Trabalho em Equipe e Comunicação no Ambiente Hospitalar: Hospitalistas e Outras Ferramentas

Por *Guilherme Brauner Barcellos*

Membro da Academia Brasileira de Medicina Hospitalar (ABMH)

Senior Fellow in Hospital Medicine (SHM)

Coordenador da *Choosing Wisely Brasil*

Rio de Janeiro – Julho de 2016

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Há pelo menos 10 anos, não possuo nenhum tipo de relação direta com indústrias de medicamentos ou dispositivos de uso em pacientes. Não mais recebo sequer visitas de propagandistas destas empresas.

http://alertaindependente.blogspot.com.br

Conflito a declarar:

- ✓ **Consultor para implantação e otimização de hospitalistas**

ROTEIRO DA APRESENTAÇÃO

- Valorização global dos temas:

#trabalhoemequipe #comunicação #continuidadedocuidado #coordenaçãodocuidado #handoff #fragmentação

- Algumas **intervenções aplicáveis**:

  - ✓ **Não dependentes de novas políticas de Estado e modernas leis;**
  - ✓ **Não dependentes de novo modelo de remuneração;**
  - ✓ **Não dependente de profundas modificações na formação preliminar (graduações e residências) de profissionais da saúde.**

QUEM ESPERAVA ÊNFASE EM HANDOFF, ERROU...

Eric Edwin Howell, M.D.

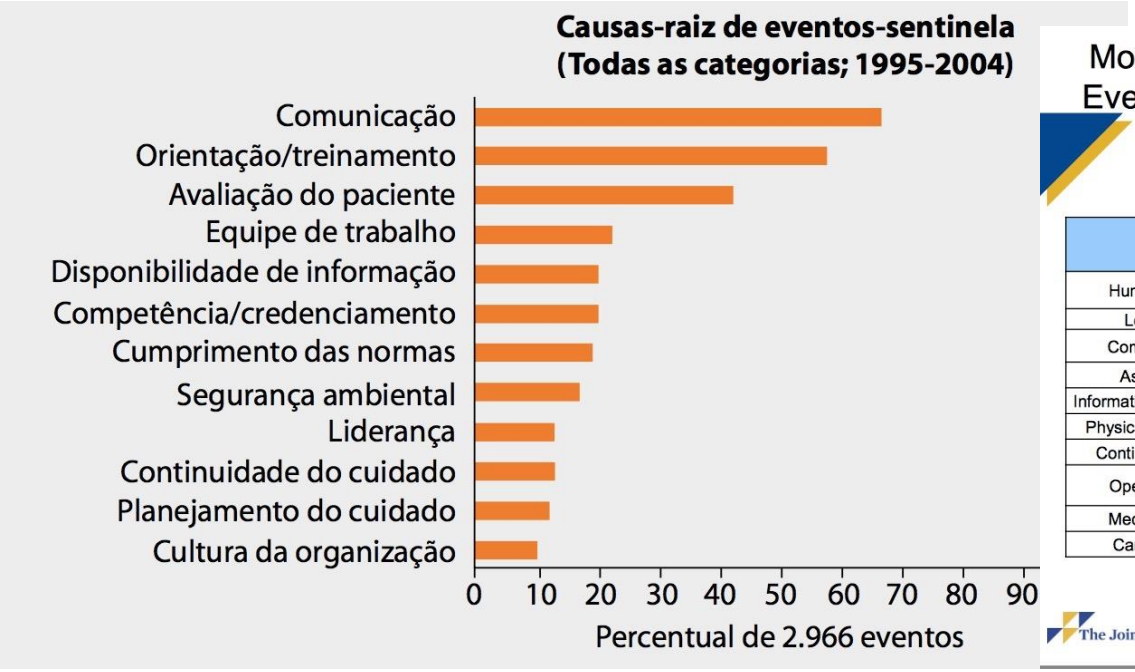
Division Director, Collaborative Inpatient Medicine Service (CIMS) at Johns Hopkins Bayview Medical Center

Algumas Premissas Hierárquicas
[de Howell, e de Barcellos já]

1. **Continuidade das equipes e nas equipes** deve importar tanto quanto continuidade do cuidado;
2. **Equipes dedicadas**: quanto maior a complexidade do cuidado, maior sua importância – no extremo disto, não serve o médico “apenas passar visita”;
3. **Pontos de transição, quando não evitáveis, devem, então, e somente então, ser bem trabalhados.**

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

- Erros nas trocas de informações estão entre os mais comuns e com maiores consequências na assistência à saúde



Most Frequently Identified Root Causes of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission by Year

The majority of events have multiple root causes
(Please refer to subcategories listed on slides 5-7)

2012 (N=901)		2013 (N=887)		2014 (N=764)	
Human Factors	614	Human Factors	635	Human Factors	547
Leadership	557	Communication	563	Leadership	517
Communication	532	Leadership	547	Communication	489
Assessment	482	Assessment	505	Assessment	392
Information Management	203	Information Management	155	Physical Environment	115
Physical Environment	150	Physical Environment	138	Information Management	72
Continuum of Care	95	Care Planning	103	Care Planning	72
Operative Care	93	Continuum of Care	97	Health information technology-related	59
Medication Use	91	Medication Use	77	Operative Care	58
Care Planning	81	Operative Care	76	Continuum of Care	57

The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore, these root cause data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of root causes or trends in root causes over time.

The Joint Commission

Office of Quality and Patient Safety - 8

© Copyright, The Joint Commission

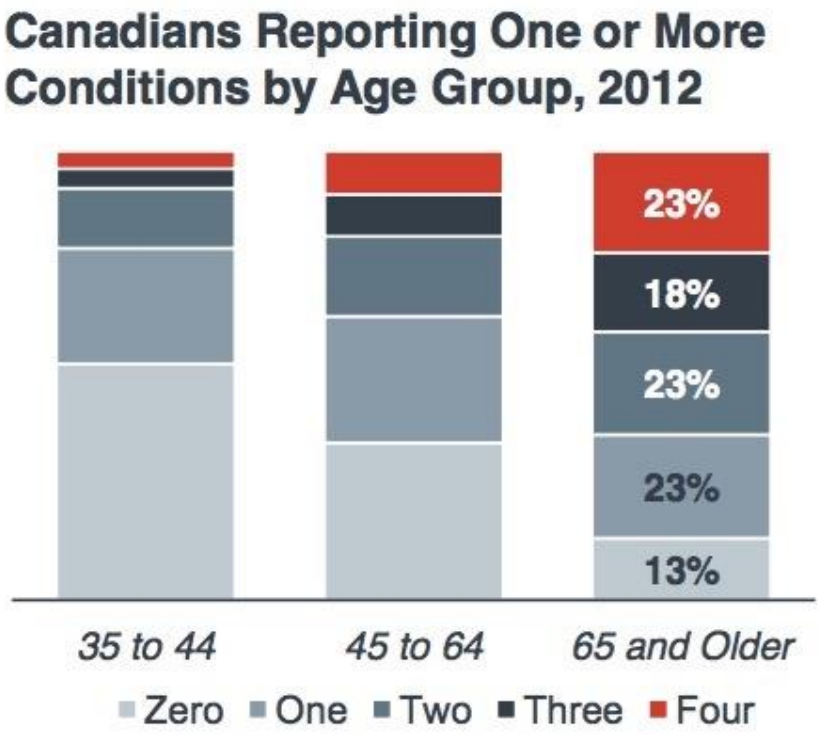
SEGURANÇA DO PACIENTE

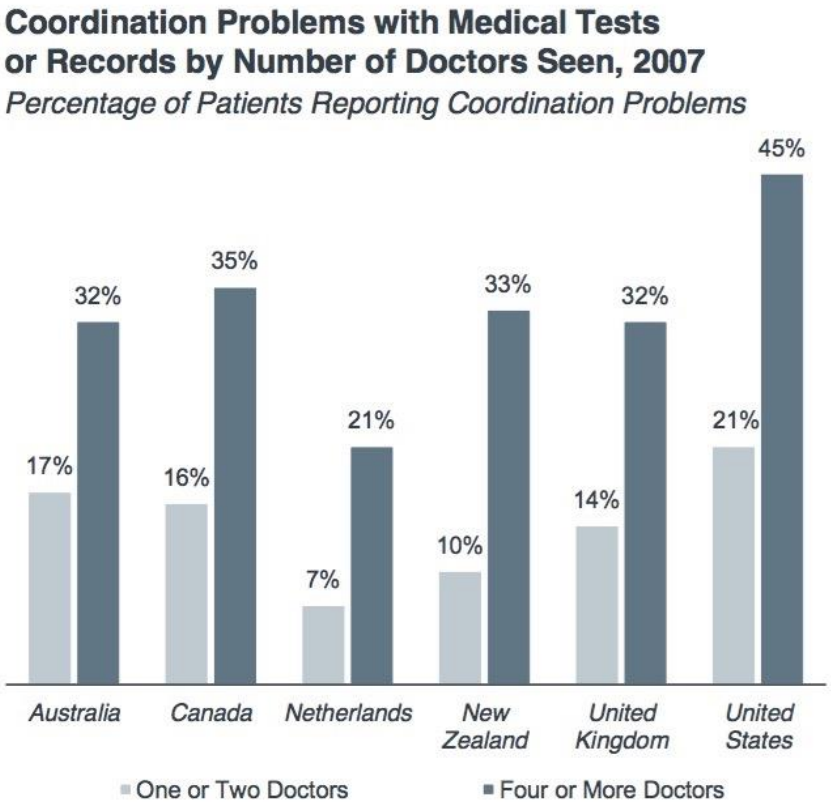
1. Identificar corretamente o paciente.
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
5. Higienizar as mãos para evitar infecções.
6. Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

É TEMPO DE SAÚDE · SAÚDE SEGURANÇA · SUS · ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária · Ministério da Saúde · GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

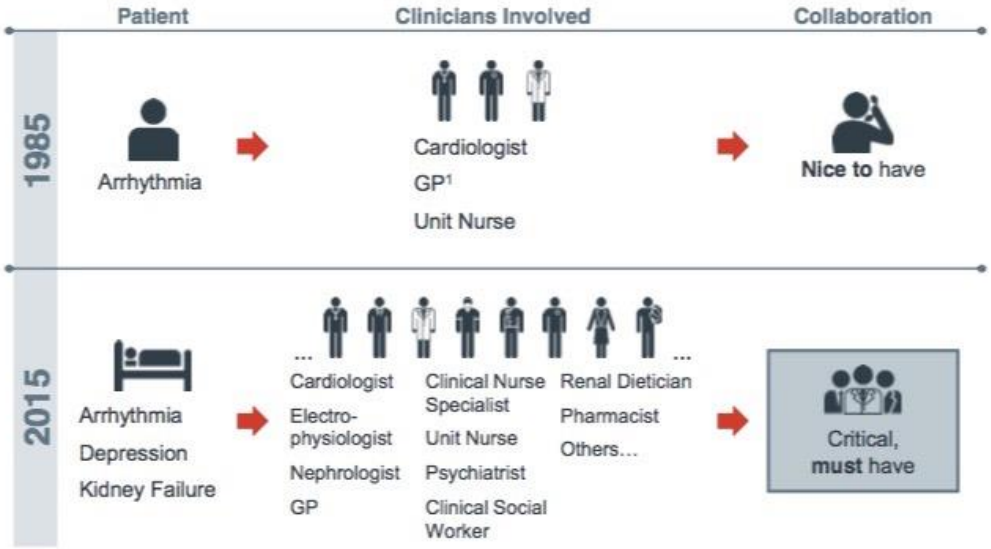
OS DESAFIOS DA COMUNICAÇÃO AUMENTAM COM A COMPLEXIDADE DO PACIENTE + A COMPLEXIDADE E A FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO

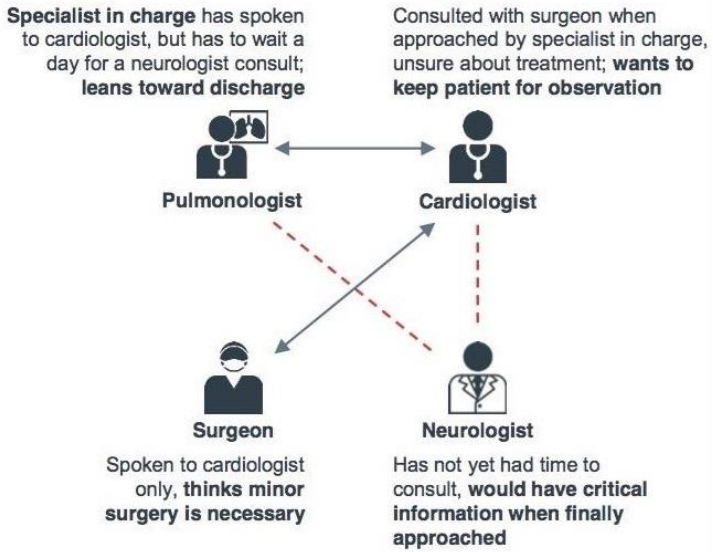




Fonte: The Advisory Board Company 2015

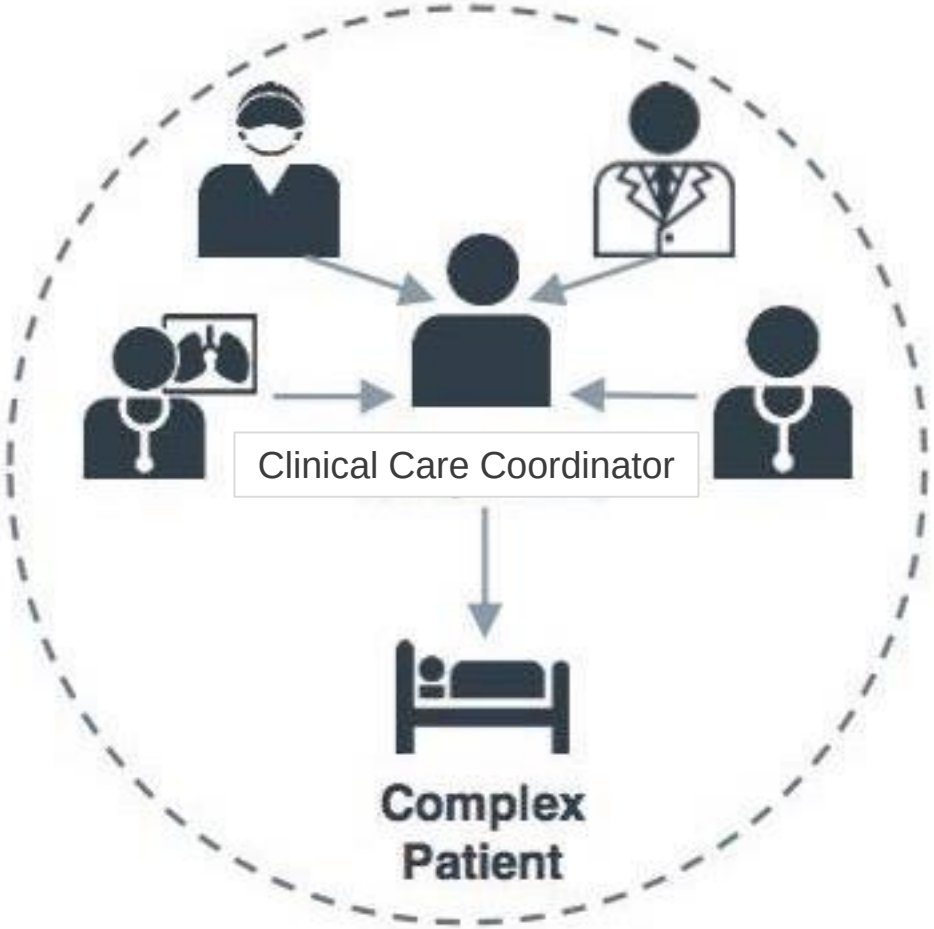
O NOVO "NORMAL" TEM SIDO A COMPLEXIDADE E A FRAGMENTAÇÃO





The Advisory Board Company 2015

A SOLUÇÃO, SEGUNDO *THE ADVISORY BOARD COMPANY* E TANTOS OUTROS

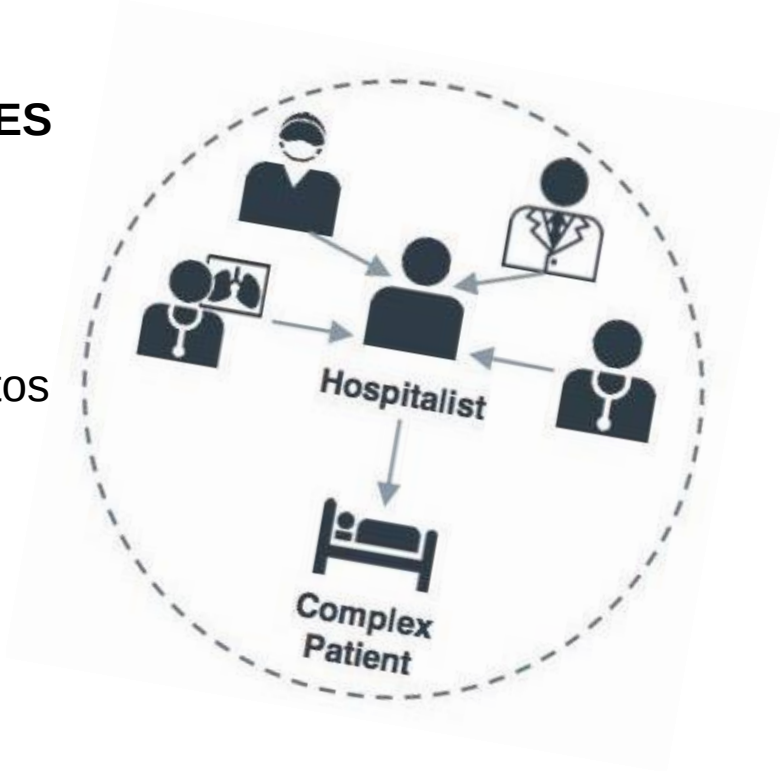


FRAGMENTAÇÃO

- Em um estudo clássico, pesquisadores descobriram que receber atendimento por médico estranho à equipe foi um preditor de complicações mais importante que a gravidade da doença do paciente.
  - *Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, et al. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? Ann Intern Med 1994;121:866-872*
- A atenuação dos problemas decorrentes poderia economizar $240 bilhões por ano nos EUA.
  - *Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary (2010)*

ALGUMAS INTERVENÇÕES INTRA-HOSPITALARES APLICÁVEIS

- **FORMAÇÃO DE [VERDADEIRAS] EQUIPES**
  - Treinamento CRM
- **COMBATE A TODA DESCONTINUIDADE EVITÁVEL**
  - Passa por modelos de vínculos/contratos escalas, privilégios...
- **COORDENAÇÃO DO CUIDADO**
  - QUEM É O SEU MÉDICO?
  - QUEM É A SUA ENFERMEIRA?

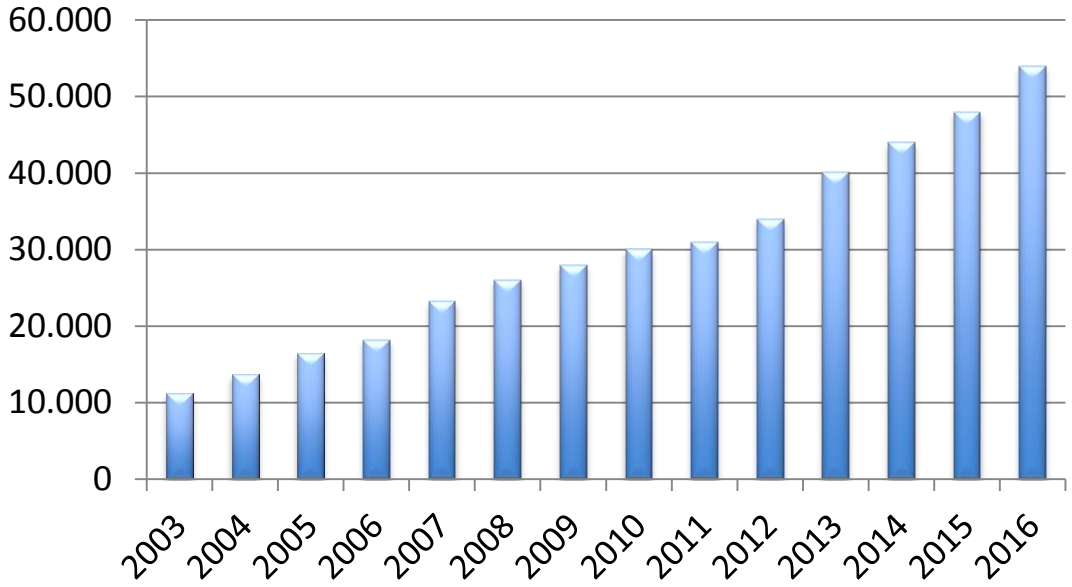


- **Round interdisciplinares estruturados**
- **Unidades geográficas**
- **Ferramentas de comunicação**
  - Teach back
  - Processo normatizado de passagem de plantões/turnos
  - Gestão da alta hospitalar

HOSPITALISTA

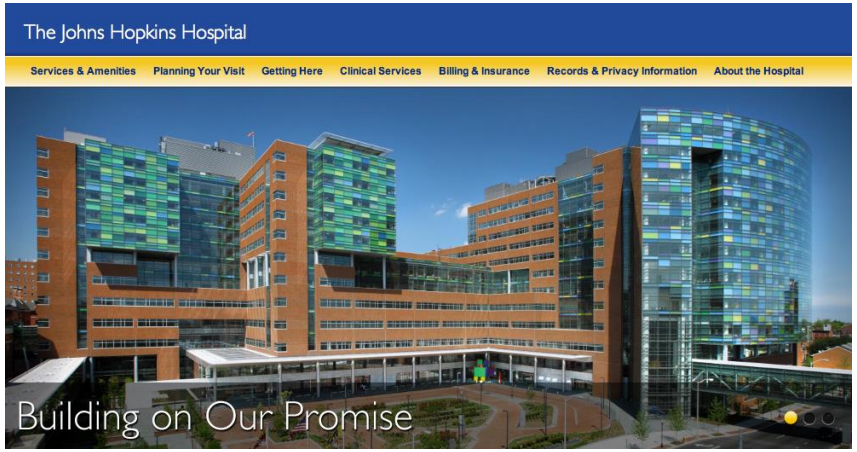
O conceito é de uma simplicidade incrível,
mas, antes de apresentá-lo, para aguçar interesse...

- Nos EUA, os médicos que passaram a atuar nele organizaram-se por sociedade de especialidade (*Society of Hospital Medicine*) e hoje representam a que mais rapidamente cresceu na história da medicina moderna:



Estão em praticamente todos os melhores hospitais norte-americanos…

Mayo Clinic Hospital, Saint Marys Campus



Brigham and Women's Hospital

Cleveland Clinic

Cincinnati Children's®

SOUNDING BOARD

The Emerging Role of "Hospitalists" in the American Health Care System

N Engl J Med 1996; 335:514-517 | August 15, 1996

This article has no abstract; the first 100 words appear below.

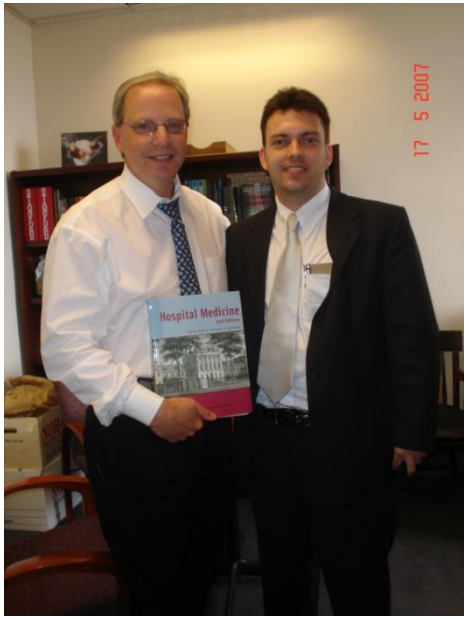
The explosive growth of managed care has led to an increased role for general internists and other primary care physicians in the American health care system. This change is welcome in many respects, since generalists have perennially been undervalued by health care institutions, payers, and even patients.[1,3] The greater prominence of generalism has led to an increase in the number of medical students who choose careers in primary care,[4] expanded job opportunities for generalists,[5] and a modest increase in the incomes of primary care physicians.[6]

Two of the principles underlying generalism, whether in the form of internal medicine, pediatrics, . . .

MEDIA IN THIS ARTICLE

ARTICLE ACTIVITY

83 articles have cited this article



O conceito é de uma simplicidade incrível...

- Não mais “passar visita” e ir fazer qualquer outra coisa;
- **Dedicação e envolvimento** com o hospital;
- **Generalismo**;
- **Coordenação** do cuidado hospitalar da admissão à alta;
- **Continuidade das/nas equipes** deve importar tanto quanto continuidade do cuidado

Diabolicamente difícil está sendo convencer algumas instituições a abandonar a maneira pela qual sempre trabalharam e se engajar na promoção da inovação.

Hospitalista não é...

- Plantão clínico (por melhor que seja);
- TRR (embora possa compor);
- Auxiliar administrativo (mas por que não se comportar como tal?);
- Assessor ou auditor da gerência de qualidade

Vantagens do hospitalista

- É mais fácil o gerenciamento do trabalho médico no modelo de MH (medir / avaliar / feedback);

- Melhor posicionamento médico para:
  - Trabalho em equipe
  - Envolvimento em qualidade e segurança
  - Colaboração na construção, implantação e aprimoramento de rotinas variadas, em parceria com comitês hospitalares multidisciplinares e subespecialidades médicas
  - Educação (dar e receber)

- Talvez a única maneira de formar um time assistencial de alto engajamento e alta performance.

Medicina Hospitalar Baseada em Evidências: Alguns Resultados Internacionais

- Evidências consistentes de redução de tempo de internação e custos (15% em média);
- Evidências consistentes de redução de custos ou aumento de giro sem comprometimento da qualidade (EFICIÊNCIA);
- Evidências de ganho de qualidade com redução de custos;
- Queda no número necessário de profissionais envolvidos no cuidado e de consultorias/pareceres;
- Aumento da satisfação de subespecialistas e equipe multiprofissional;
- Pacientes de um modo geral aceitam bem trocar disponibilidade do médico por familiaridade (ainda existe em nosso meio???).

O QUE É O HOSPITALISTA NA PRÁTICA?

HOSPITALISTAS NO HDP

Local: Porto Alegre/RS **Data da Fundação:** 31.05.1969 **Perfil:** Hospital Geral com atendimento clínico, cirúrgico, obstétrico, ambulatorial, emergência, centro clínico e de exames e serviços auxiliares de diagnóstico. **Estrutura:** 145 leitos de internação, 14 salas cirúrgicas, 35 leitos SR, 16 leitos CTI adulto, sala hemodinâmica, 10 leitos emergência, 3 salas pré parto e pós parto, 10 leitos SR obst., neonatologia com 6 leitos interm., 8 leitos UTI neonatal, RX, TC, MAMO, ECO, RM, DENSIT. URO, ENDOSCO. HEMOD. E ARCO em C. **Capacidade:** 63.510 **Ocupação média:** 86% **Alcance:** 33 munic. **Funcionários:** 1229 **Irmãs:** 15

- Começo do programa em janeiro de 2014 – informações até março de 2016
- Quadro funcional ao final do segundo ano:
  - 2 médicos em tempo integral no hospital durante o dia, de segundas à sexta-feiras
  - 3 médicos com dedicação de meio turno
- Áreas de atuação:
  - **Equipe clínica de pacientes próprios**
  - **Co-manejos**
    - **Neurocirurgia;**
    - **Reumatologia;**
    - Outras especialidades
  - Time de Resposta Rápida
  - Ambulatório pós-alta
  - Atividades não clínicas

Hospitalistas no HPD

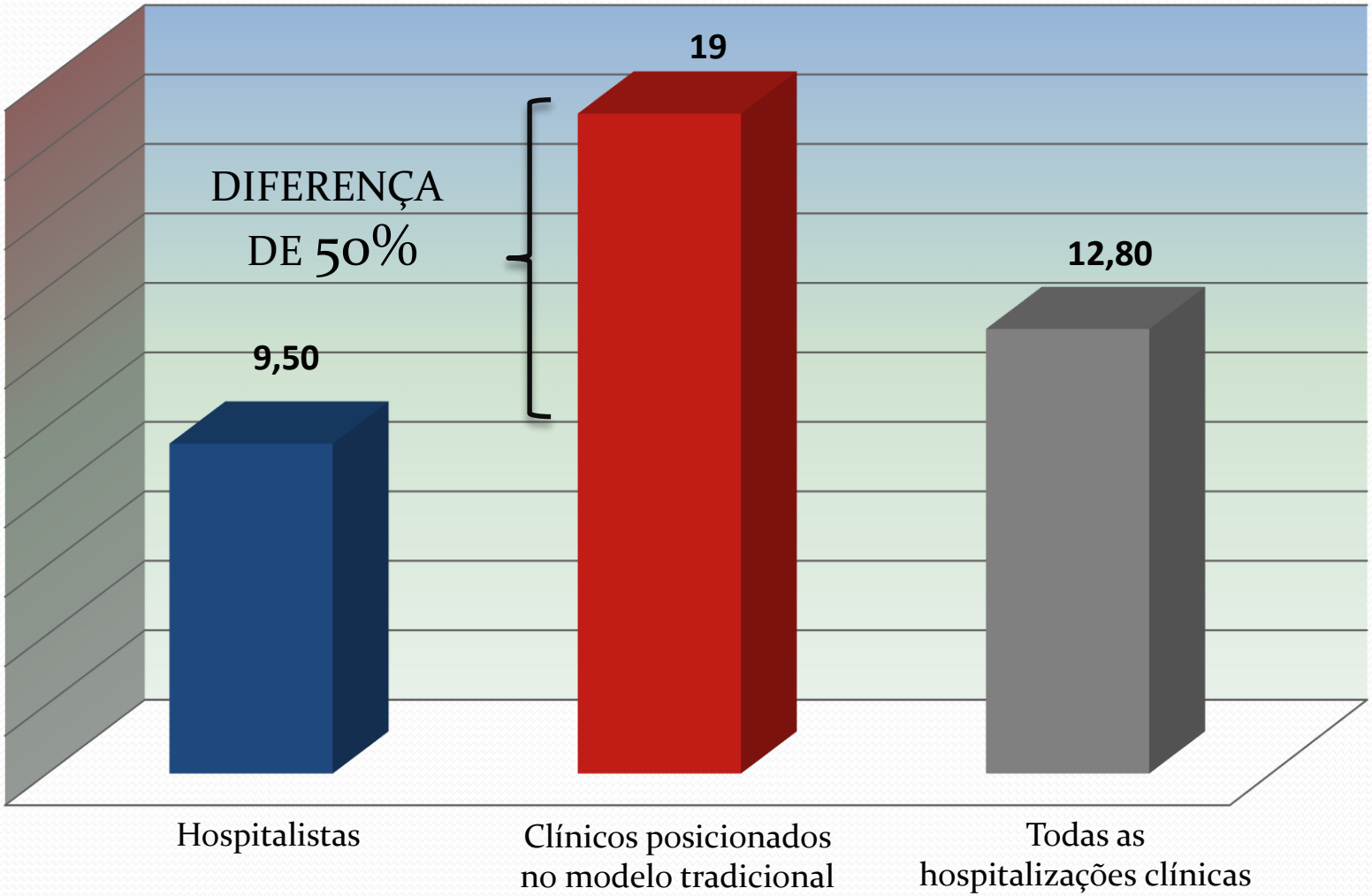
Gerenciamento de Pacientes Próprios

- 870 pacientes atendidos entre 2014-15
  - *Dados extraídos de Dashboard Intitucional em 04/01/2016*

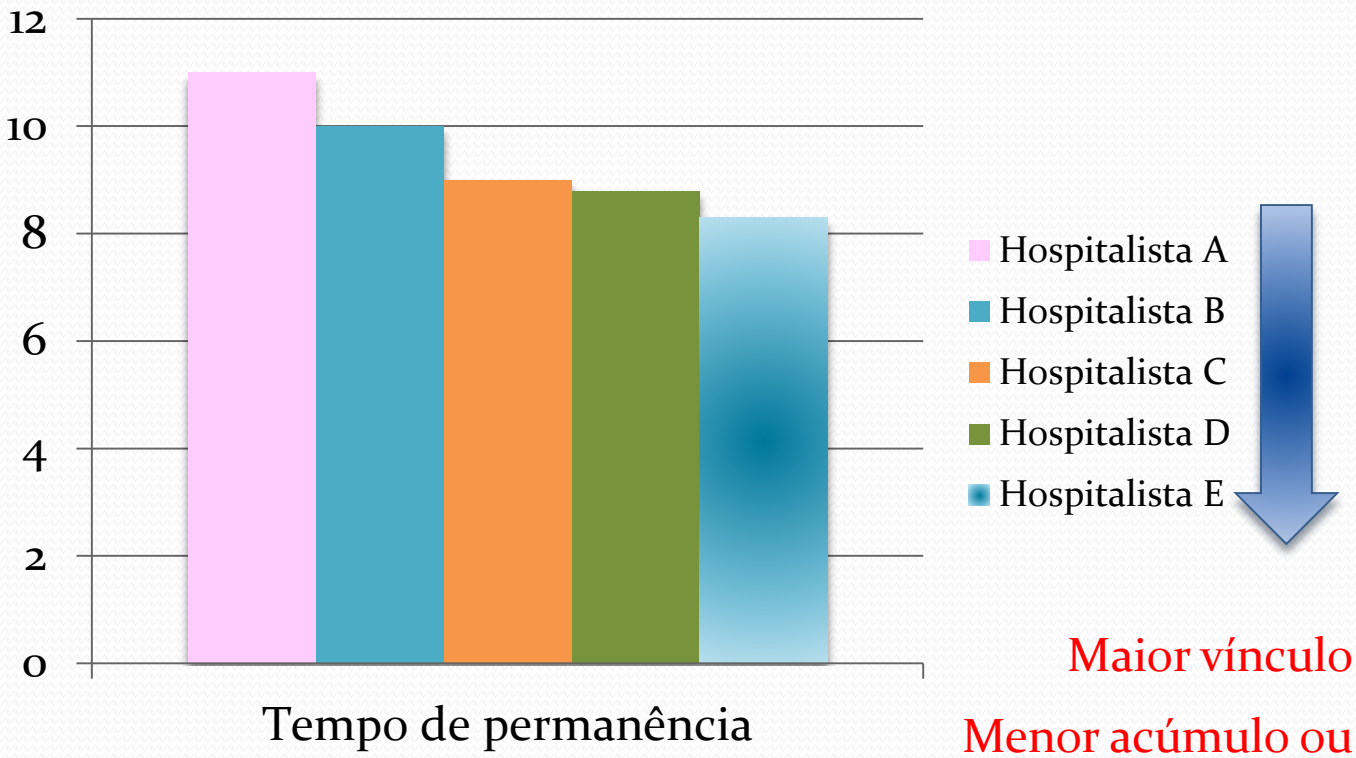
Tempo de Permanência Hospitalar (dias)

Medicina Hospitalar versus Modelo Tradicional 2014-2015

Dados extraídos de Dashboard Intitucional em 04/01/2016



Heterogeneidade intra-grupo favorece médicos com maior disponibilidade para o gerenciamento de pacientes próprios

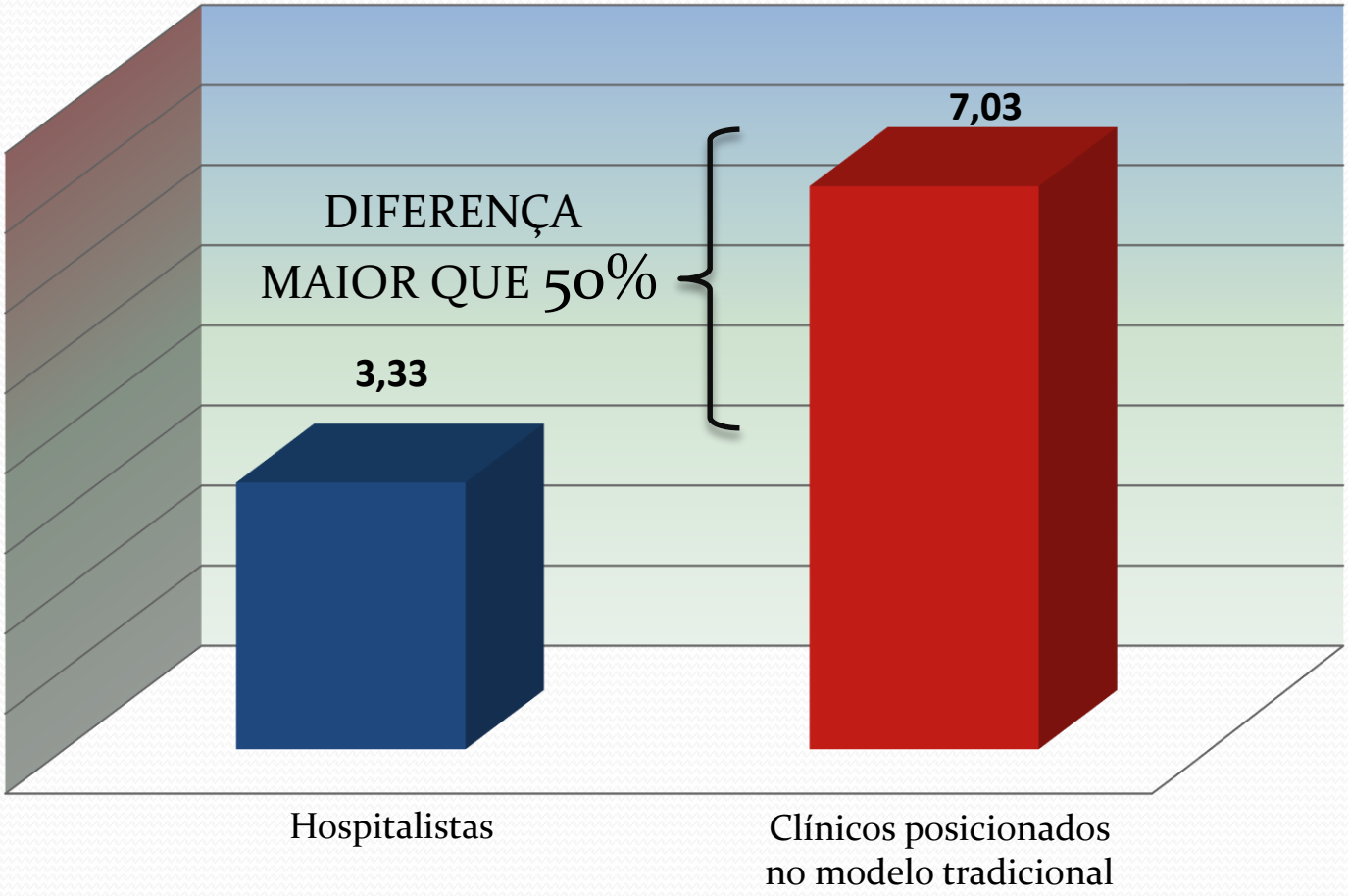


Maior vínculo institucional e/ou

Menor acúmulo ou duplicidade de funções

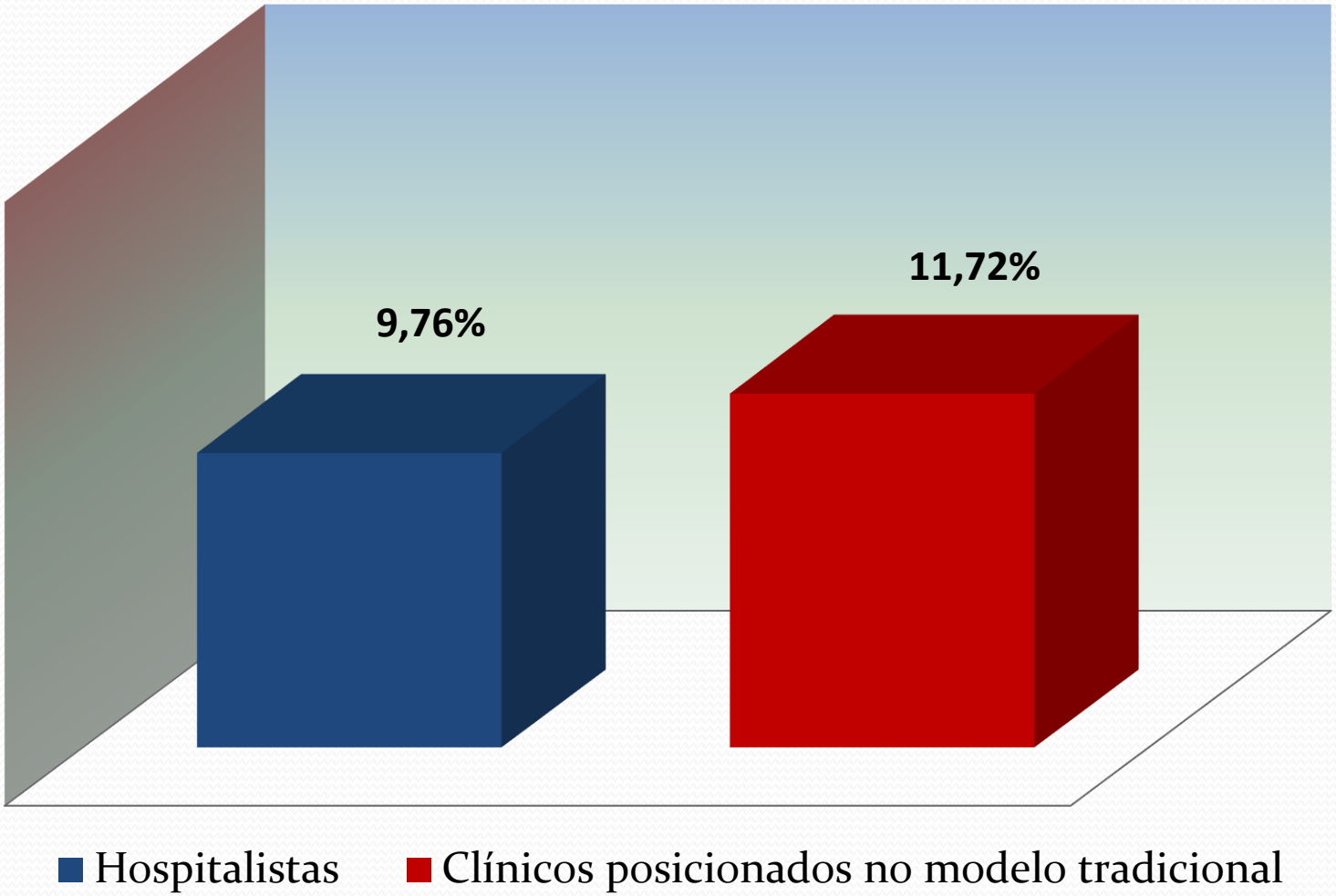
Readmissões em 30 dias

Medicina Hospitalar versus Modelo Tradicional 2014-2015

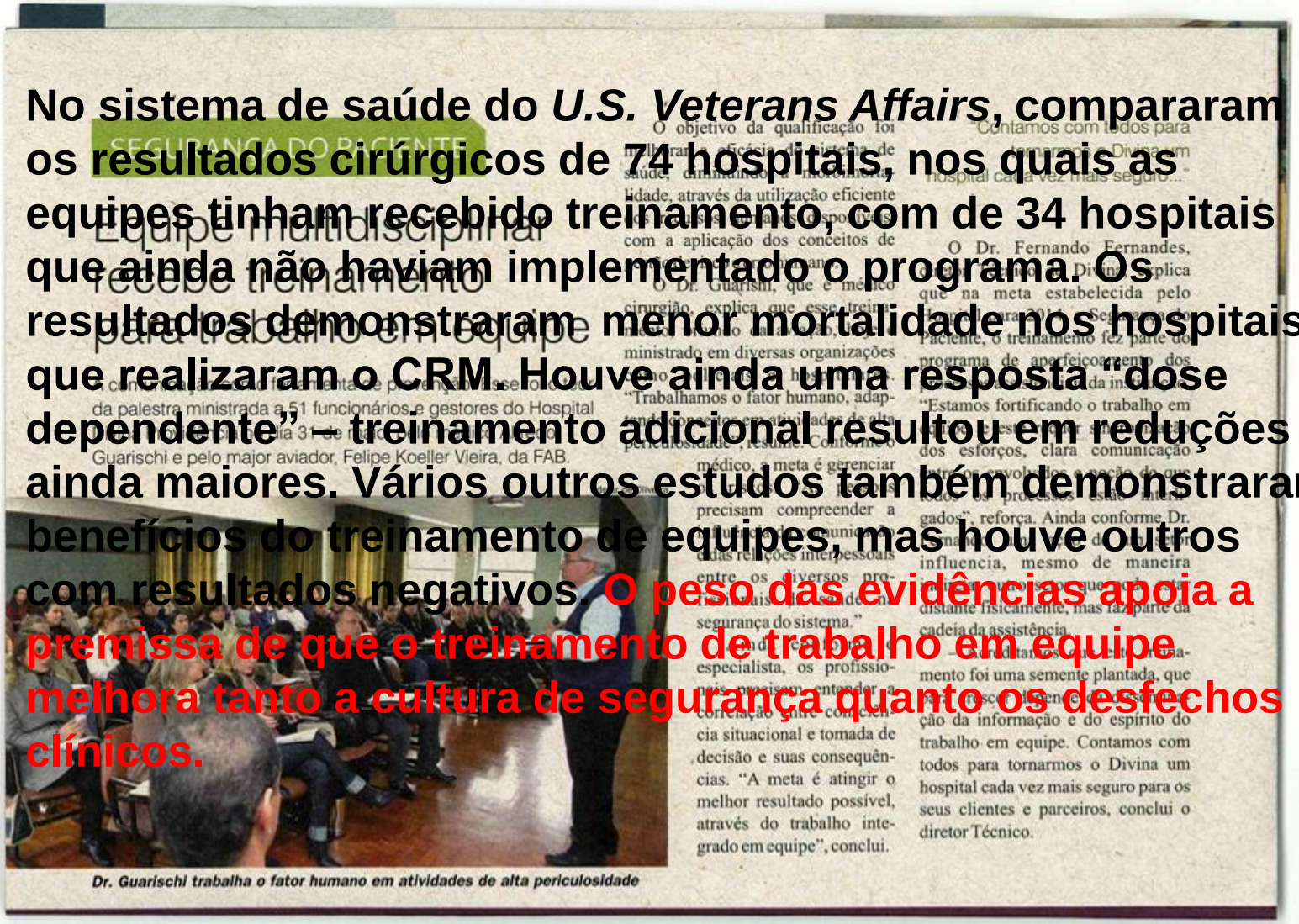


Mortalidade Hospitalar:

Medicina Hospitalar versus Modelo Tradicional 2014-2015



TREINAMENTO CRM



SEGURANÇA DO PACIENTE

Equipe multidisciplinar recebe treinamento para trabalho em equipe

da palestra ministrada a 51 funcionários e gestores do Hospital

Guarischi e pelo major aviador, Felipe Koeller Vieira, da FAB.

Dr. Guarischi trabalha o fator humano em atividades de alta periculosidade

O objetivo da qualificação foi

lidade, através da utilização eficiente

com a aplicação dos conceitos de

O Dr. Guarishi, que é médico

cirurgião, explica que esse treinamento

ministrado em diversas organizações

"Trabalhamos o fator humano, adap-

perfeitosidade", resume. Conforme o

médico, a meta é gerenciar

precisam compreender a

das relações interpessoais

entre os diversos pro-

fissionais

segurança do sistema."

especialista, os profissio-

nais precisam entender a

correlação entre consciên-

cia situacional e tomada de

decisão e suas consequên-

cias. "A meta é atingir o

melhor resultado possível,

através do trabalho inte-

grado em equipe", conclui.

Contamos com todos para

tornarmos o Divina um

hospital cada vez mais seguro...

O Dr. Fernando Fernandes,

explica

que na meta estabelecida pelo

Paciente, o treinamento fez parte do

programa de aperfeiçoamento dos

"Estamos fortificando o trabalho em

dos esforços, clara comunicação

gados", reforça. Ainda conforme Dr.

influencia, mesmo de maneira

distante fisicamente, mas faz parte da

cadeia da assistência.

mento foi uma semente plantada, que

ção da informação e do espírito do

trabalho em equipe. Contamos com

todos para tornarmos o Divina um

hospital cada vez mais seguro para os

seus clientes e parceiros, conclui o

diretor Técnico.

No sistema de saúde do *U.S. Veterans Affairs*, compararam os resultados cirúrgicos de 74 hospitais, nos quais as equipes tinham recebido treinamento, com de 34 hospitais que ainda não haviam implementado o programa. Os resultados demonstraram menor mortalidade nos hospitais que realizaram o CRM. Houve ainda uma resposta "dose dependente" – treinamento adicional resultou em reduções ainda maiores. Vários outros estudos também demonstraram benefícios do treinamento de equipes, mas houve outros com resultados negativos. O peso das evidências apoia a premissa de que o treinamento de trabalho em equipe melhora tanto a cultura de segurança quanto os desfechos clínicos.

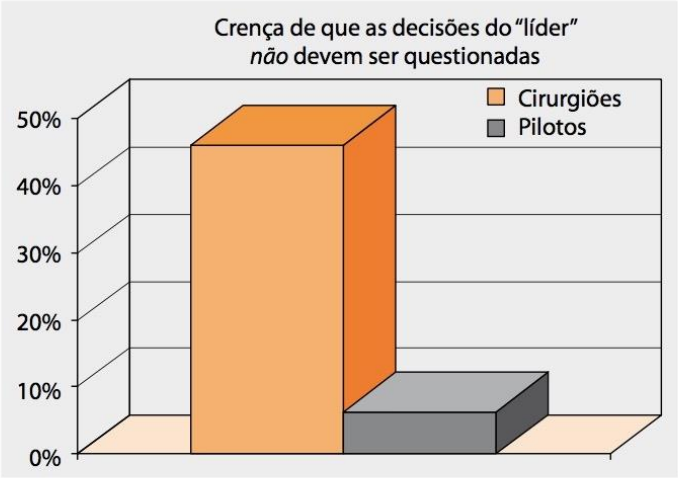
SAVING LIVES: A META-ANALYSIS OF TEAM TRAINING IN HEALTHCARE.

Journal of Applied Psychology, Jun 16 , 2016

- **Redução de mortalidade de 15%;**
- **Redução de erros associados aos cuidados em saúde de 19%;**
- **15% de aumento em satisfação do paciente;**
- **Menos de 1/5 dos submetidos ao treinamento manifestaram reações positivas à abordagem (maioria neutro)**

ESTRUTURA, HIERARQUIAS E GRADIENTES DE AUTORIDADE

- Todas as organizações precisam de estrutura e hierarquias para que não se transformam em um caos;
- Mas gradientes de autoridades muito grandes igualmente não servem.



Percentual de pilotos e cirurgiões que não receberiam bem o questionamento de um subordinado. (Reproduzida com permissão de Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745–749.)

FERRAMENTA SBAR DE COMUNICAÇÃO

Originalmente, foi desenvolvida pela marinha nos EUA para ser usada em submarinos nucleares. Mais recentemente, tem sido usada com sucesso na saúde, sendo de fácil aplicação com bom treinamento.

Na maioria dos programas de treinamento, o foco é a enfermagem a fim de estruturar a comunicação com os médicos, de forma a capturar atenção e gerar ações apropriadas. A necessidade para o treinamento surgiu a partir do reconhecimento de que muitos enfermeiros têm sido educados para relatar histórias, enquanto os médicos têm sido treinados para pensar e, também, processar informações objetivas.

A seguir, apresentamos um exemplo de caso adaptado do livro *Understanding Patient Safety* (Wachter 2012).

No modo tradicional, a enfermeira Joana Silva (nome hipotético) se comunicaria com o médico da seguinte forma:

– Olá, doutor. O sr. João está tendo uma dor. Ele estava caminhando pelo corredor, depois de se alimentar bem no jantar. Ele estava um pouco sudorético quando teve a dor, mas lhe dei todos os seus medicamentos, incluindo a insulina e o antibiótico. Ele foi submetido à cirurgia hoje, mais cedo.

Após o treinamento SBAR, a mesma enfermeira diria:

– Sou Joana Silva, enfermeira da enfermaria do 7º andar e estou acompanhando o seu paciente, o sr. João dos Santos. Ele teve uma dor torácica de grau 8, em uma escala de 10, há cerca de cinco minutos, associada à dificuldade respiratória, sudorese e palpitações (**Situação**).

É um homem de 68 anos, sem história prévia de doença cardíaca, que sofreu, ontem, uma resseção abdominoperineal sem complicações (**História prévia**).

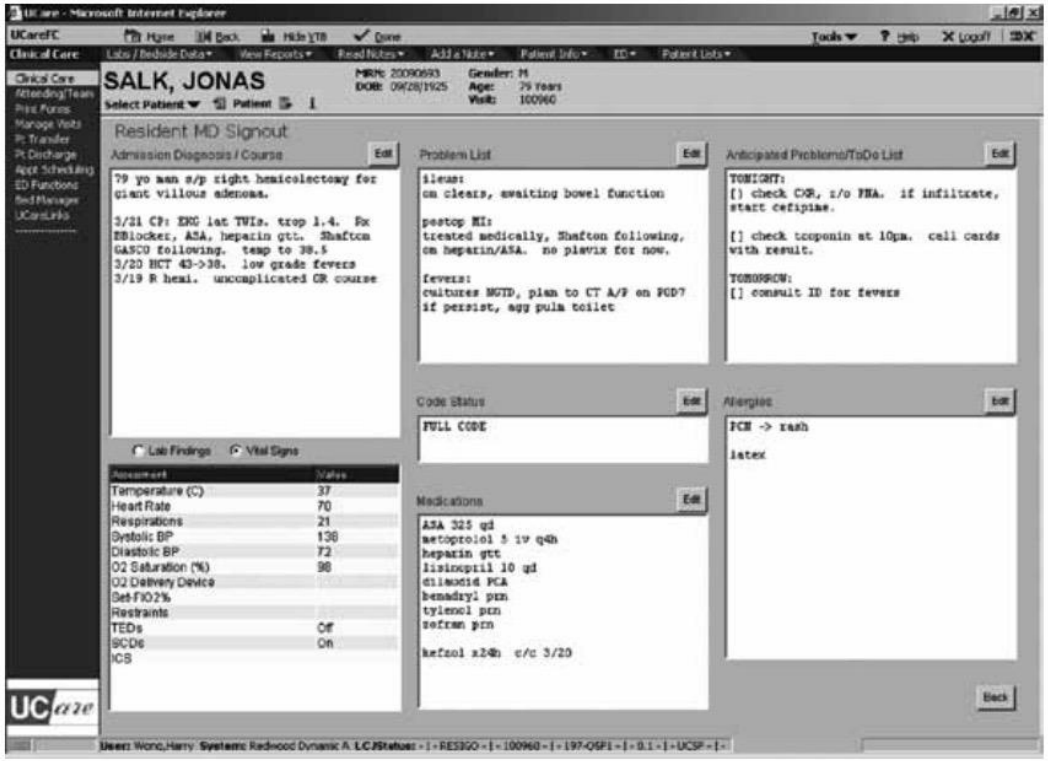
Minha preocupação é que ele possa estar tendo uma isquemia cardíaca ou uma tromboembolia pulmonar (**Avaliação**).

Seria muito importante se você pudesse estar aqui dentro dos próximos cinco minutos (**Recomendação**).

TEACH BACK

YouTube BR
Enviar vídeos
GUIA
MAIS DE
Medicina Hospitalar
3:24 / 12:37
Analytics
Gerenciador de vídeos
Transitions of care and patient education
gbbarcellos · 21 vídeos
Configurações do canal
85 exibições
0
0
Gostei
Sobre
Compartilhar
Adicionar a
Publicado em 15/06/2012
Sunil Kripalani, MD, MSc, SFHM, is Associate Professor, Chief of the Section of Hospital Medicine, and Associate Director of the Effective Health Communication Program in the Division of General
Mostrar mais

PROCESSO NORMATIZADO DE PASSAGEM DE PLANTÃO/TURNOS



- "Synopsis" – o módulo de transmissão de informações do centro médico da UCSF acoplado a um prontuário eletrônico do paciente.

I-PASS

BETTER HANDOFFS. SAFER CARE.

I	Illness Severity	• Stable, "watcher," unstable
P	Patient Summary	• Summary statement • Events leading up to admission • Hospital course • Ongoing assessment • Plan
A	Action List	• To do list • Time line and ownership
S	Situation Awareness and Contingency Planning	• Know what's going on • Plan for what might happen
S	Synthesis by Receiver	• Receiver summarizes what was heard • Asks questions • Restates key action/to do items

N Engl J Med 371:1803-1812
November 6, 2014

Foram capazes de demonstrar redução de 23% em eventos adversos.

Muito além da ferramenta à esquerda, que representa um mnemônico auxiliar às passagens de casos orais e escritas, a iniciativa contou com incorporação de conteúdos teóricos relacionados ao assunto Comunicação no currículo formal daqueles em treinamento nas organizações envolvidas, capacitações inclusive dos instrutores, mecanismos de *feedbacks*, além de pesada campanha institucional para melhor aproveitamento e sustentabilidade do programa.

ROUNDS INSTERDISCIPLINARES ESTRUTURADOS

Goal Clarity & Role Clarity

Daily Goals Checklist

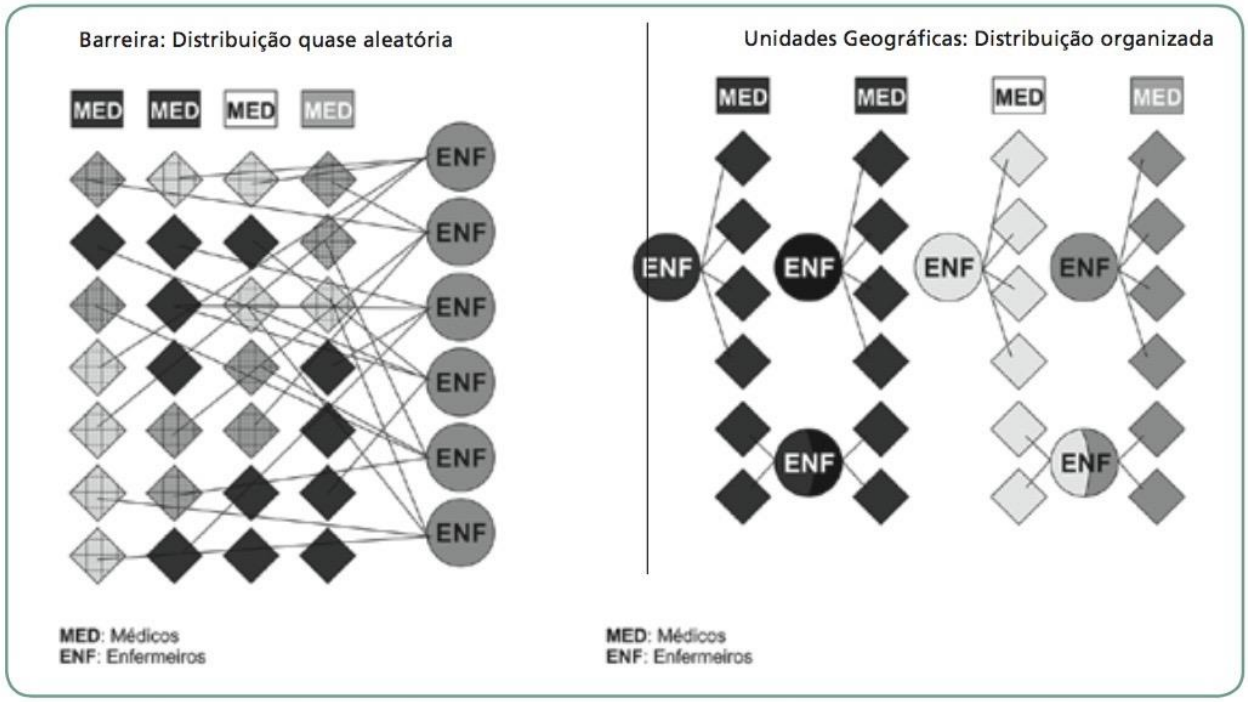
Physician Action		Patient Personal Goals for Day	Nurse Action	NT
Physician Action		Patient Satisfaction	Nurse Action	NT
Physician Order		Pain Control*	Nurse Action	NT
Physician Order		Remove Central Line*	Nurse Action	
Physician Order		Remove Foley*	Nurse Action	
		Prevent Aspiration*	Nurse Action	NT
Physician Order		Prevent VTE*	Nurse Action	
		Prevent Wound Progression *	Nurse Action	NT
		Prevent Fall*	Nurse Action	NT
Physician Order		Prevent Hypo/Hyperglycemia*	Nurse Action	
Physician Order		Wean 02	Nurse Action	
Physician Order		D/C Telemetry	Nurse Action	
Physician Action		Document Diagnoses (CDI)		
Physician Order		Perform Core Measures	Nurse Action	
PT/OT	TM Order	Discharge Level of Care	Social Work Action	
PT/OT	TM Order	Discharge Needs	Social Work Action	
		Discharge Appointment(s)	TM Action	
		Prevent Readmission*	TM Action	

* = best-practice protocol readily available to guide decisions or action

Resultados dos *rounds*	melhorar processos específicos (como adequação de caterização vesical, aderência a práticas baseadas em evidência);
	favorecer melhores desfechos doença-específicos (como redução de pneumonia associada a ventilação mecânica);
	melhorar a comunicação e colaboração entre os membros da equipe;
	diminuir o tempo médio de internação;
	reduzir os eventos adversos evitáveis; e
	diminuir a taxa de mortalidade global.

UNIDADES GEOGRÁFICAS

Figura 2 – Esquema de unidades geográficas



Nota: À esquerda, um modelo tradicional em que os pacientes são distribuídos entre médicos, sem uma lógica. Nesse modelo, um médico pode ficar com um paciente em cada andar (leia-se cada andar com uma enfermeira, uma secretária, e assim por diante). No modelo da direita, temos a representação de uma unidade geográfica em que se concentram o máximo possível de pacientes em uma área com limites geográficos definidos e para uma equipe mais coesa.

ALTA HOSPITALAR: UM PROCESSO CRÍTICO

Problemas e eventos adversos tornam-se comuns

- 1 a cada 2 pacientes são vítimas de erros associados aos cuidados em saúde
- 1 a cada 5 sofrem eventos adversos
- Metade dos eventos adversos é evitável
- O impacto de readmissões é imenso

Estudo de Jencks e colaboradores, NEJM 2009

20% dos pacientes do Medicare readmitidos dentro de um mês após a alta e um terço retorna dentro de 90 dias

Estimaram o custo das readmissões evitáveis em 17 bilhões de dólares!

Tese de doutorado de Marizélia Leão de Moreira – USP 2010

Analisadas 12.878.422 internações; a proporção de readmissões foi de 19,8%. **Quanto leitos abriríamos reduzindo 5%? Viabilizando ainda melhor utilização das já superlotadas salas de emergência dos hospitais, porta de entrada do sistema brasileiro!**

TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO NA ALTA HOSPITALAR É UM PROCESSO FALHO (ATÉ MESMO EM BOSTON)

Revisadas 1501 altas de 5 hospitais

Dados importantes faltaram nos sumários:

- Exame físico na admissão (11.4%)
- Condição na alta (14.2%)
- Lista de medicações pré-admissão (20.3%)
- Razões para alterações nas medicações (35.3%)
- Lembrete de teste com resultado pendente (47.2%)
- Planejamento do follow up (11.1%)

Gandara E, et al. J Hosp Med 2009

INTERVENÇÕES POSSÍVEIS

Antes da alta

- Educação do paciente
- Planejamento precoce da alta

Depois da alta

- Follow-up adequado
- Telefone pós-alta
- Visita domicilar

Fazendo a ponte

- Continuidade do médico
- Intruções adequadas para a alta hospitalar
- Gerente de transição

Hansen LO, et al. Ann Intern Med 2011

PROJETO RED (REENGINEERED DISCHARGE)

Desenvolvido por uma equipe da Boston University

Resumo do Protocolo:

- Aconselhamento intensivo pré-alta
  - *Nurse Discharge Advocate*: educação do paciente, reconciliação medicamentosa, agendamento de follow-up
- Uma nota de alta personalisada
- Um telefonema por farmacêutico precoce pós alta (2-4 dias)
- Uma consulta de seguimento em tempo adequado

** Trazer essa planilha em todas as consultas **

BOSTON MEDICAL CENTER

RED

Plano de alta para:

John Doe

Data da alta hospitalar: 20 de outubro de 2006

Dúvidas ou problemas sobre esse pacote? Contate seu gerente da alta – (617) 444-1111

Problemas graves de saúde? Contate Dr. Brian Jack – (617) 444-2222

© Copyright 2006 by Boston Medical Center Corporation

TODOS OS DIAS seguir esse cronograma:

RED

MEDICAMENTOS

Em qual horário tomo o remédio?	Por que estou tomando esse remédio?	Nome e dose do remédio	Quanto eu tomo?	Como eu tomo?
Manhã	Pressão	PROCARDIA XL NIFEDIPINA 90 mg	1 comprimido	Via oral
	Pressão	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg	1 comprimido	Via oral
	Pressão	CLONIDINA HCI 0,1 mg	3 comprimidos	Via oral
	Colesterol	LIPITOR ATORVASTATINA CÁLCICA 20 mg	1 comprimido	Via oral
	Estômago	PROTONIX PANTOPRAZOL SÓDICO 40 mg	1 comprimido	Via oral

© Copyright 2006 by Boston Medical Center Corporation

RESULTADOS DO PROJETO RED

	Intervention (n = 370)	Control (n = 368)
ER Visits*	16.5%	24.5%
Rehospitalization**	15%	21%

*$p < 0.05$

**$p = 0.09$

Jack BW, et al. Ann Intern Med 2009

project BOOST

Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions

Estudo avaliando o BOOST em 11 hospitais norte-americanos encontrou redução média de readmissões em 30 dias de 13.6%

Article first published online:

22 JUL 2013

Lista de verificação universal para a alta de pacientes			Iniciais
1. Avaliação completada	SIM ☐	NÃO ☐	_____
2. Medicações reconciliadas com a lista pré-admissão	SIM ☐	NÃO ☐	_____
3. Uso de medicações/efeitos adversos revisados usando o "teach back"* com pacientes/cuidadores	SIM ☐	NÃO ☐	_____
4. "Teach back" usado para confirmar se paciente/cuidador entenderam a doença, prognóstico e necessidades de autocuidado	SIM ☐	NÃO ☐	_____
5. Plano de ação para manejo de sintomas/efeitos adversos/ complicações que necessitem atenção médica estabelecido e compartilhado com paciente/cuidador usando o "teach back"	SIM ☐	NÃO ☐	_____
6. Plano de alta (incluindo materiais educacionais/lista de medicações com razões para o uso e destaques para medicações novas/com alterações/descontinuadas, planos de seguimento) ensinado e fornecido ao paciente/cuidador na alta	SIM ☐	NÃO ☐	_____
7. Comunicação de alta fornecida ao cuidador principal	SIM ☐	NÃO ☐	_____
8. Recebimento documentado das informações de alta do cuidador principal	SIM ☐	NÃO ☐	_____
9. Seguimento ambulatorial do paciente organizado junto ao cuidador principal	SIM ☐	NÃO ☐	_____
Para pacientes de alto risco, considere	Não aplicável ☐		
1. *Rounds* multidisciplinares face a face antes da alta	SIM ☐	NÃO ☐	_____
2. Comunicação direta com o cuidador principal *antes* da alta	SIM ☐	NÃO ☐	_____
3. Contato telefônico com paciente/cuidador dentro de 72 horas pós-alta para verificar a situação, compreensão do plano de alta e aderência, e para reforçar o seguimento	SIM ☐	NÃO ☐	_____
4. Consulta de seguimento com o cuidador principal dentro de 7 dias após a alta	SIM ☐	NÃO ☐	_____
5. Informações por contato direto do hospital com familiares sobre a situação do paciente para o próprio paciente ou cuidador e sobre questões/dúvidas *se não for possível chegar ao cuidador principal* até a primeira consulta de seguimento	SIM ☐	NÃO ☐	_____

Confirmado por: _____ (Assinatura) _____ (Nome por extenso) ____/____/____ (Data)

gbbarcellos@medicinahospitalar.com.br