|  |  |
| --- | --- |
| Logo HSV | **PROTOCOLO ASSISTENCIAL**  **VISITA MULTIDISCIPLINAR** |
| Tema: Visita multidisciplinar | Criado por:  Cláudio Emmanuel Gonçalves da Silva Filho (Diretor Clínico)  Giulianna 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.  **Inicio 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 à reconciliação medicamentosa e o acompanhamento da adesão ás medicações de uso contínuo em domicilio, 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 álgicas, crenças, costumes e a resposta do organismo durante o tratamento  **Discussão em equipe**  Semanalmente ocorrerá em dia especifico 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 hajam 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 especifico; * 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 | 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 ocorre 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.    1. 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.    2. 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.    3. Identificar ativamente e precocemente barreias a alta precoce e segura:       1. Avaliar diariamente a possibilidade de modificar medicamentos injataveis para via oral       2. Retirar precocemente dispositivos invasivos (acesso venoso central; sonda vesical de demora; sonda nasoenteral)    4. 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;    5. 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.    6. Sumario de alta – O sumario 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?   + Afebril > 24 horas   + Estável hemodinamicamente   + Padrão respiratório adequado   + Nivel de consciência adequado   + Eliminações fisiológicas normais   + Dieta preservada   + Ferida operatória sem sinais de complicações | ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) sim ( ) não  ( ) 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 | | * Ciente das limitações e restrições pós-alta | ( ) sim ( ) não | | * 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 |  | | |