.ª Cláudia Caldeirita**
Nutricionista

Dia Mundial da Ortóptica

Celebra-se na primeira segunda-feira do mês de junho o Dia Mundial da Ortóptica, este ano celebrou-se no dia 7. Esta data foi criada em 2013 pela Associação Internacional de Ortóptica (IOA), com o objetivo de divulgar a profissão dando maior visibilidade ao que fazemos no dia a dia.

Mas afinal o que é a Ortóptica e o que fazem os Ortopistas?

Uma das primeiras coisas que aprendemos no curso é como surgiu a palavra Ortóptica. É uma palavra de origem grega, ortho optikos, sendo que ortho significa direito e optikos significa olhos. O físico grego Paulos Aeginata, no séc. VII, criou uma máscara toda opaca, somente com uns orifícios na zona dos olhos com o objetivo de alinhar os eixos visuais, mantendo os olhos direitos.



Máscara de Paulos Aeginata,

fonte: <https://www.timetoast.com/timelines/historia-de-la-ortoptica>

No entanto, só se torna uma profissão regulamentada em 1930. No Reino Unido e em Portugal o primeiro curso de Ortopistas teve início em 1963. A primeira Ortopista portuguesa, formou-se em Londres, tendo começado a exercer em 1958 no Porto, mas como voluntária.

Somos um dos grupos profissionais da carreira dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. Para além dos Oftalmologistas, somos os únicos profissionais devidamente regulamentados para exercer em saúde da visão.

Desde sempre a área mais nobre da profissão de Ortopista é a Ortóptica, intimamente relacionada com a especialidade de estrabismo. O avanço tecnológico na área da saúde fez com que a área de intervenção do Ortopista se tenha expandido de forma considerável. Atualmente a nossa intervenção começa nos cuidados de saúde primários, com os rastreios da retinopatia diabética e rastreios visuais nas escolas e termina nas óticas ou na reabilitação dos indivíduos deficientes visuais. Pelo meio temos os hospitais

ou clínicas, onde o Ortopista realiza uma série de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em oftalmologia.

Desde que o HFF abriu em 1995 que existem Ortopistas no serviço: até ao fim desse ano já faziam parte do quadro do hospital dois Ortopistas, sendo o responsável o Ortopista Herlânder Marques, que se reformou em 2019. Atualmente somos uma equipa de 6 elementos que se dividem pelas inúmeras áreas de intervenção. Podem encontrar-nos no serviço de Consultas Externas. Somos responsáveis pela realização dos exames e pré-consulta, retinografia, tomografia óptica coerente (OCT), topografia corneana, avaliações e tratamentos de ortóptica, entre outros; ou no serviço de Exames Especiais onde realizamos os exames de campimetria, angiografia fluoresceínica e biometria. Apesar de todos os exames que realizamos terem de ser pedidos por um oftalmologista, a nossa colaboração vai muito além da oftalmologia, pois alguns dos exames são bastante importantes para especialidades como a neurologia e medicina (consultas de diabetes e doenças autoimunes).

Apesar da abrangência da nossa atuação, continuamos a ter pouca visibilidade para o público em geral, e também para colegas da instituição. Assim, este ano, aproveitando a presença de alunos estagiários do 4º ano do curso superior de Ortóptica e Ciências da Visão, da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTeSL), comemorámos o dia Mundial da Ortóptica, no dia 7 de junho, distribuindo folhetos aos utentes da nossa consulta explicando quem somos.

Info: <https://apor-ortoptistas.com.pt>



Ortopistas do serviço de Oftalmologia. Da esquerda para a direita: Olga Barroqueiro (coordenadora), Marina Valente, Rita Carmo, Inês Nicho, Pedro Lino, Patrícia Condado

Quedas

As quedas são um grave problema de saúde pública a nível mundial e até 2017 estavam incluídas no top 10 como uma das principais causas de morte no mundo. Nos últimos 3 anos este ranking tem vindo a alterar-se devido à pandemia e à grave situação atípica que vivenciamos (6).

A Organização Mundial da Saúde refere que os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e podem causar lesões físicas, alterações psicológicas, declínio funcional e até mesmo a morte (4,5).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística entre 2015 e 2080, Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. Vai ocorrer um decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa e o índice de envelhecimento duplicará, sendo esta uma realidade semelhante no mundo inteiro (2).

As quedas são acontecimentos inesperados e a sua ocorrência é mais provável quando existem fatores de risco. A idade é um fator de risco preponderante. No processo de envelhecimento ocorrem as alterações fisiológicas normais da idade, podendo alterar a capacidade funcional, afetar a autonomia e independência da pessoa, interferindo principalmente no seu contexto psicológico, social e familiar.

Os riscos dividem-se fundamentalmente em 2 grandes grupos: intrínsecos, que tem a ver com o indivíduo, e extrínsecos que dependem do ambiente ou de fatores externos.



“As quedas são uma das principais causas de morte accidental no mundo! Estarão os seres humanos a perder o equilíbrio?”



Os fatores de risco também podem ser analisados em 4 dimensões:

Os riscos biológicos estão relacionados com características da pessoa, os comportamentais com distúrbios emocionais e/ou psicológicos, os socioeconómicos relacionados com a influência social e condições económicas e os ambientais com a condição física, meio envolvente e barreiras ambientais (5).

A probabilidade de ocorrer queda é mais elevada quando aumentam os fatores de risco e a exposição a esses factores é constante.

O impacto económico relativo às quedas afeta a família e a sociedade. **Os custos por quedas nos idosos tem vindo a aumentar em todos os países do mundo e podem-se refletir direta ou indiretamente.**

Os custos diretos são relativos aos custos de saúde, de cuidados em meio hospitalar ou na comunidade, tratamentos, medicação, consultas e reabilitação. Os indirectos estão relacionados com carências específicas, absentismo, necessidade de um cuidador (que por vezes abdica parcial ou totalmente da sua atividade laboral).

A maioria das pessoas desconhece ou não dá a devida importância aos fatores de risco associados às quedas. As alterações que se instalam podem prejudicar a funcionalidade global do idoso e maior vulnerabilidade a quedas, pelo que se torna fundamental apostar na prevenção.

Para trabalharmos na prevenção é necessário desenvolver estratégias de educação para a saúde, formação dos profissionais, alertar e educar a população para esta problemática e criar recursos e meios de apoio.

Ao nível das instituições de saúde, foi incluído no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 da Direcção Geral de Saúde o objetivo estratégico de “Prevenir a Ocorrência de Quedas”, que incentivou as instituições a trabalharem no sentido de conseguir mais dados que permitam corrigir alguns factores de risco e desenvolver medidas preventivas mais adequadas, tendo como finalidade a diminuição do número de ocorrências de quedas nas unidades de saúde (3).

Na sociedade é necessário a consciencialização para este problema de saúde pública e para as consequências que podem advir, as quedas constituem umas das principais causas de hospitalização e morte na 3ª idade.



No idoso é difícil modificar a parte comportamental, pelo fator cultural, por crenças e por serem hábitos já enraizados no dia-a-dia. É preciso identificar sinais de isolamento social e sedentarismo e perceber as suas causas. Sendo essencial incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis e criar condições nas habitações para se tornarem locais mais seguros, eliminando potenciais fatores de risco (5).

Com o aumento da esperança média de vida tornou-se um desafio para a sociedade a criação de estruturas de apoio para fazer face ao crescimento das necessidades sentidas, relativas ao aumento de comorbidades inerentes ao processo de envelhecimento. **É primordial garantir que o aumento da longevidade da população seja em segurança e com qualidade de vida.**

Texto | **Enf.ª Ana Fontainhas**

Responsável do HDP e Coordenadora do Grupo de Prevenção e Controle de Quedas do HFF

Referências bibliográficas:

1. Direção Geral da Saúde., (2014). Portugal idade maior em números – A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa: Ministério da Saúde.
2. Instituto Nacional de Estatística: Statistics Portugal., (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_des-taques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
3. Ministério da saúde., (2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
4. Serviço Nacional de Saúde., (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
5. World Health Organization. Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHO Press., (2017). Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
6. World Health Organization. Top 10 Causes of Death worldwide. WHO Press., (2020). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#:~:text=The%20top%20global%20causes%20of,birth%20asphyxia%20and%20birth%20trauma%2C>



Educadoras de Infância

“Olá a todos.

No HFF, somos 3 educadoras de infância : a João, a Susana e a Sofia.

Trabalhamos no Serviço de Pediatria, onde temos uma sala de atividades e no Serviço da Consulta Externa, onde existe uma biblioteca/ludoteca. Atualmente não está a funcionar, mas é um local onde esperar se torna divertido.

As nossas funções não são propriamente iguais às das nossas colegas tradicionais.

O nosso “universo” é outro, sempre novo e desafiante. Acompanhamos crianças que chegam ao internamento pela 1ª vez, outras que regressam tantas vezes... Crianças que rapidamente têm alta e aquelas que permanecem mais tempo.

É especialmente com as crianças e os jovens com uma doença crónica que mantemos uma relação de maior proximidade porque algumas são “nossas” desde pequeninas.

Somos as que “brincam”, as que emprestam brinquedos – mas não só!

Somos as que dão colo, mimo, que conversam e que jogam, que ouvem os “desabafos”.

As que inventam estratégias para aliviar e melhorar os dias durante o internamento ou no tempo de espera para a consulta.

Somos por vezes solicitadas para dar apoio e acompanhamento a algumas crianças na UCIENP (Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos), sempre que se justifica.



“

Às vezes também levamos algumas crianças a passear até ao jardim.

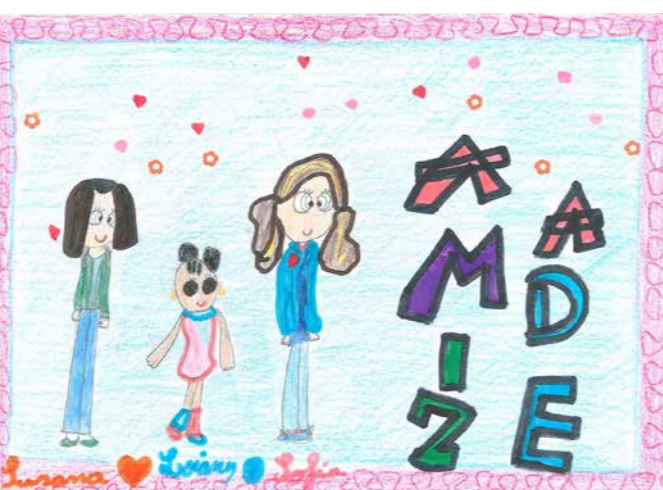
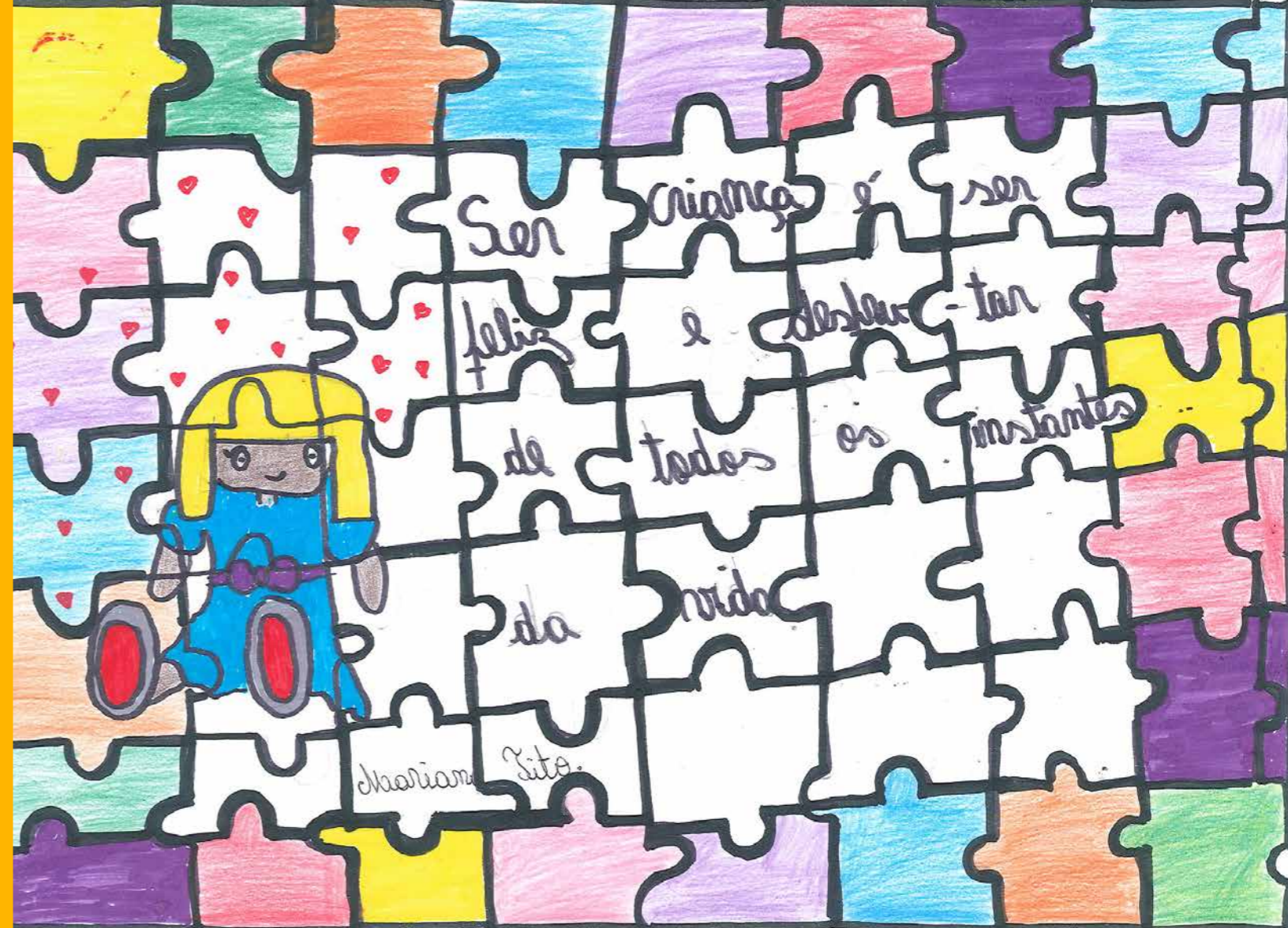
“Os nossos meninos” (dos 0 aos 18) exigem de nós grande capacidade de resposta que advém da nossa experiência técnica e da intuição para atender às diferentes necessidades e desejos de cada um assim como das suas famílias.

Apoiamos e fazemos parte de uma equipa multidisciplinar e, como tal, damos o nosso contributo para que todos os direitos da criança e do jovem sejam respeitados.

Aceitamos desafios e também os desafiamos a fazer uma pausa no telemóvel, a adquirir ou consolidar hábitos de leitura, de brincadeira, de sono, de higiene, de alimentação, entre outros. Fomentamos as atividades artísticas, os jogos tradicionais e a brincadeira livre.

Porque a brincar estamos sempre a aprender.

Texto | Dr.ª Ana Sofia Neves
Educatriz de Infância



Segurança Clínica em Pediatria:

Paediatric Early Warning Score

A segurança da criança/jovem internada e a qualidade dos cuidados prestados correspondem a duas premissas essenciais que alicerçam a missão do Serviço de Internamento de Pediatria (SIP). A atualização constante das práticas com base na evidência científica norteia as intervenções dos vários elementos da equipa multiprofissional.

Neste sentido, em 2018, com a finalidade de contemplar as orientações emanadas pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) no âmbito do processo de acreditação da qualidade, emergiu a necessidade de implementar uma escala de deteção precoce da deterioração clínica dos utentes internados no SIP do nosso Hospital.

A escala de Brighton Pediatric Early Warning Score: BPEWS, desenvolvida por Monaghan e pela sua equipa no Children's Hospital em Brighton (Monaghan, 2018), foi a elegida devido às suas características de simplicidade, flexibilidade e rapidez de aplicação (Gold et al, 2014). Em adição, uma revisão sistemática da literatura, realizada por Lambert et al (2017), evidenciou a utilização internacional da BPEWS em hospitais pediátricos.

A escala referida (BPEWS) traduz a avaliação de três componentes referentes ao estado clínico (neurológico, cardiovascular e respiratório) da criança/jovem, incluindo intercorrências específicas no pós-operatório, nomeadamente, a necessidade de nebulização por sinais de dificuldade respiratória e vômitos. Considera-se que um score ≥ 3 é indicativo da presença de risco de deterioração clínica.

Quadro I: Escala BPEWS-PT

Pontuação	0	1	2	3
Neurológico	Brinca/Adequado	Sonolento	Irritável	Letárgico/confuso ou com resposta diminuída à dor
Cardiovascular	Rosado ou tempo de repleenchimento capilar de 1-2 segundos	Pálido ou tempo de repleenchimento capilar de 3 segundos	Acinzentado ou tempo de repleenchimento capilar de 4 segundos. Taquicardia 20 batimentos por minuto acima do normal para a idade	Acinzentado e marmoreado ou tempo de repleenchimento capilar de 5 segundos. Taquicardia 30 batimentos por minuto acima do normal para a idade ou bradicardia
Respiratório	Dentro dos parâmetros adequados à idade, sem tiragem ou estridor	Frequência respiratório 10 ciclos por minuto acima dos parâmetros, uso de musculatura acessória, FiO2 $\geq 30\%$ ou 4 L/min	Frequência respiratório 20 ciclos por minuto acima dos parâmetros, tiragem, estridor, FiO2 $\geq 40\%$ ou 6 L/min	Frequência respiratório 5 valores abaixo dos parâmetros com tiragem supraesternal, estridor ou gemido FiO2 $\geq 50\%$ ou 8 L/min
Pontuação extra do score				
2 pontos extra por nebulização necessária a cada hora ou vômitos persistentes após cirurgia				

A adaptação e a implementação da BPEWS no SIP foram desenvolvidas e monitorizadas por um grupo de trabalho que incluiu três enfermeiros e três médicos do Serviço.

Este processo envolveu (Carvalho et al, 2020):

- ▶ utorização do autor da escala *BPEWS*
- ▶ tradução da escala para português - *BPEWS-PT*
- ▶ realização de teste piloto
- ▶ análise e avaliação da aplicabilidade da escala *BPEWS-PT*
- ▶ elaboração de instrução de trabalho
- ▶ disponibilização da escala *BPEWS-PT* no *Sorian Clinicals*®
- ▶ formação à equipa

Após dois anos de utilização da ferramenta de trabalho pareceu pertinente proceder à análise da sua inclusão na prática de cuidados, definindo-se os seguintes objetivos: analisar os scores obtidos nos episódios de internamento de crianças/jovens no SIP do HFF nos anos de 2019 e 2020 e identificar que critérios da escala contribuíram para um score de risco (score ≥ 3).

A metodologia utilizada consistiu num estudo descritivo e retrospectivo. A colheita de dados foi operacionalizada através da consulta dos registos de enfermagem no processo clínico eletrónico, relativamente à avaliação da escala *BPEWS-PT* das crianças/jovens internados no SIP do HFF nos anos 2019 e 2020.

No total foram analisadas 11573 avaliações referentes a 1922 crianças/jovens internados (sexo masculino: 56,8% em 2019 e 60,7% em 2020), com idade mediana (e intervalo interquartil) de 3,0 ([0,6; 10,1]) anos em 2019 e de 5,4 ([1,4; 11,6]) anos em 2020.

Em 2019 observou-se que 2,9% das crianças/jovens internados apresentaram um score de risco e que, em 2020, foram cerca de 3,8%. A variabilidade do score de risco foi maior em 2019, oscilando entre os valores de 3 a 9, enquanto que

em 2020 o score foi mais homogéneo assumindo valores entre 3 e 5. Observou-se ainda que os critérios responsáveis por um aumento do score para avaliação de risco foram semelhantes nos dois anos analisados, nomeadamente “sonolento” (neurológico); “rosado ou tempo de replecimento capilar de 1-2 segundos” (cardiovascular) e “frequência respiratória de 10 ciclos por minuto acima dos parâmetros, uso de musculatura acessória, $FiO_2 \geq 30\%$ ou $\geq 4L/min$ ” (respiratório).

Os resultados obtidos nesta investigação permitem afirmar que a implementação da escala de *BPEWS-PT* foi aplicada de forma regular e sistemática no período estudado. O facto dos critérios que nos três componentes da escala (neurológico, cardiovascular e respiratório) motivaram o agravamento do score final terem sido coincidentes nos dois anos em análise, evidencia a homogeneidade na tipologia de crianças/jovens internados no SIP do HFF.

Conclui-se que a implementação e avaliação da escala *BPEWS-PT* permitiu a identificação precoce de agravamento clínico nas crianças/jovens internados, contribuindo para a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Texto | **Enf.ª Catarina Escobar**
Enf.ª Andreia Gonçalves
Enf.ª Ribeiro da Silva
Serviço Pediatria

Bibliografia

- De Carvalho, R. V., Gonçalves, A., Escobar, C., Figueiredo, A., Monaghan, A., Ribeiro da Silva, H., & Loureiro, H. (2020). Adaptação do Brighton Paediatric Early Warning Score em Portugal. *Saúde Infantil Hospital Pediátrico de Coimbra*, 42(3), 103-108.
<https://saudeinfantil.asic.pt/index.php/adapta%C3%A7%C3%A3o-do-brighton-pediatric-early-warning-score-em-portugal-detail>
- Gold, D. L., Mihalov, L. K., & Cohen, D. M. (2014). Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) system for admitted patients in the pediatric emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 21(11), 1249-1256.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25377402/>
- Lambert V., Matthews, A., MacDonell, R., & Fitzsimons, J. (2017). Paediatric early warning systems for detecting and responding to clinical deterioration in children: a systematic review. *BMJ Open*, 7(3), e014497.
<https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e014497.long>
- Monaghan, A. (2005). Detecting and managing deterioration in children. *Paediatric Nursing*, 17(1), 32-35.
https://www.researchgate.net/publication/305253729_Detecting_and_managing_deterioration_in_children_Alan_Monaghan_describes_how_the_introduction_of_a_critical_care_outreach_service_and_a_Paediatric_Early_Warning_Score_improved_management_of_acutely_il



Unidade Diálise Peritoneal no HFF

Na doença renal crónica (DRC) existe uma falência progressiva das funções excretora, reguladora e hormonal do Rim. A deterioração renal pode ocorrer durante muitos meses ou anos, resultando numa perda gradual de nefrónios, podendo manter-se assintomática durante um longo período de tempo. O dano causado pela DRC é irreversível e, a não ser que a pessoa seja adequadamente referenciada nos estádios mais precoces da doença, esta evolui para uma situação terminal sendo necessário a pessoa realizar uma **técnica de substituição da função renal (TSFR)**.

O aumento da incidência doença renal é transversal a todas as sociedades mundiais.

A crescente preocupação na sua detecção precoce juntou entidades internacionais para a elaboração das K/DOQI (2002) (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative). As orientações internacionais caracterizam a DRC em 5 estádios, e a partir do estágio 4 recomendam que se inicie a preparação da pessoa para a TSFR. Este estágio é traduzido por uma severa diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG), sendo o último definido pela falência renal em que a sobrevivência da pessoa está dependente de uma técnica de substituição renal.

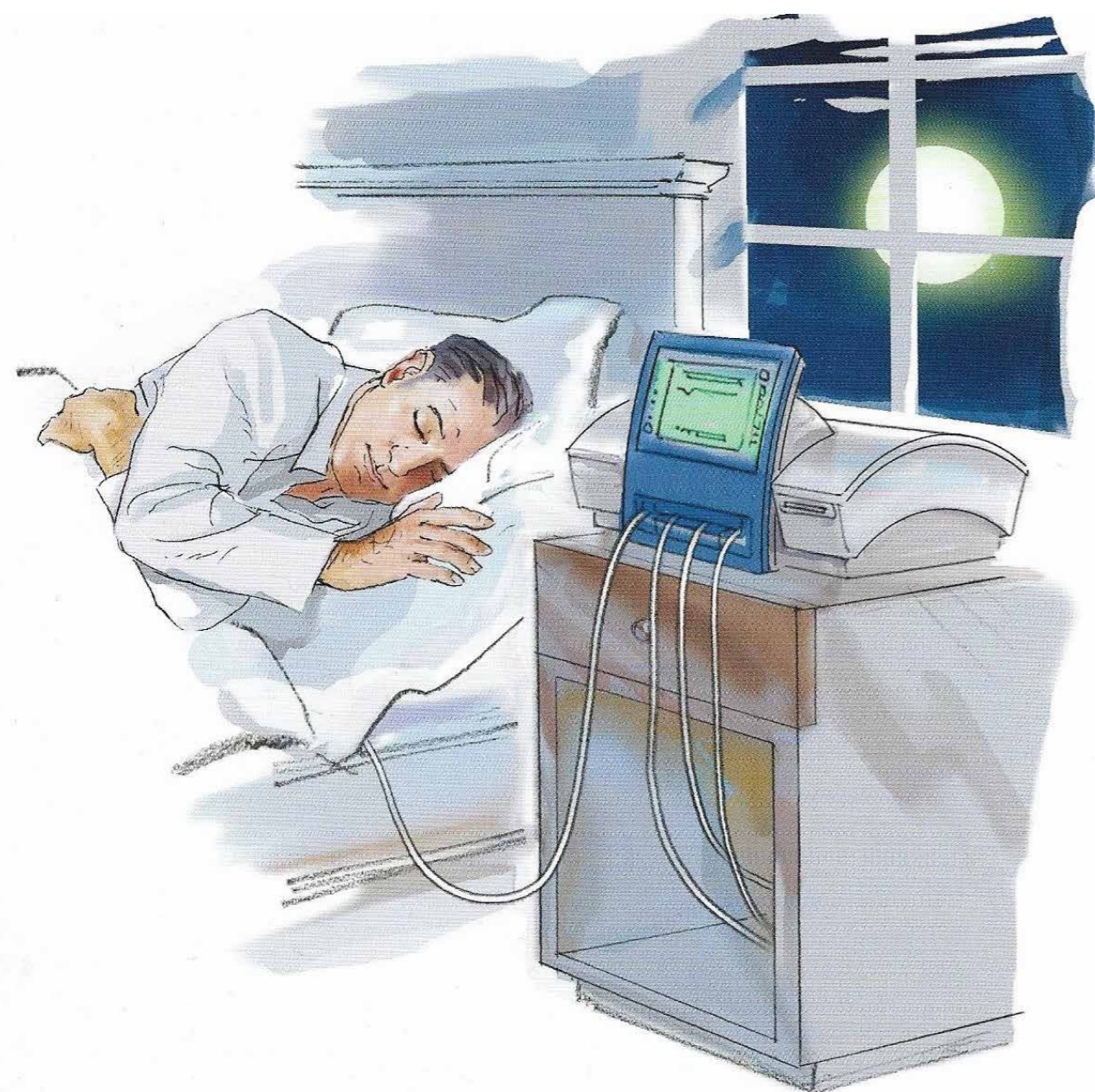
As recomendações das K/DOQI (2002) no tratamento da DRC incluem a terapêutica específica de acordo com o diagnóstico, a avaliação e tratamento das comorbilidades, a prevenção da perda da função renal, da doença cardiovascular e das complicações provenientes da diminuição da TFG. Fornecem orientações para a preparação da pessoa para uma terapêutica substitutiva da função renal, indicando quando se deve iniciar o tratamento, isto é, quando se tornam evidentes os sinais e sintomas de urémia. A detecção precoce da DRC é fundamental para o controlo da progressão da doença e redução das suas complicações.

O aumento da incidência é multifactorial e, em parte, está associado ao envelhecimento da população. De acordo com Arduan e Riviera (2006) *“o tratamento de substituição da função renal no contexto da DRC em estado avançado engloba a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal”*.

As pessoas com doença renal crónica terminal (DRCT) em que se prevê a possibilidade de iniciarem diálise têm o direito de receber informação sobre a sua



doença e os diversos tratamentos disponíveis, para que de acordo com as suas características clínicas, sociais e psicológicas, possam participar conjuntamente com a equipa de saúde na escolha da modalidade terapêutica. **Os programas de tratamento de substituição da função renal devem ser integrados**, ou seja, devem incluir as diversas técnicas de diálise, potencializando o transplante renal, se a pessoa for uma candidata. A relação entre as diversas técnicas é fundamental para um equilíbrio positivo em benefício da pessoa. **Os objectivos do programa de tratamento integrado de substituição da função renal passam pelo planeamento antecipado**, para melhorar a adesão da pessoa ao programa, reduzir os níveis de ansiedade e melhorar a adaptação à doença e ao tratamento, melhorar a qualidade do processo formativo e fornecer conhecimentos que permitam a opção pelo tipo de diálise que melhor se adapte à sua vida



quotidiana. O conceito de cuidados integrados no âmbito do tratamento do doente renal crónico terminal defende uma abordagem com ênfase na referência precoce, nos cuidados e educação pré-diálise. Segundo Rodrigues (2010),

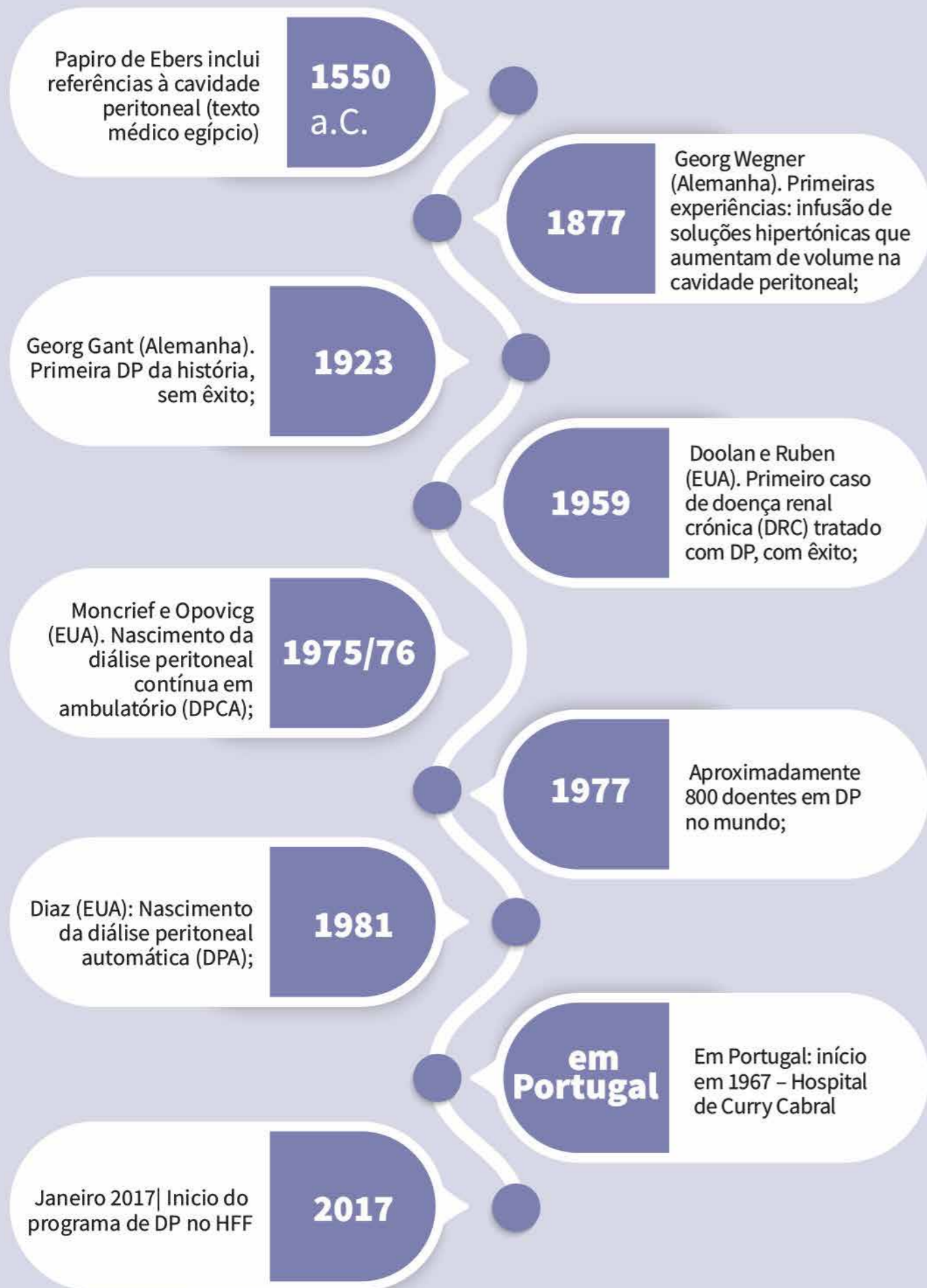
“A diálise é para a vida. Mas é um tratamento. Pode ter complicações. É possível que possa ter que mudar de tratamento durante o curso da sua vida. O desejável é que possa ser transplantado, preferencialmente com um rim de dador vivo. Pode ter que interromper a diálise peritoneal e nessa altura colherá benefícios da hemodiálise. Todas estas formas de substituição renal são permutáveis entre si. Em qualquer situação o plano será tratá-lo o melhor possível com cada uma das modalidades”.

Em janeiro de 2017, foi iniciado na Unidade Diálise do Serviço de Nefrologia, no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, o programa de Diálise Peritoneal, funcionando durante 24 horas, em regime presencial no período diurno de 2^afeira a sábado e em regime de prevenção no período nocturno e domingos.

Nos dias úteis, das 8h às 15h30 minutos, o movimento é maioritariamente dedicado à actividade programada médica e de enfermagem.

O papel do enfermeiro na DP é fulcral. As pessoas vêm no enfermeiro um apoio, amigo, professor, um profissional dedicado que assume uma relação de empatia gerando à sua volta confiança. Evidenciam a importância da intervenção dos enfermeiros na equipa multidisciplinar no cuidado à pessoa em DP. **No processo de cuidar da pessoa em processo de transição é fundamental ou até determinante a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa. Esta relação basea-se na confiança mútua, na empatia e no respeito.** São as relações que se estabelecem que servirão de base de trabalho para o enfermeiro, ou seja, quanto maior for a confiança da pessoa no trabalho do enfermeiro melhor é a capacidade deste de aceitar as intervenções de enfermagem. As intervenções dos enfermeiros podem acontecer desde o primeiro contacto. Este pode ocorrer no período de conhecimento do diagnóstico da doença ou quando a pessoa já optou pela DP e deseja conhecer e aprender o seu funcionamento. As intervenções de enfermagem passam inicialmente por informar, e através desta ação a pessoa é instruída e orientada em relação à doença renal e aos tratamentos de substituição.

Os avanços da Diálise Peritoneal (DP) foram morosos, no entanto há alguns marcos importantes a salientar:



São estabelecidos limites de forma a pessoa compreender que eles são necessários para a prevenção de complicações. Todas estas ações têm como objetivo final fornecer todos os elementos necessários para que a pessoa possa **tomar decisões informadas e, como tal, co-responsabilizar-se e tornar-se autónomo.**

Para Wang et al., (2007), o enfermeiro tem o papel fundamental de focar os seus cuidados num papel de prevenção e de ensino para o auto-cuidado das pessoas, e não apenas focalizado no treino destes. Referem que nos cuidados de saúde “dar poder” é definido como um processo educacional destinado a ajudar as pessoas a desenvolverem conhecimentos, capacidades, atitudes e auto-consciência da tomada de responsabilidade para com o seu tratamento. Torreão, Souza e Aguiar (2009) referem que a função do enfermeiro de nefrologia é proporcionar um cuidado individualizado e holístico, assente nas competências técnicas, científicas e relacionais. Este desempenho profissional permite aumentar os níveis de confiança da pessoa com DRC.

Potenciar a pessoa com capacidades, possibilita que esta se envolva nos resultados obtidos para o seu estado de saúde. Ou seja, a autonomia adquirida como processo de aprendizagem tornou-a mais capacitada para as decisões no quotidiano. Assim sendo, o poder transforma-se em conhecimento. **As intervenções de enfermagem são fundamentais na manutenção do bem-estar em pessoas que vivem processos de transição, como sejam a doença renal e o início da diálise peritoneal.** As competências de relação, de comunicação, do saber técnico e científico são capacidades que devem ser desenvolvidas e aplicadas pelos enfermeiros no processo formativo da pessoa em DP. O conhecimento é poder para aqueles que o desenvolvem, para os que o usam e para aqueles que dele beneficiam (Meleis et al., 2010).



Texto | **Dr.ª Adelaide Serra**

Assistente Hospitalar Graduada | Serviço Nefrologia
Coordenadora do programa DP, HFF

Enf.ª Susana Andrade,

Unidade Diálise, Enfermeira Referência Programa DP, HFF

A DP, enquanto técnica de substituição da função renal (TSFR), tem como objectivo eliminar o excesso de líquidos e toxinas acumuladas no organismo, utilizando o **peritoneu como filtro**.

A DP apresenta vantagens como a conservação da função renal residual, maior liberdade na organização do tempo pessoal, menor restrição dietética e preservação do “capital vascular”. No entanto, a execução rigorosa da técnica, as regras rígidas de higiene e as restrições impostas pelo tempo e frequência dos tratamentos são razões consideradas desvantajosas para a decisão final. Auer (2008) fala-nos também no impacto psicológico que a técnica de substituição da função renal desperta na pessoa, referindo que a “criação de um acesso é uma experiência desfigurante para os doentes”. A mesma autora reconhece que as pessoas que iniciam diálise experienciam respostas semelhantes às de luto, identificando no processo três fases, as quais podem sofrer na opinião da autora “flutuações” ou mesmo “sobreposições”: 1) “euforia”, 2) “reação depressiva”, 3) “adaptação realista”. Na opinião de Hurst e Thomas (2008), a criação do acesso na DP pode ser considerado como um fator de opção pelo tratamento. A presença de um cateter na zona abdominal provoca uma alteração de imagem, para a qual a pessoa pode não estar preparada. **A oferta de informação ou a demonstração através de meios audiovisuais podem ser úteis** para desmistificar e diminuir a ansiedade da presença de um corpo estranho, o qual será alvo de cuidados diários.

Atualmente, existem duas grandes modalidades de DP, também patentes nos utentes acompanhados no programa de DP do HFF. A diálise peritoneal contínua ambulatoria (DPCA), a chamada diálise peritoneal manual, e a diálise peritoneal automática (DPA) que, como o próprio nome refere, é realizada com a ajuda de um mecanismo automático, a cicladora. Os objetivos da DP são a promoção da vida, a diminuição dos sintomas de uremia, manter as pessoas em equilíbrio hidroelectrolítico e potenciar ao máximo a sua qualidade de vida privilegiando a autonomia e responsabilidade da pessoa. A divulgação e a constante informação das opções terapêuticas numa fase precoce da doença levaram a que houvesse um aumento do número de pessoas em DP, embora ainda pouco significativo quando comparado com a hemodiálise. No entanto, o número crescente de pessoas na técnica despertou os profissionais para a investigação, não só das taxas de infeção, mortalidade ou falência da técnica, mas para a investigação da sua prática clínica de cuidados, ou seja, para a pesquisa das vivências da pessoa neste tipo de tratamento. A DP atribui à pessoa a prática de uma realidade e rotina diária de vida como outra estratégia de tratamento de outras doenças crónicas.

A DRC, como as outras doenças crónicas, necessita de acompanhamento multidisciplinar de longa duração, frequentemente associado a tratamentos de substituição da função renal e ao uso de medicamentos, ou a cuidados de suporte. Tudo isto remete-nos para a necessidade da promoção de **cuidados integrados, diferenciados e promotores da qualidade de vida da pessoa/ família com doença renal crónica terminal**.



A importância da codificação clínica no Hospital

A codificação clínica é o processo de atribuir códigos em formato numérico ou alfanumérico às informações sobre doenças ou procedimentos e aplicada a dados relativos à mortalidade e à morbilidade, classificando não apenas a causa de morte mas toda a informação clínica dos doentes.

Em Portugal, ao contrário do que acontece em outros países, a atividade de codificação clínica processa-se num ambiente único, no sentido em que quem codifica são médicos com uma formação específica.

No HFF, o Gabinete de Codificação e de Auditoria Clínica (GCAC) depende do Conselho de Administração e é composto por uma vertente administrativa e por uma vertente clínica. A primeira vertente é assegurada por uma equipa de funcionários (uma chefia e duas assistentes administrativas) e é responsável pela gestão dos episódios clínicos. A segunda vertente é assegurada por uma equipa de 22 médicos codificadores, orientada tecnicamente pelo Médico Auditor de Codificação Clínica do HFF. Colabora ainda com o GCAC um gestor (administrador hospitalar).

A missão do GCAC é a de garantir a codificação clínica dos episódios de Internamento e de Ambulatórios Médico e Cirúrgico assegurando o respetivo agrupamento em GDH e a realização de auditorias internas específicas, no cumprimento das Instruções, Convenções e Guidelines da ICD na versão que se encontre em vigor, orientações do Coding Clinic e Circulares Normativas emitidas pela ACSS.



A atividade do GCAC está organizada de forma a cumprir os seguintes objetivos:

- ◆ Garantir a totalidade da codificação de diagnósticos e procedimentos registados no episódio clínico de cada doente;
- ◆ Assegurar o registo correto e célere na aplicação informática instalada;
- ◆ Garantir o agrupamento da informação em GDH de acordo com o agrupador em vigor;
- ◆ Garantir o tratamento dos dados de forma a possibilitar, em tempo útil, a faturação dos episódios realizados;
- ◆ Possibilitar a utilização de informação para fins estatísticos e de investigação, quando devidamente autorizada e de acordo com o Regime Geral da Proteção de Dados.



O Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar (SIMH) é a aplicação disponibilizada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) a todos os hospitais públicos portugueses, para realizar e/ou recolher a codificação permitindo, mediante algumas variáveis administrativas e os dados codificados, agrupar o doente em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) que sejam coerentes em termos clínicos e de consumo de recursos.

Os GDH são, portanto, um sistema de classificação de internamento de doentes agudos. A coerência clínica define que os doentes que estão inseridos num mesmo GDH têm patologias que estão relacionadas com o mesmo aparelho ou sistema, e que os cuidados prestados serão similares para os doentes agrupados nesse GDH, sendo conseqüentemente, semelhantes em termos de consumo de recursos.

A sua implementação marcou a transição de um sistema de pagamento retrospectivo para um sistema de pagamento prospetivo.

Cada GDH tem um peso relativo e um valor de faturação definidos por portaria, permitindo assim a faturação aos terceiros pagadores e o financiamento hospitalar. O valor a pagar por cada doente não é o correspondente aos custos reais desse doente para o hospital, mas sim o valor que está definido quer na portaria reguladora para o GDH em que esse doente ficou agrupado, quer no contrato-programa celebrado com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Este pagamento, de natureza prospetiva, incentiva a uma maior eficiência nos cuidados de saúde e a uma utilização mais sustentável dos recursos, contribuindo, por exemplo, para a diminuição de dias de internamento desnecessários.

Com a implementação dos GDH esperava-se que a utilização dos recursos hospitalares fosse feita de uma forma mais eficiente reduzindo-se, por exemplo, os tempos de internamento desnecessários, aumentando a produtividade e levando a que a distribuição do orçamento dos hospitais fosse mais equitativa para assim reduzir também a despesa inerente.

Os grupos são definidos através de variáveis que podem explicar os custos hospitalares: diagnóstico principal (que vai apontar para um dos 25 GCD), procedimentos (que separam os GDH em médicos e cirúrgicos), diagnósticos secundários (que determinam GDH de co-morbilidades), idade (que separam os doentes pediátricos dos doentes adultos), sexo (que diferem no aparelho urinário, nos órgãos genitais, na gravidez), destino após alta (em caso de não conclusão do tratamento) e peso (relevante nos recém-nascidos).

Os dados registados nos registos clínicos dos doentes são a base dos dados codificados. E os dados codificados, mediante nomenclaturas e sistemas de codificação adequados, são, por sua vez, a base do GDH gerado e o que origina o financiamento para o hospital.

Desta forma, percebe-se a relevância de ter uma boa qualidade dos dados registados em todos estes momentos. Para além de permitirem o financiamento dos hospitais, os dados codificados, o GDH gerado e algumas variáveis administrativas, são compilados na Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH), que é largamente utilizada para fins de investigação e de cálculo de indicadores e que permitem a comparação de informação entre hospitais, regiões e países, facilitando, também, a comparação de dados num mesmo local em diferentes períodos de tempo.

As informações a codificar podem ser referentes a episódios de internamento, de ambulatório, de hospital de dia, de consultas externas ou de urgências. A codificação é usada para classificar todos os episódios e todos os procedimentos hospitalares com a finalidade de os reportar, de fazer uma gestão da qualidade dos cuidados de saúde prestados, de reembolsar o hospital e de permitir a utilização dos dados em investigação.

Os codificadores são quem traduz, em códigos alfanuméricos, a informação contida no registo clínico relativa a diagnósticos, a procedimentos e a causas externas. Para realizar a tarefa de codificação, os codificadores não têm somente de analisar a informação dos registos clínicos; esta deve ainda passar por um processo de abstração, através do qual os codificadores selecionam a informação relevante e que será codificada.

Para a codificação de um episódio é necessário identificar do registo clínico as seguintes informações:

- ◆ Diagnóstico principal, o qual, para efeitos de codificação, se define como o responsável pela admissão do doente;
- ◆ Outros diagnósticos onde se incluem, principalmente, as complicações e/ou co-morbilidades;
- ◆ Causas externas que caracterizam as circunstâncias em que ocorreram as lesões;
- ◆ Procedimentos que englobam os procedimentos realizados no bloco operatório, os procedimentos diagnósticos ou os terapêuticos.

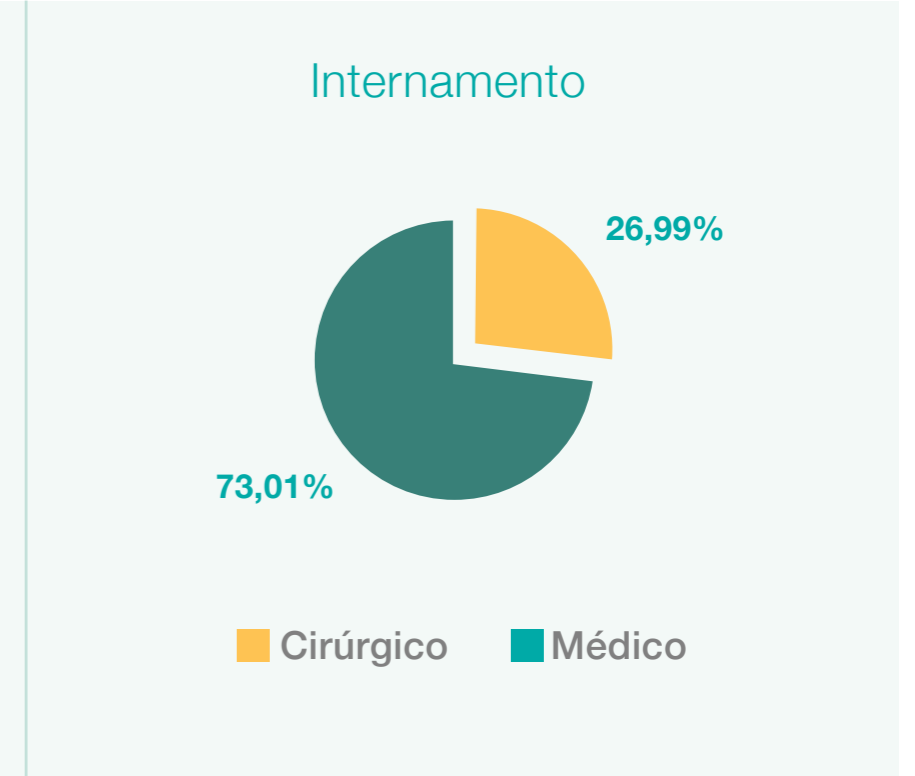
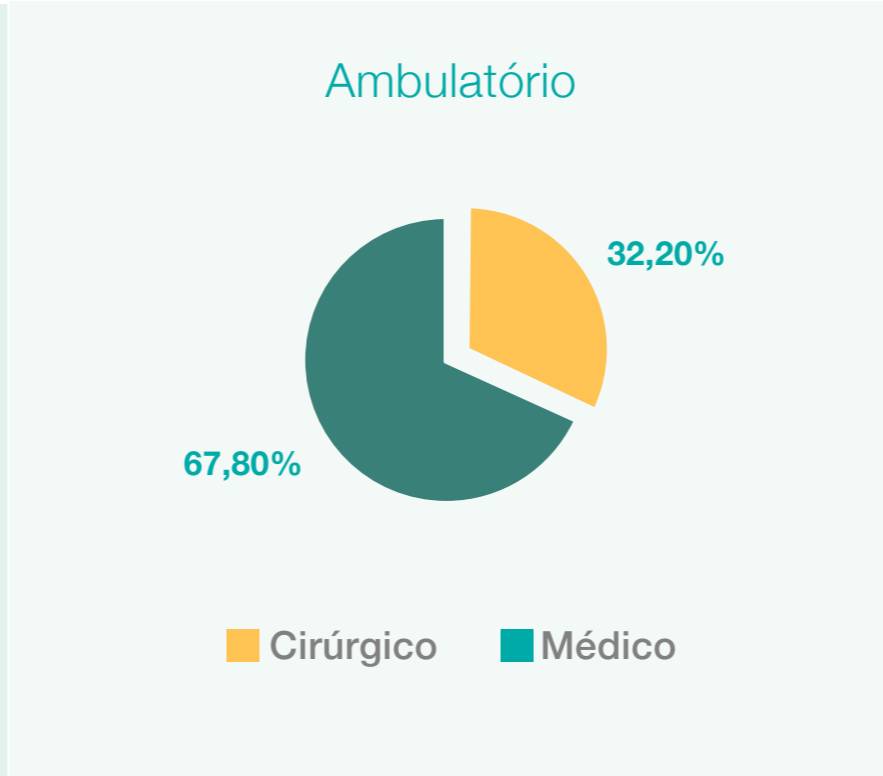
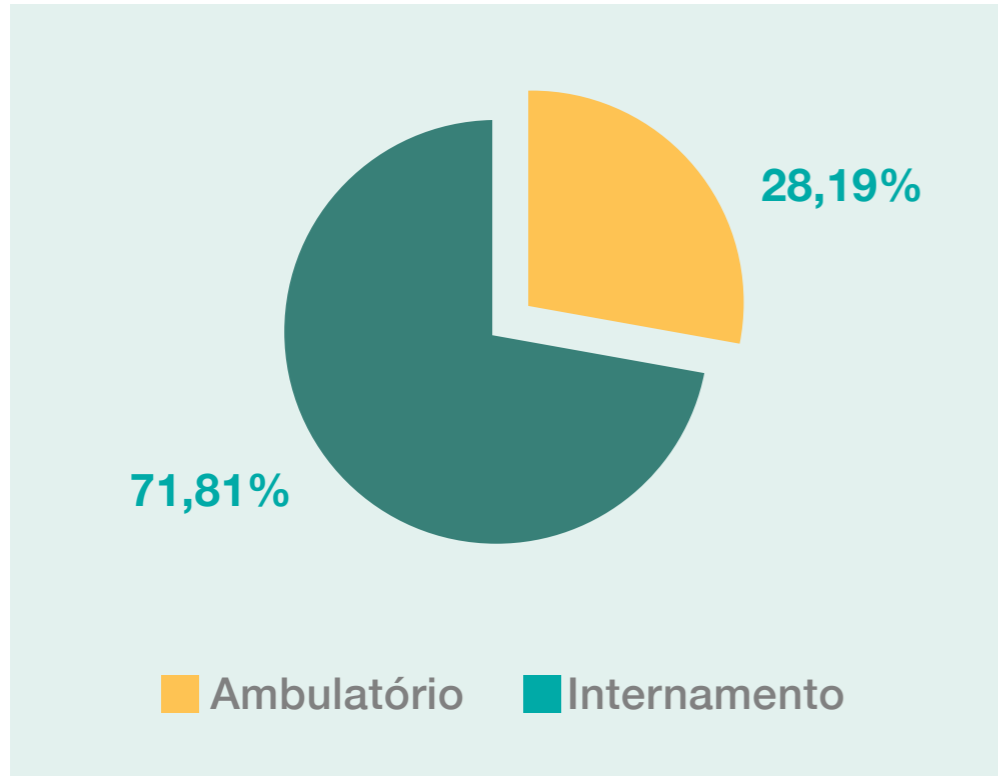
Existem diversos fatores com influência no processo de codificação: os erros na documentação, as variações nas descrições dos diagnósticos, a falta de assertividade dos médicos quanto aos diagnósticos, o uso de sinónimos, abreviaturas e acrónimos e a falta de organização nos registos clínicos que são, como vimos, a base da codificação clínica. Para além disto, a compreensão limitada da terminologia médica e das técnicas cirúrgicas por parte dos codificadores, a falta de experiência dos mesmos ou as falhas ou atrasos na devolução de processos são outros fatores apontados.

Para se introduzirem melhorias ao nível da qualidade global dos registos clínicos é essencial um envolvimento não só dos codificadores mas de todos os profissionais de saúde. A interação entre eles contribui para que a documentação seja cada vez mais completa, robusta, e vá de encontro às necessidades da instituição e da comunidade.

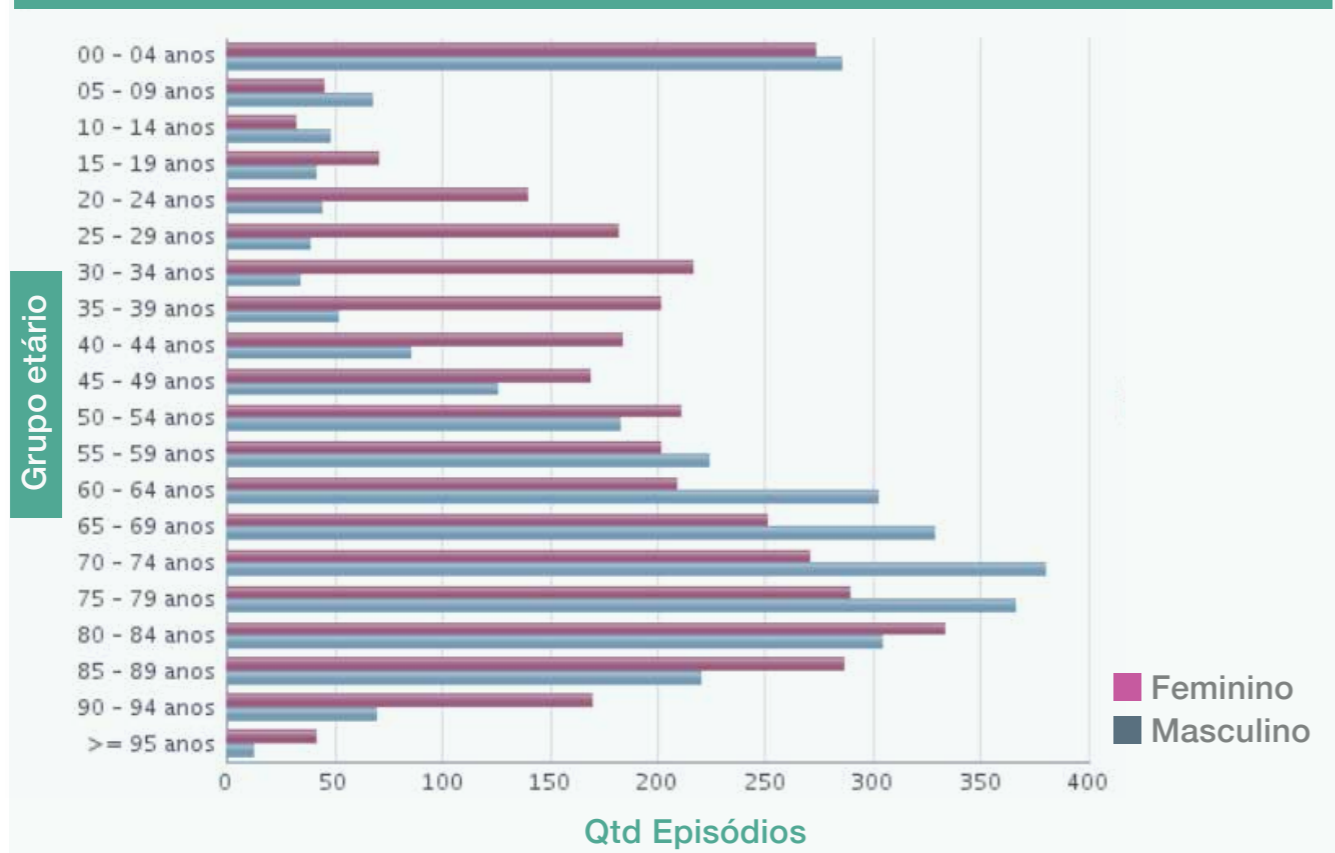
Em 2020 foram codificados 38936 episódios (14659 de ambulatório e 24277 de internamento) e o GCAC deu resposta a 23 pedidos de dados clínicos para realização de trabalhos de investigação.



Tipo de episódios



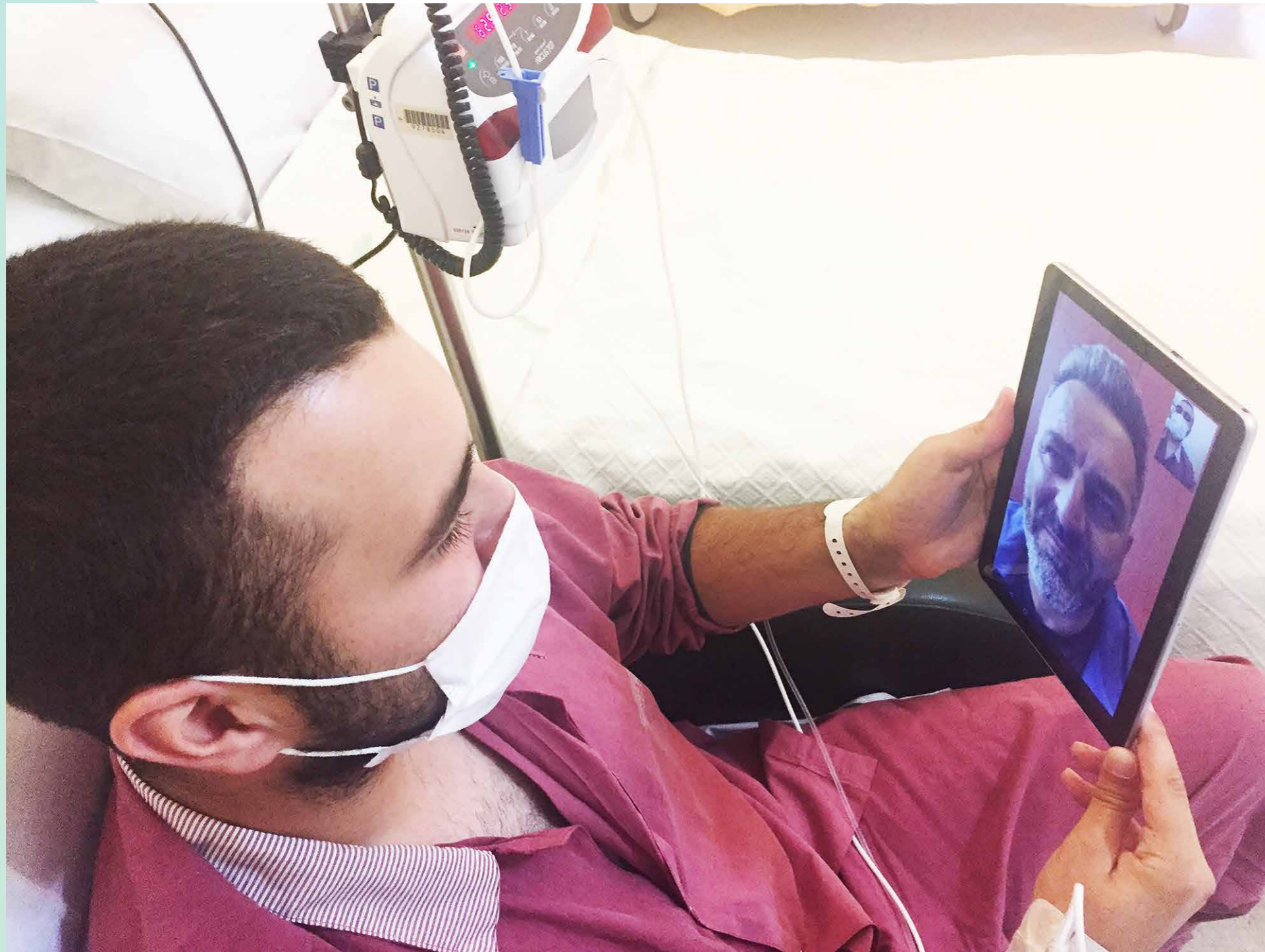
Distribuição total de episódios por sexo e escalão etário



Texto | **José Campillo**
Médico Auditor de Codificação Clínica



Visitas Virtuais no HFF



Um internamento é sempre um episódio traumatizante na vida de qualquer pessoa. Traduz-se em ansiedade, angústia, tristeza, mágoa, solidão e incerteza para a pessoa que fica no hospital e para as famílias e os amigos que estão à distância.

A presença de familiares, de alguém próximo e conhecido, minimiza a ansiedade, apazigua o medo, aumenta a segurança e o conforto.

Em pleno contexto de pandemia e conseqüente cancelamento de visitas presenciais, foi necessário encontrar estratégias por forma a minimizar todos estes sentimentos, tanto nos doentes como nos seus familiares.

Mais um desafio se criava, face a um novo problema tão real! A pandemia fez-nos pensar como ainda se pode melhorar e inovar no hospital e como poderíamos facilitar a proximidade entre doentes e famílias num momento complexo das suas vidas.

Assim, e por intermédio de várias empresas, **através de oferta de tablets e smartphones, foi possível que se estabelecesse um contacto virtual por videochamada entre doentes e familiares ou pessoas significativas, a que chamamos “Visita Virtual”.**

Tablets
8

Smartphone
6

Videochamadas
122

8 Tablets e 6 Smartphones, foram disponibilizados a 22 de Dezembro de 2020, aos serviços de internamento em que se identificaram maior incidência de doentes com ausência de telemóvel ou doentes cuja condição de saúde não permitisse a sua utilização de forma autónoma, como os serviços de Medicina, I, II, III, e IV, os serviços de Especialidades Médicas, Urologia, Internamento Geral 1 e 2, Cirurgias A, B e C, Ortopedias, Neurologia e Cardiologia. O serviço de Urgência Geral já dispunha deste tipo de dispositivos de comunicação.

Cada serviço, estabeleceu a sua forma de implementação para a realização desta “Visita Virtual”, porque cada contexto por muito semelhante que seja entre si, tem as suas especificidades e as suas próprias características. Internamente **estabeleceram-se novas rotinas, a que os próprios profissionais se adaptaram e têm integrado no dia-a-dia.** Na identificação das necessidades dos nossos doentes, sobretudo a equipa de enfermagem, passou a atribuir ainda maior importância à **identificação precoce de necessidade social e afetiva.** Na admissão ao internamento e sempre que a condição do doente o permita, é identificada a pessoa de referência e a existência de meio de contacto entre estes. Muitas das vezes estes profissionais, através do primeiro contacto com a pessoa de referência, num **mero contacto telefónico, e que parece ser uma banalidade,**

dissipam-se angústias, criam-se estratégias para facilitar a comunicação entre essa pessoa e o doente, que por vezes apenas se limita à facilitação da entrega do telemóvel pessoal ao doente, ou avaliam-se as condições para a realização da futura visita virtual por videochamada.

O enfermeiro no processo de admissão do doente no internamento valida então os critérios de inclusão, identifica a pessoa de referência, e estabelece o primeiro o

contacto, no qual apresenta a disponibilidade da “Visita Virtual” no HFF e avalia o interesse destes para adesão à mesma.

A realização de visita virtual é um trabalho de equipa, em que para além do doente e da família, intervêm médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e os assistentes administrativos que assumem um papel de articulação entre os profissionais clínicos e as famílias para a gestão e planeamento das visitas virtuais.

Apesar do circuito se encontrar definido, deparamos com alguns constrangimentos técnicos que foram ultrapassados, nomeadamente, a dificuldade na instalação de aplicações que permitissem videochamada nos equipamentos disponibilizados e na estrutura tecnológica disponível no hospital e depois o problema de ligação à rede de internet.

As visitas virtuais passaram a fazer parte da rotina dos serviços, uma estratégia que profissionais, doentes e famílias vão utilizando como recurso possível para minimizar a separação e a distância. Apesar de tudo e ultrapassados constrangimento informáticos, outras dificuldades têm surgido e que impedem a aplicação igualitária da visita virtual a todos os doentes e famílias. Para isso tem contribuído a inacessibilidade às aplicações informáticas e a elevada faixa etária das famílias. Por forma a tentar solucionar estas questões, muitos dos profissionais optaram por utilizar os telemóveis próprios usando aplicações digitais que são mais comuns na comunidade.

Até ao passado dia 2 de Março, 03/2021, foram **realizadas 122 videochamadas**, mas sabemos que este número é muito inferior ao

efectivamente realizado, sobretudo por médicos /internos nos serviços em especial dos serviços de Medicina. No entanto, e sabendo da importância que o acompanhamento familiar tem na evolução positiva do estado dos doentes, todos os serviços possibilitaram a realização visitas presenciais. Estas visitas, exigem cuidados adicionais, sendo previamente planeadas com as famílias que são acompanhadas por enfermeiro ou assistente operacional, mesmo nos serviços de internamento para doentes COVID.

Porque a comunicação não deverá ser uma barreira! **A solução da Visita Virtual tem contribuído para melhorar os processos de comunicação entre os doentes e as famílias que se encontram separadas.**



SOMOS HFF nº37



www.hff.min-saude.pt