



HOSPITAL SÃO VICENTE

PROTOCOLO ASSISTENCIAL VISITA MULTIDISCIPLINAR

Tema: Visita multidisciplinar

Criado por:

Cláudio Emmanuel Gonçalves da Silva Filho (Diretor Clínico)
Giuliana Marçal (Coordenadora de enfermagem)

Data: Dezembro de 2020

Revisão: Julho de 2022

Aprovado por:

Sonia Delgado (Diretora assistencial)
George Guedes (Superintendente)

JUSTIFICATIVA

O Plano Terapêutico Multiprofissional integra e direciona a assistência ao paciente, por meio do levantamento dos problemas ativos ou riscos durante o período de internação, a definição de meta ou resultado esperado para o respectivo problema ativo e a avaliação do resultado atingido.

CONCEITOS GERAIS

Durante o período de internação existem diversos recursos de tecnologias (drogas terapêuticas e anestésicas, procedimentos cirúrgicos e diagnósticos), que permitem reduzir a média de permanência, por meio de altas mais precoces, considerando superestimados os números de leitos, calculados como necessários. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de conduzir a vida frente a sua atual condição.

O momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O plano terapêutico (PT), consiste no conjunto de especialidades terapêuticas, definidas a partir da avaliação individual, utilizando a discussão de caso clínico com um olhar prospectivo, onde os profissionais de saúde exercem a função de gestor e operador da clínica em um mesmo momento, contemplando quatro momentos: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidade entre os membros da equipe de referência e a reavaliação. O quinto momento consiste na negociação pactual do Plano Terapêutico proposto pelo profissional médico para com o paciente.

Um PT bem estruturado, contribui para uma desospitalização precoce, bem como a redução de custos para esse serviço, o manejo na taxa de ocupação dos leitos, a garantia da qualidade na assistência prestada e a segurança do paciente.

Início do processo e papel dos profissionais

O PT acontece após a admissão do paciente na unidade, a partir da avaliação do paciente pelo médico assistente, para definição da melhor opção de tratamento, bem como os exames necessários para diagnóstico e estadiamento. Em seguida, o profissional enfermeiro avalia as necessidades relacionadas ao cuidado e autocuidado e quais os recursos serão necessários para o cumprimento do plano definido pelo médico, como o uso de dispositivos venosos centrais para tratamentos como a quimioterapia e antibioticoterapia, a identificação de questões sociais como a ausência de cuidadores e residência fixa, além de questões psicológicas, como a aceitação da doença e o enfrentamento pelo paciente e família.

A assistência farmacêutica é fundamental para a reconciliação medicamentosa e o acompanhamento da adesão às medicações de uso contínuo em domicílio, a administração de quimioterápicos por via oral e a interação medicamentosa entre os medicamentos e alimentos. A nutricionista com o apoio da avaliação de um profissional fonoaudiólogo, definem o tipo de dieta e consistência adequada para cada paciente, levando em consideração suas preferências, deficiência nutricional e déficits físicos, incluindo as dietas enterais e o volume diário a ser infundido para atingir a meta nutricional. Os profissionais do serviço de reabilitação, são de extrema importância para a reinserção social dos pacientes, com foco na qualidade de vida durante e após o tratamento, estimulando a autonomia para a realização de atividades diárias e adaptação à sua condição atual.

Torna-se fundamental, a comunicação efetiva entre os membros da equipe multidisciplinar para o cumprimento das metas estabelecidas, considerando que o PT é singular e específico, sendo que cada ser humano é único e portador de diferentes necessidades, expressando reações diferentes de enfrentamento. Essa comunicação é possível por meio de prontuário eletrônico, alimentado diariamente pelos profissionais envolvidos na assistência prestada durante o período de internação, onde todas as intervenções e intercorrências devem ser registradas, o que possibilita uma análise contínua do PT, e sua adequação a depender das alterações apresentadas pelo paciente.

Semanalmente, os casos são rediscutidos em reunião com a presença de pelo menos um membro de cada equipe, para abordagem de novas propostas, bem como, a evolução do quadro

clínico. Os profissionais da enfermagem, representam um elo importante entre o paciente e os profissionais da equipe multidisciplinar, por atuar diretamente com o paciente durante todo o período de internação, acompanhando desde o padrão de sono, aceitação de dieta, queixas algicas, crenças, costumes e a resposta do organismo durante o tratamento

Discussão em equipe

Semanalmente ocorrerá em dia específico e fixo a reunião da equipe assistente multiprofissional para a identificação dos problemas e necessidades de cada pacientes, com a elaboração das metas do cuidado. Caso haja metas previamente estabelecidas, devem ser checadas para avaliar a sua resolução.

Diretrizes para a construção

- O plano terapêutico multidisciplinar é elaborado durante as visitas da equipe multidisciplinar, mas também pode ser elaborado por cada membro da equipe em formulário específico;
- O plano terapêutico deve constar a previsão de alta do paciente;
- O plano terapêutico é aplicado para pacientes com permanência acima de 24 horas. Os pacientes com permanência abaixo de 24 horas têm as metas e os resultados do cuidado documentados nas evoluções;
- O paciente deve ser avaliado diariamente e o plano terapêutico atualizado pelos profissionais da equipe multidisciplinar de acordo com as mudanças do quadro clínico;
- O paciente de longa permanência, acima de 15 dias de internação pode ser avaliado a cada 07 dias, ou antes, se ocorrer mudança em seu quadro clínico;

Tabela de conceitos

Problema ativo	Sinais e sintomas ou situações decorrentes da doença ou estado atual do paciente que não denotem condição de risco, mas sim problemas atuais e ativos. Devem ser considerados “problemas ativos” aqueles agravos clínicos que impeçam a progressão do nível de cuidados exigidos, tais como problemas que exijam a manutenção do paciente na UTI, ou que impeçam sua alta hospitalar. Dessa forma, o conceito de “problema ativo” envolve
----------------	---

		situações passíveis de melhoria, não se referindo a diagnósticos de base ou condições crônicas do paciente das quais não há expectativa de resolução ou impacto no setting assistencial.
Riscos		Fatores que interferem na segurança e os potenciais danos que o mesmo acometerá.
Meta ou objetivo do cuidado	ou do	Resposta esperada para o problema ativo com prazo determinado. A meta do cuidado deve preferencialmente ser mensurável. A meta do cuidado é diferente da assistência a ser prestada ou o tratamento proposto, pois estes devem estar descritos em outras documentações do prontuário do paciente como a prescrição médica e a prescrição de enfermagem. Nas UTIs, as metas ou objetivos do cuidado serão definidos para o dia.
Resultado atingido		O resultado em relação à meta ou objetivo do cuidado pode ser atingido ou não e deve ser justificado.

Alta segura e precoce

A equipe multidisciplinar deve estar atenta ao planejamento terapêutico do paciente, já iniciando os procedimentos que irão culminar com a alta hospitalar durante o tratamento, viabilizando a alta precoce e segura.

Para que isso ocorra são necessárias mudanças-chaves: parceria da equipe com o paciente e familiares; identificação das necessidades pós-hospitalares/ educação eficaz do paciente e da família; e comunicação eficaz no processo de transição do paciente

1. PLANO DE ALTA - Planejamento iniciado precocemente durante a internação visando garantir a alta no tempo apropriado e serviços pós-alta adequados.
 - a. Desde a admissão a equipe assistente deve elaborar o plano terapêutico do paciente, reavaliando diariamente os objetivos e metas do planejamento, assim como os planos de ação e atualização diária da data provável da alta.
 - b. Educação do paciente e da família sobre a condição atual, explicação sobre os possíveis cuidados após a alta, planejando as necessidades físicas, psicológicas e sociais ao paciente.
 - c. Identificar ativamente e precocemente barreiras a alta precoce e segura:

- i. Avaliar diariamente a possibilidade de modificar medicamentos injetáveis para via oral
- ii. Retirar precocemente dispositivos invasivos (acesso venoso central; sonda vesical de demora; sonda nasoenteral)
- d. Estabelecer critérios de alta hospitalar (Reversão dos fatores que motivaram a internação; Afebril > 24 horas; Estável hemodinamicamente; Padrão respiratório adequado ; Nivel de consciência adequado; Eliminações fisiológicas normais; Dieta preservada; Ferida operatória sem sinais de complicações;
- e. No dia da alta hospitalar o paciente e familiar já devem estar orientados sobre a continuidade do tratamento em casa, limitações e/ou restrições, dieta, reconhecimento de sinais e sintomas que necessitam de avaliação médica.
- f. Sumário de alta – O sumário de alta deve conter a data de admissão e alta; Motivo da hospitalização; Achados relevantes da história e exame físico; Achados laboratoriais significativos; Achados radiológicos significativos; Achados significativos em outros testes; Lista de procedimentos realizados e seus achados; Diagnóstico de alta; Condições de alta; Medicações da alta; Acompanhamento pós-alta; Resultados pendentes; Limitações/restrições no pós-alta

CHECK LISTA DA ALTA HOSPITALAR		
Estado clínico		
○ Reversão dos fatores que motivaram a internação	() sim	() não
○ Condição médica adequada para a alta?	() sim	() não
○ Afebril > 24 horas	() sim	() não
○ Estável hemodinamicamente	() sim	() não
○ Padrão respiratório adequado	() sim	() não
○ Nivel de consciência adequado	() sim	() não
○ Eliminações fisiológicas normais	() sim	() não
○ Dieta preservada	() sim	() não
○ Ferida operatória sem sinais de complicações	() sim	() não
○ O local de cuidados pós-alta oferece condições p/ continuidade tto/reabilitação	() sim	() não
Exames complementares		
○ Recebeu informação sobre exames alterados	() sim	() não
○ Exames realizados entregues ao paciente	() sim	() não
○ Orientado em relação a resultados pendentes e como proceder	() sim	() não
Educação quanto a sua doença		
○ Sabe seu diagnóstico de alta e implicações da sua doença	() sim	() não
○ Orientado quanto a terapia da sua doença e reconciliação medicamentosa (receita médica)	() sim	() não

<input type="radio"/> Ciente das limitações e restrições pós-alta	() sim () não
<input type="radio"/> Orientado quanto aos sintomas de piora e quando procurar seu médico	() sim () não

Questionário paciente – Planejamento alta hospitalar

Nome:

Data:

1	O Sr. foi informado a respeito da data da alta?	S () N ()
2	Foi informado o horário de saída do hospital?	S () N ()
3	O Sr. irá para casa com quem? R: _____	
4	Quem virá buscá-lo, sabe do horário da alta?	S () N ()
5	Foi acordado com o Sr. sobre as atividades do dia da alta banho/procedimentos?	S () N ()
6	Foi informado sobre o horário do café da manhã ?	S () N ()
7	O Sr. foi orientado a respeito dos cuidados, limitações ou restrições que deverá ter no pós alta?	S () N ()
8	O Sr. foi orientado em quais sintomas ou sinais o Sr. deve procurar o seu médico?	S () N ()
9	O Sr. necessitará de algum dispositivo em casa(muleta, cadeira, oxigênio)?	S () N ()
10	Estes dispositivos já estão em casa?	S () N ()
11	Das afirmações abaixo escolha a que mais se aplica: () 1- Não recebi informações. () 2- Recebi poucas informações e me sinto pouco seguro. () 3- Recebi algumas informações e me sinto parcialmente seguro. () 4- Recebi informações suficientes e me sinto seguro. () 5- Recebi as informações e me sinto extremamente seguro a dar continuidade ao meu tratamento em casa	