

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Silvia Helena Valente

Enfermeira, Doutora em Ciências - Enfermagem em Saúde Pública, EERP - USP
Pesquisadora no GAAPS - Grupo de Altos Estudos de Avaliação de processos e práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem
Consultora em Gestão de Serviços de Saúde e Redes de Atenção à Saúde

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

O QUE É TRANSIÇÃO DO CUIDADO (TC)?

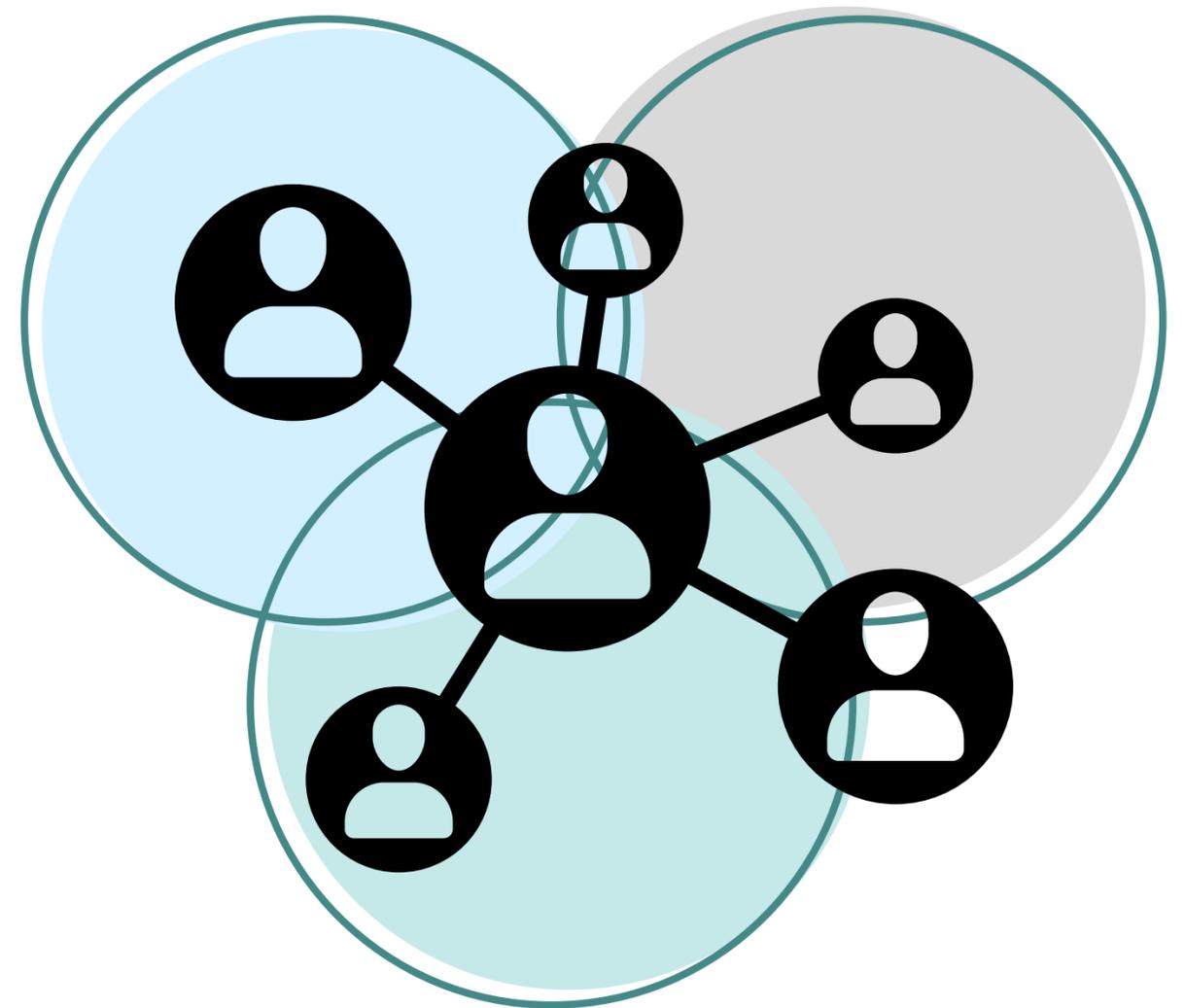
Um **conjunto de ações** destinadas a garantir a **continuidade dos cuidados** quando os **pacientes** experimentam uma **mudança no estado de saúde**, apresentam **novas necessidades** relacionadas à assistência, ou ocorre o **engajamento de novos prestadores de cuidados**, ou **mudança de serviços de saúde**.



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

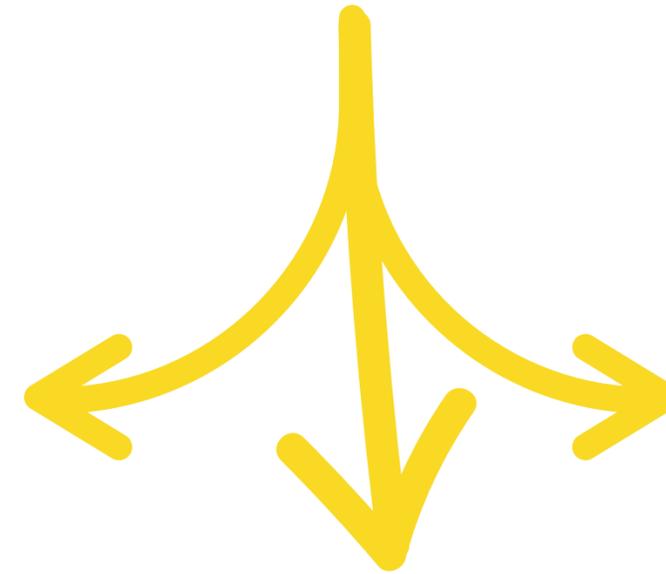
O QUE É TRANSIÇÃO DO CUIDADO (TC)?

Acha-se fundamentada em um **plano abrangente de cuidados**, que inclui **arranjos logísticos, comunicação, educação** do paciente e/ou cuidadores e **coordenação do cuidado** entre profissionais e serviços de saúde.



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

FALHAS NAS TRANSIÇÕES DO CUIDADO



Entre Profissionais e Equipes, no mesmo setor

- ✓ Turnos de trabalho
- ✓ Equipe Multidisciplinar
- ✓ Entre equipes, de diferentes hierarquias

Entre setores, na mesma instituição

- ✓ RPA - Clínica Cirúrgica
- ✓ UTI - Clínica Médica

Na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

- ✓ UPA - Hospital
- ✓ Hospital - Atenção Primária à Saúde

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

FALHAS NAS TRANSIÇÕES DO CUIDADO

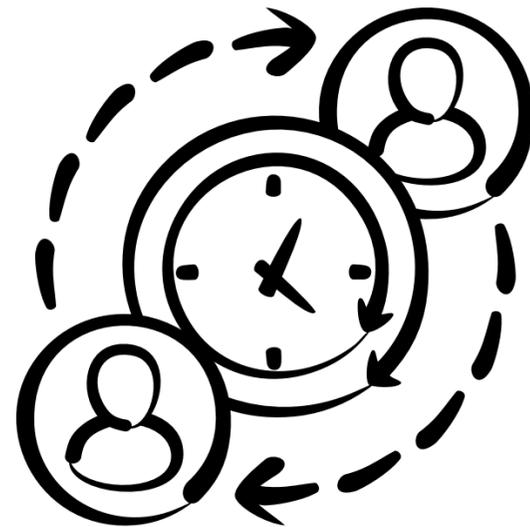
Falhas de Comunicação



- ✓ Com o paciente
- ✓ Entre profissionais;
- ✓ Entre processos;
- ✓ Entre turnos;
- ✓ Entre instituições de saúde;
- ✓ Organização com o contexto externo;
- ✓ Alta Hospitalar.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

A passagem de plantão (Handover) e de caso (Handoff) envolvem risco para segurança do paciente



Podem ocorrer possíveis lacunas na comunicação entre os profissionais de saúde e assim prejudicar a continuidade do cuidado

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Passagem de plantão (Handover)

Transferência de responsabilidade dos cuidados entre profissionais de saúde e na transferência de informações sobre alguns ou todos os aspectos relacionados a assistência de um ou mais paciente, de forma temporária ou permanente.

“É uma prática ancestral nos cuidados, entretanto tem-se verificado uma fragmentação na prestação dos cuidados de saúde. Esta fragmentação está intimamente relacionada com as falhas na transferência de informações entre processos.”

(Azevedo & Sousa, 2012)

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Passagem de caso (Handoff)

Troca de informações que ocorre quando um novo profissional assume controle ou assume a responsabilidade de um paciente. O foco é fornecer informações que irá permitir maior eficácia e segurança das ações pela receptora.

“Handoff mal executados estão relacionados a 28% dos erros em cirurgias e 20% dos eventos de má prática médica em setores de internação”.

(HSO/Qmentum, 2018)

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

A alta hospitalar é um processo de liberação de um paciente de um hospital, após um período de internação.



Embora seja um momento esperado e positivo para o paciente, pode apresentar alguns desafios e problemas.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Alta Hospitalar

Prevenção de eventos adversos após a alta hospitalar requer uma abordagem organizada e multidisciplinar.

“As transições de cuidados relacionadas a alta hospitalar estão associadas a altos riscos de eventos adversos, como complicações medicamentosas ou infecções nosocomiais que afetam aproximadamente 20% dos pacientes.”

(Marsall, M., Hornung, T., Bäuerle, A. et al, 2024)

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

QUAIS OS PROBLEMAS QUANDO HÁ FALHAS NAS TRANSIÇÕES DO CUIDADO?

- Aumento da mortalidade e morbidade (lesão temporária, ou, permanente, ou, incapacidade);
- Atrasos no recebimento do tratamento adequado;
- Atendimentos complementares de atenção primária ou serviços de emergência;
- Exames adicionais, duplicados ou perdidos durante o acompanhamento;
- Dor, sofrimento emocional e físico;
- Insatisfação do paciente, cuidadores, familiares e profissionais envolvidos na coordenação do cuidado (prejuízo na experiência do paciente);
- Readmissões evitáveis no hospital;
- Maior custo para o Sistema de Saúde.



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

QUEM SOFRE MAIS COM AS FALHAS NAS TRANSIÇÕES DO CUIDADO

VULNERABILIDADE X TRANSIÇÃO DO CUIDADO



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MICHELE ELISA WESCHENFELDER HERVÉ

ASSOCIAÇÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO COM EVENTOS ADVERSOS APÓS
A ALTA DE UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA



Objetivo: Analisar a associação entre a ocorrência de eventos adversos em 72 horas e as práticas de transição do cuidado na alta do Centro de Terapia Intensiva (CTI) para unidades de internação clínicas ou cirúrgicas, de um hospital universitário de Porto Alegre.

Resultados: Dos 334 pacientes acompanhados, 28,7% apresentaram algum evento adverso, nas primeiras 72 horas, sendo que 17,4% necessitaram de atendimento do TRR, 10,2% sofreram remoção acidental de dispositivo invasivo, 5,7% foram readmitidos ao CTI. A taxa de mortalidade hospitalar foi de 10,5% e 14,4% dos pacientes foram readmitidos em qualquer período após a alta do CTI.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Artigo Original

Transição do cuidado de pessoas idosas do hospital para casa

Care transition of older adults from hospital to home

Transición del cuidado de adultos mayores del hospital a su casa

Marina Tomazela¹ <https://orcid.org/0000-0001-8416-2901>

Silvia Helena Valente¹ <https://orcid.org/0000-0002-3593-9590>

Maria Alice Dias da Silva Lima¹ <https://orcid.org/0000-0002-3490-7335>

Alexandre Fávero Bulgarelli¹ <https://orcid.org/0000-0002-7110-251X>

Luciana Aparecida Fabríz¹ <https://orcid.org/0000-0001-7833-0127>

Fabiana Costa Machado Zacharias¹ <https://orcid.org/0000-0003-1150-6114>

Ione Carvalho Pinto¹ <https://orcid.org/0000-0001-7541-5591>



Objetivo: Analisar a qualidade da Transição do Cuidado de idosos que receberam alta do hospital para casa.

Conclusão: Evidenciou-se a qualidade da Transição do Cuidado no hospital, próxima do valor considerado satisfatório, sendo dois dos quatro fatores com pontuação maior que 70; entretanto há necessidade de adoção de estratégias para melhorar o processo de alta do hospital para casa, principalmente, no que se refere a preferências asseguradas e plano de cuidado dos idosos.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO



Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2024;27:e230194

Percepções de pessoas idosas internadas acerca da transição do cuidado do hospital para casa

Perceptions of hospitalized older adults regarding the transition of care from hospital to home

Artigos Originais

1 de 11

Silvia Helena Valente¹ 
Fabiana Costa Machado Zacharias¹ 
Luciano Aparecida Fabriz² 
Tatiele Estefâni Schönholzer³ 
Denise Ferro¹ 
Ione Carvalho Pinto¹ 



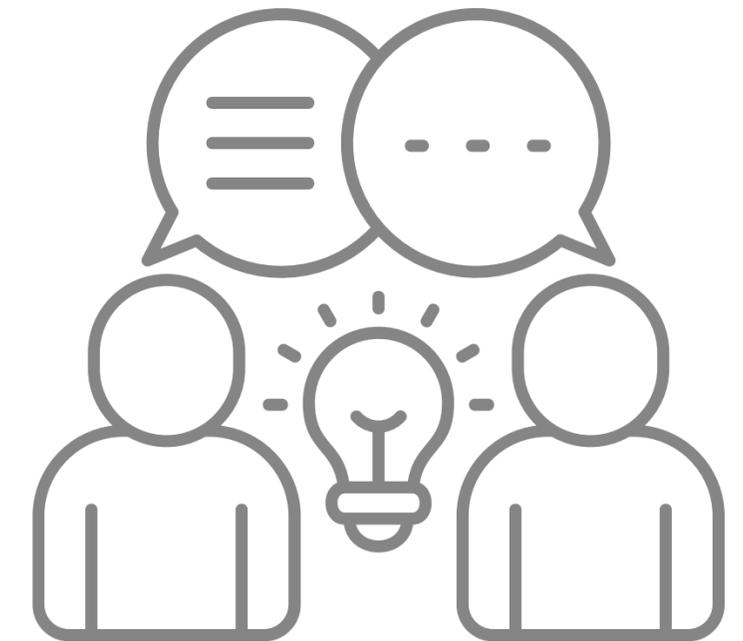
Objetivo: analisar as percepções de pessoas idosas internadas acerca da transição do cuidado do hospital para casa.

Conclusão: faz-se necessário a organização do plano de cuidados durante a internação por meio de reconciliação medicamentosa, preparo para os cuidados domiciliares, presença da família durante a internação e reconhecimento da Atenção Primária à Saúde na continuidade do cuidado.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

COMO REALIZAR TRANSIÇÕES SEGURAS DO CUIDADO?

Uma coisa é falar para os profissionais de saúde que eles precisam comunicar, outra é instrumentá-los para que façam de forma organizada e produtiva.



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

FERRAMENTAS PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO



SBAR



CUS



IDRAW



SHARE



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

SBAR

Ferramenta de comunicação estruturada, amplamente utilizada na área da saúde, especialmente em momentos de transição de cuidados, como a passagem de plantão ou a transferência de um paciente para outro setor.

-  **S-Situation (Situação):** identificar o paciente, motivo da internação e/ou procedimento;
-  **B-Background (Histórico):** informar história, medicamentos em uso, alergias e exames;
-  **A-Assessment (Avaliação):** informar os sinais vitais, impressões clínicas, alterações no exame físico, presença de dispositivos e preocupações;
-  **R-Recommendations (Recomendação):** indicar exames, cuidados específicos e outras questões.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

CUS

Ferramenta de comunicação desenvolvida para ajudar os profissionais de saúde a expressar suas preocupações de forma clara e assertiva, especialmente em situações que envolvem a segurança do paciente.

- C - Concerned:** Preocupado ("Estou preocupado com... explique a sua preocupação")
- U - Uncomfortable:** Incomodado ("Estou incomodado porque... explique o que te incomoda na situação")
- S - Safety:** Segurança (Acredito que isso pode representar um risco para a segurança do paciente, pois... explique como a situação pode comprometer a segurança).

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

IDRAW

Ferramenta de comunicação estruturada, similar ao SBAR, que visa melhorar a qualidade e a segurança da comunicação entre profissionais de saúde, especialmente durante a transferência de cuidados entre diferentes instituições ou setores.

- ✓ **I- Identity:** Identificação clara do paciente e do profissional que está transmitindo as informações.
- ✓ **D- Diagnosis :** Descrição concisa do diagnóstico principal e dos problemas clínicos atuais do paciente.
- ✓ **R- Recent Changes:** Informações sobre quaisquer mudanças recentes no estado de saúde do paciente, como resultados de exames, medicamentos iniciados ou suspensos, e sinais vitais.
- ✓ **A- Anticipation of Changes:** Previsões sobre possíveis mudanças no estado de saúde do paciente nas próximas horas ou dias, e quais cuidados devem ser tomados.
- ✓ **W- What else should I be worried about?** Com o que mais eu deveria me preocupar?

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

SHARE

-  **S - Standardize critical content:** Assegurar que informações essenciais sobre o paciente sejam consistentemente incluídas durante a transferência.
-  **H - Hardwire within your system:** Incorporar processos de comunicação estruturados nos sistemas e rotinas da instituição.
-  **A- Allow opportunity to ask questions:** Criar um ambiente onde perguntas e esclarecimentos sejam encorajados e valorizados.
-  **R - Reinforce quality and measurement:** Monitorar e avaliar a efetividade da comunicação, implementando melhorias baseadas nos resultados.
-  **E - Educate and coach:** Fornecer treinamento contínuo aos profissionais envolvidos em handoffs para aprimorar suas habilidades de comunicação.

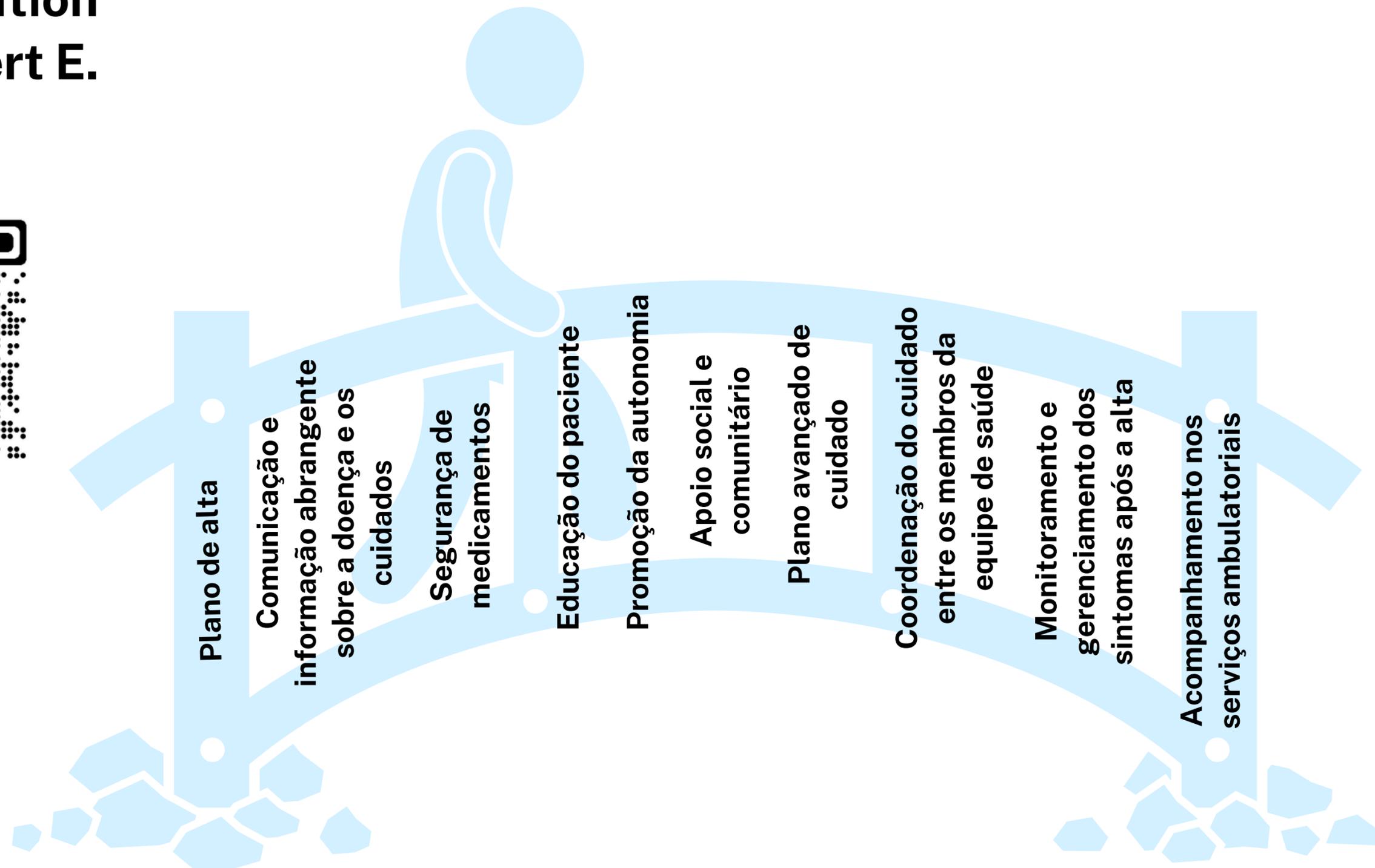
TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

PRINCIPAIS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS SOBRE SEGURANÇA E QUALIDADE DA TC DO HOSPITAL PARA CASA



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

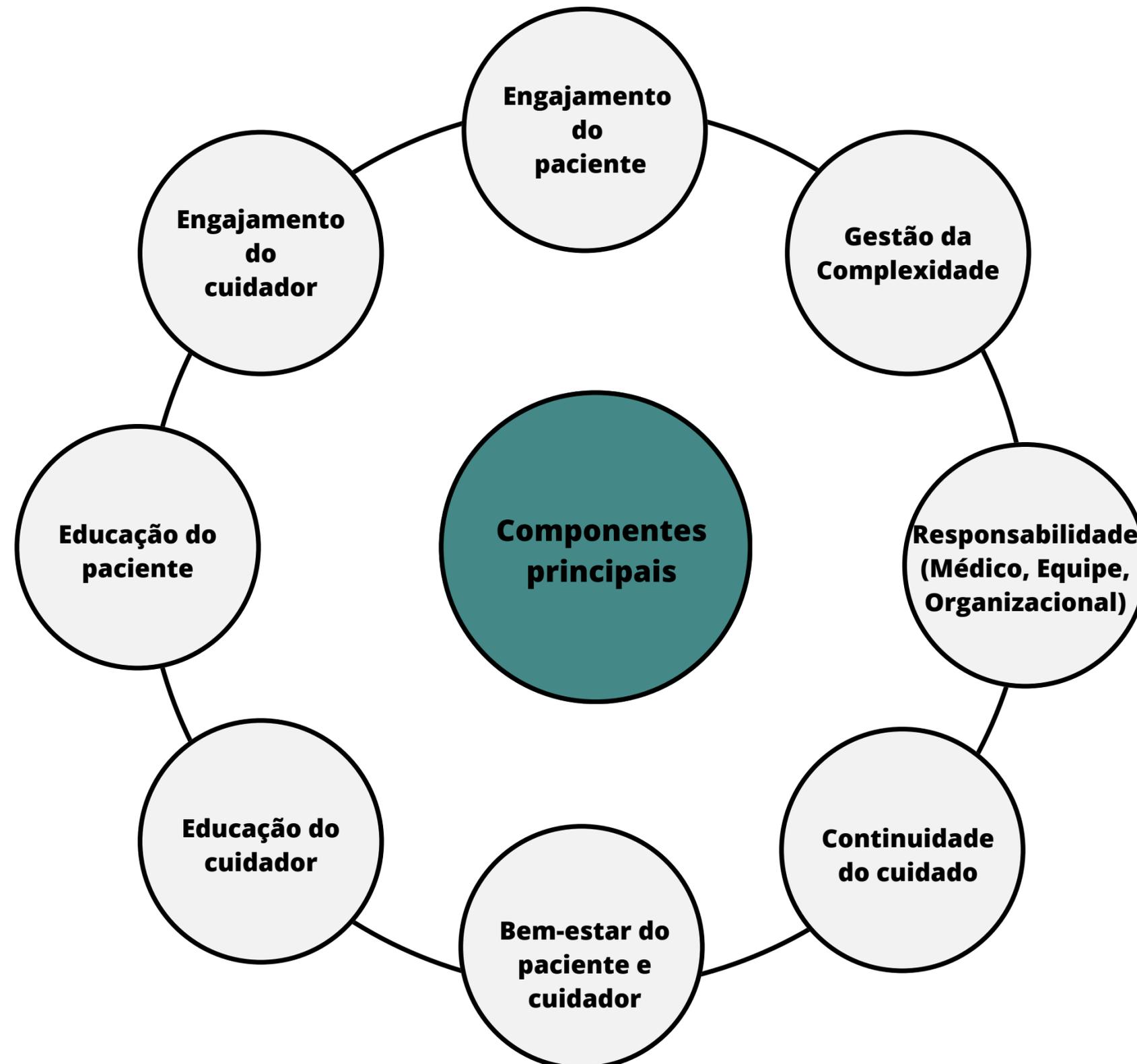
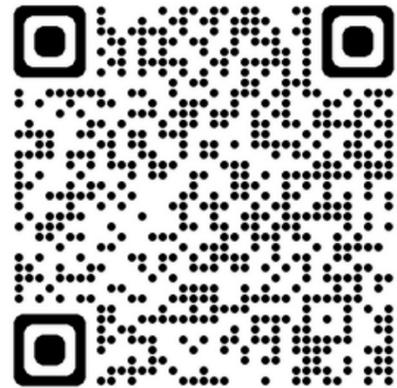
Ideal Transition Care - Robert E. Burke



A falta de um dos componentes enfraquece a ponte e, portanto, predispõe a lacunas no cuidado, comprometendo os resultados de saúde.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Transitional Care Model - Mary D. Naylor



Protocolos baseados em evidências e sistemas de informação

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Care Transitions Intervention (CTI) - Eric A. Coleman



<https://caretransitions.org/>



Desenvolvido, testado e disseminado em mais de 750 organizações de saúde, em 40 estados dos Estados Unidos.



Dar suporte aos desafios vividos por pacientes vulneráveis nas Transições do Cuidado.



Melhorar a qualidade e a segurança nos momentos de transição ou transferências do cuidado.



Os pacientes são preparados para responder e antecipar cenários de transições do cuidado.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Care Transitions Intervention (CTI) Eric A. Coleman

Entendimento sobre medicação

O paciente tem conhecimento sobre medicações



Registro Dinâmico Centrado no Paciente

O paciente compreende e gerencia seu registro pessoal de saúde (cartão de saúde)



Acompanhamento

O paciente tem agendamentos de consulta de acompanhamento com Especialista /Atenção Primária



Sinais de Alerta

O paciente está bem-informado sobre as indicações de que a sua condição clínica está piorando e como agir



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Care Transitions Intervention (CTI) - Eric A. Coleman

Durante um programa de quatro semanas, os pacientes com necessidades complexas de cuidado, familiares e/ou cuidadores recebem ferramentas específicas e trabalham com um enfermeiro de transição (*transition coach*), para aprender habilidades de autogerenciamento.

Pilar	Entendimento sobre medicação	Registro Dinâmico Centrado no Paciente	Acompanhamento	Sinais de Alerta
Visita hospitalar	Discutir a importância de conhecer medicamentos	Explicar o registro pessoal de saúde (cartão de saúde)	Recomendar visita de acompanhamento na Atenção Primária	Discutir sintomas e reações a medicamentos
Visita domiciliar	Reconciliar as listas de medicamentos pré e pós-hospitalização; Identificar e corrigir quaisquer discrepâncias	Revisar e atualizar o registro pessoal de saúde (cartão de saúde). Revisar o resumo de alta; Incentivar o paciente a compartilhar o registro pessoal de saúde (cartão de saúde) com Atenção Primária e/ou Especialista	Enfatizar a importância da visita de acompanhamento. Perguntas práticas e de interpretação de papéis para Atenção Primária	Visita domiciliar
Telefonemas de Acompanhamento	Responder qualquer pergunta restante sobre medicação	Discutir o resultado da visita com o Atenção Primária ou Especialista	Fornecer orientação jurídica na obtenção de representante legal, se necessário	Reforçar quando a Atenção Primária deve ser acionada

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Care Transitions Intervention (CTI) - Eric A. Coleman

MEDIDA DE TRANSIÇÃO: Care Transitions Measure
(CTM)

DUAS VERSÕES:

- Uma completa com 15 itens (CTM 15)
- Uma resumida com três itens (CTM 3)

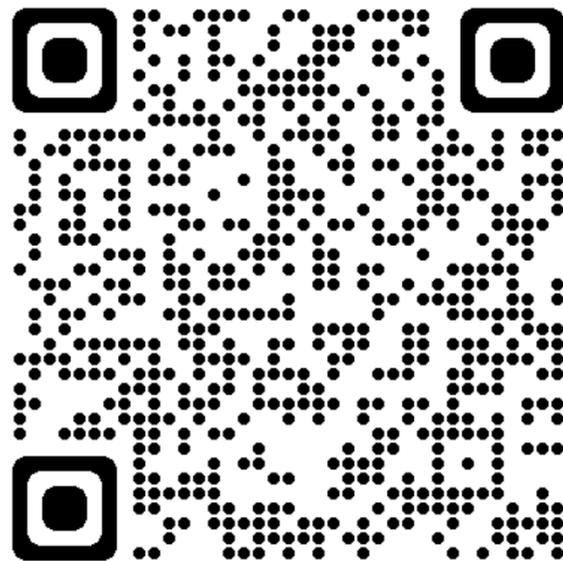


Foi adotado como um dos indicadores do Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH), programa que avalia o desempenho de hospitais europeus e a qualidade dos serviços.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Care Transitions Intervention (CTI) - Eric A. Coleman

O CTM 15 conta com versões em diferentes idiomas, no Brasil a validação do instrumento foi realizada pelo Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Acosta, Aline Marques

Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio / Aline Marques Acosta. -- 2016. 162 f.

Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima. Tese

(Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Cuidado transicional. 2. Alta do paciente. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Enfermagem em emergência. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

O CTM-15 Brasil é composto por 15 itens, agrupados em quatro domínios:

1. Transferência de informação;
2. Preparação do paciente, familiar e/ou cuidador;
3. Apoio para o autogerenciamento;
4. Empoderamento para assegurar preferências.



Os itens são aferidos por escala Likert, com cinco opções de respostas (Discordo Muito/Concordo Muito)

As afirmações compreendem o período da internação, preparação para alta, consultas de acompanhamento médico e medicamentos.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

E OS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR?

Organização Nacional de Acreditação (ONA)

GESTÃO ORGANIZACIONAL

- **Gestão da Informação e Comunicação**

Estabelece meios de comunicação externa e interna contemplando paciente/cliente e acompanhantes, profissionais de serviços de saúde...

- **Gestão do Acesso ao Cuidado**

Ações voltadas para recepção, admissão, transferência, orientação e alta dos pacientes/clientes, sistematizadas de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

E OS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR?

- **Health Standards Organization (HSO)/ Qmentum**

- **Processo Prioritário:** Fluxo do Paciente

Avaliando a movimentação suave e oportuna de clientes e familiares por meio de configurações de atendimentos.

- **Prática Organizacional Requerida (ROP):**

Transferências de Informação nas Transições do Cuidado

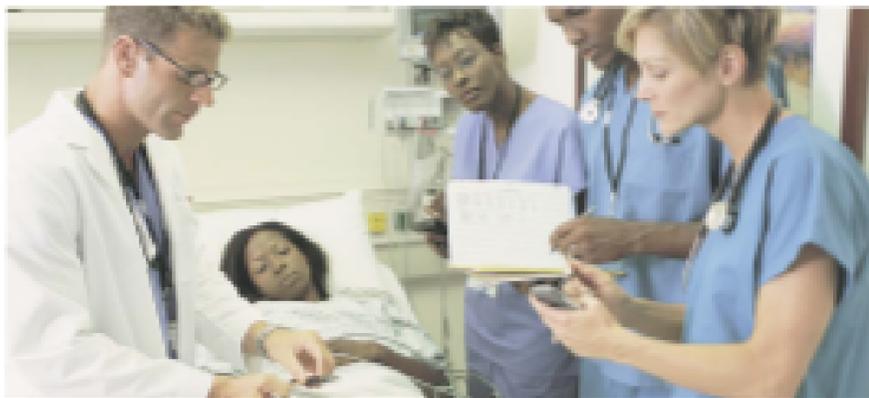
A equipe compartilha informações de forma efetiva nos pontos de transição.



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

E OS PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR?

Joint Commission International (JCI)



Improving Communication During Transitions of Care



O livro aborda os desafios relacionados à comunicação durante essas transições, como a falta de informações claras, a falta de coordenação entre os profissionais de saúde e a falta de envolvimento do paciente.

O texto apresenta estratégias e ferramentas para melhorar a comunicação durante as transições de cuidado, incluindo:

- A importância da comunicação paciente-fornecedor;
- Utilização de ferramentas de comunicação estruturada;
- Implementação de checklists e protocolos;
- Educação e treinamento.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

**COMO IMPLANTAR UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO
SEGURA DO CUIDADO?**



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Valente, Sílvia Helena

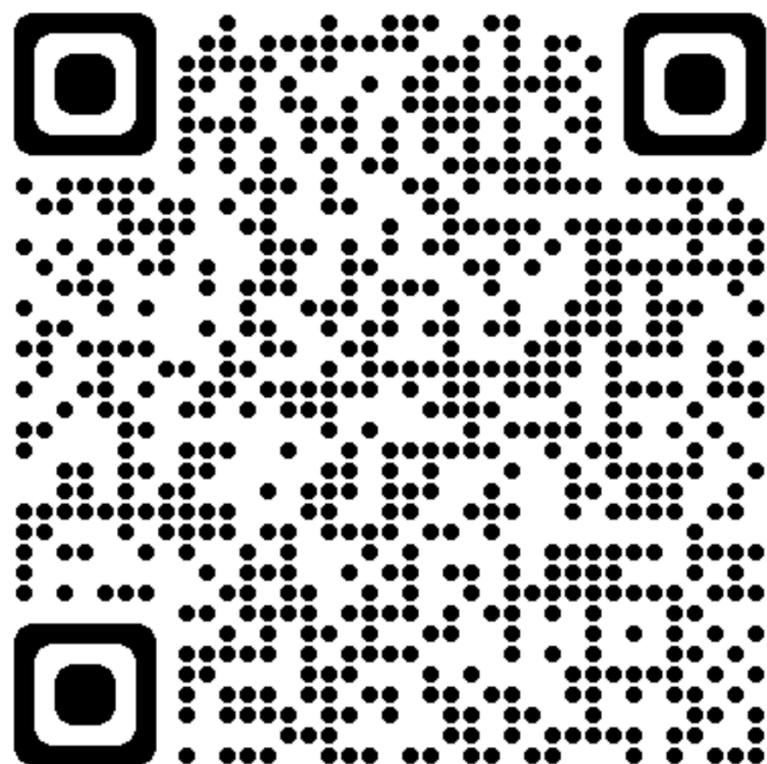
A construção de um protocolo de transição do cuidado de idosos do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado. Ribeirão Preto, 2022.

259 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Pinto, Ione Carvalho.

1. Idoso. 2. Cuidado transicional. 3. Alta do paciente.



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

OBJETIVO



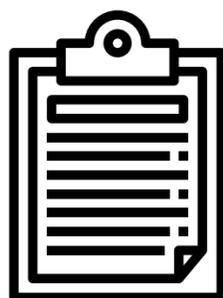
Desenvolver e propor Protocolo de Transição do Cuidado, do hospital para casa direcionado aos pacientes idosos.



Identificar as percepções dos idosos acerca da Transição do Cuidado do hospital para casa;



Analisar as percepções dos profissionais da equipe multidisciplinar sobre os aspectos necessários, para compor um protocolo de transição do cuidado de idosos, do hospital para casa;



Propor Protocolo de Transição do Cuidado para idosos, do hospital para casa.

MÉTODO

ABORDAGEM QUALITATIVA/PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL (PCA)

Convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos envolvidos na prática, concomitantemente ao processo de construção de conhecimento.

Provoca transformações no cotidiano daqueles que as vivenciam, requerendo a construção coletiva de um eixo teórico, baseado em evidências científicas, capaz de modificar a realidade observada.

TIPO DE ESTUDO



MÉTODO

**Espaço Físico
da Pesquisa**



Unidade de internação clínica de hospital público, médio porte, no interior do estado de São Paulo, Brasil.

Participantes da pesquisa

**OBJETIVO
ESPECÍFICO 1:**
Identificar as
percepções dos
idosos acerca da TC
do hospital para
casa



- **22 idosos**, com 60 anos ou mais, internados com agravamento de doenças clínicas, agudas ou crônicas, há pelo menos 24 horas e não possuir nenhuma limitação para participar da entrevista e com alta médica para o dia da entrevista;
- Quatro cuidadores familiares que acompanhavam a hospitalização participaram da entrevista, de forma colaborativa.

Participantes da pesquisa

OBJETIVO ESPECÍFICO 2 e 3:

- Analisar as percepções dos profissionais da equipe multiprofissional, sobre os aspectos necessários para compor um protocolo de TC de idosos do hospital para casa;
- Propor Protocolo de TC para idosos do hospital para casa.



- 28 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar, selecionados por critérios de representatividade qualitativa (ser profissional da área da saúde, atuar diretamente no setor de internação clínica do HRP, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias, com interesse pelo tema da TC)

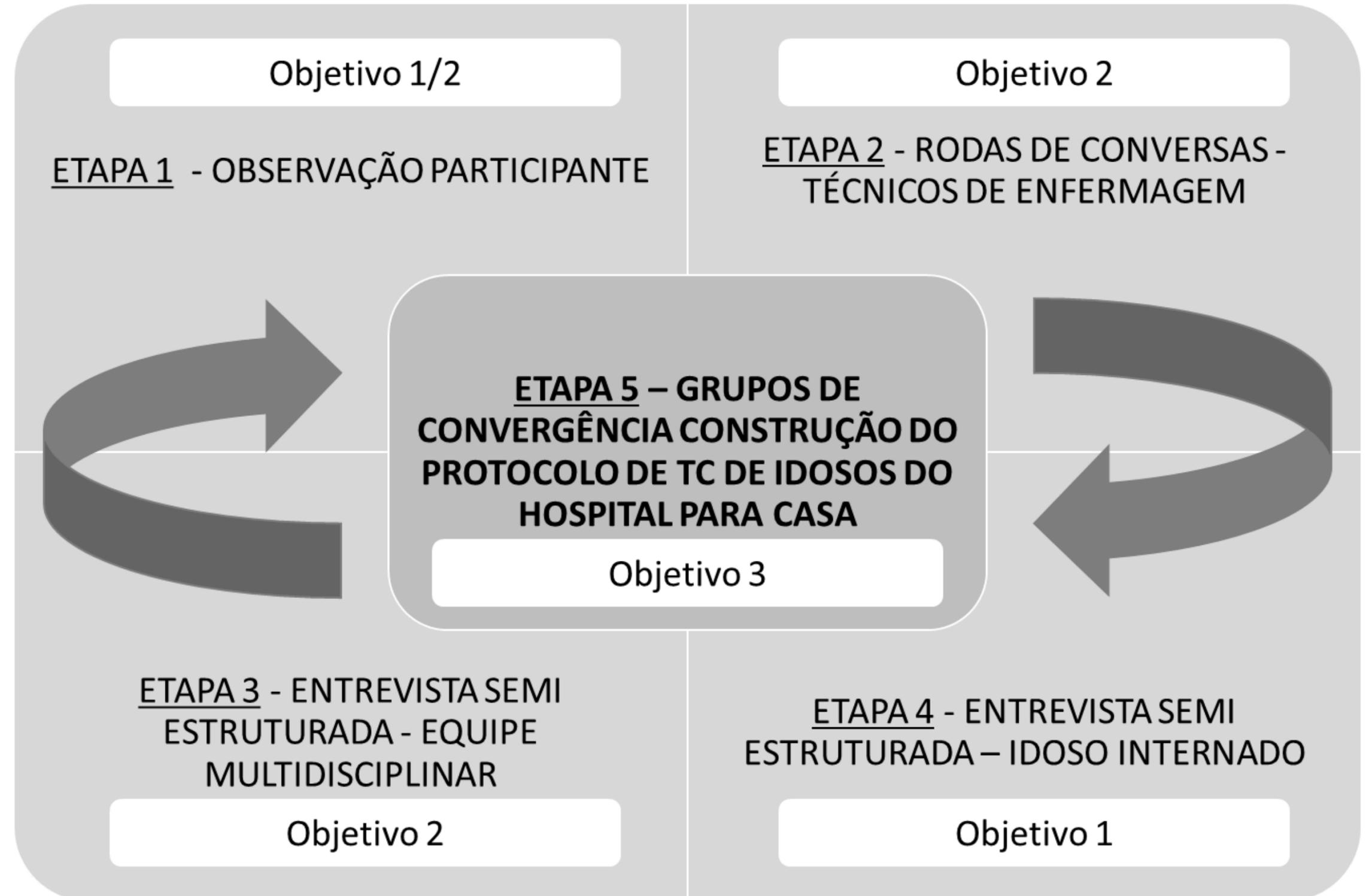
TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

Período

0011
1010



A coleta de dados foi realizada durante 11 (onze) meses (10 de fevereiro a 7 de dezembro de 2021)



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

RESULTADOS

A TC do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado



A partir da análise dos dados da Observação Participante, Rodas de Conversas (RC), entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe multidisciplinar e idosos, foi possível elaborar a **matriz temática** que apresenta a **síntese dos resultados da pesquisa**, bem como, a **compreensão da TC, do hospital para casa**, na perspectiva dos profissionais de saúde e idosos que participaram do estudo.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

RESULTADOS

A TC do hospital para casa na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado

✓ Significado da transição do cuidado

✓ Rede de Atenção à Saúde e Continuidade do Cuidado

✓ Processo Assistencial



✓ Rede de Apoio Familiar

✓ Ausência de Protocolo Assistencial

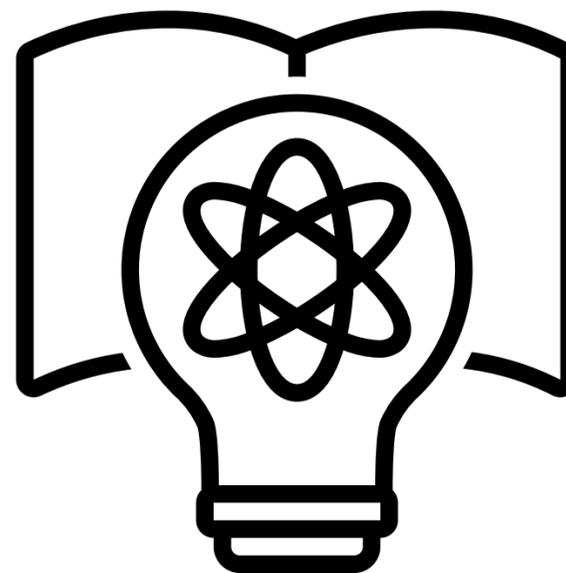
✓ Problemas Relacionados a Medicamentos

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

RESULTADOS

O protocolo de TC do idoso do hospital para casa: da prática à teoria

Eixos importantes que emergiram na **síntese dos resultados**, tais como, **organização do plano terapêutico; padronização de atividades assistenciais; valorização da família nas TC; fortalecimento de ações relacionadas à continuidade do cuidado, melhorias no processo de comunicação com os serviços de saúde que compõe a RAS e segurança dos medicamentos**, nortearam as discussões nos Grupos de Convergências (GC).



ATIVIDADES RELACIONADAS COM A TRANSIÇÃO DO CUIDADO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



Desenvolvimento de uma classificação do idoso internado quanto à **demanda de atenção da equipe assistencial**, por meio de cores: verde para baixa demanda, amarelo para média e vermelho para alta.

- Como tem protocolo para tudo, protocolo de sepse, protocolo de Londres, tem vários tipos de protocolo [...] Uma coisa mais simples, mais uma classificação... (GC 2, P 4, 2:103).

- Atuar 100% nos vermelhos, no amarelo atuarmos de acordo com a necessidade e assim por diante (GC 2, P 3, 2:105).

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

O protocolo de TC do idoso do hospital para casa: da prática à teoria

Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, motivo de internação

Item de Avaliação	Pontuação
MOTIVO DA INTERNAÇÃO	
Tratamento de Doença Aguda/Não possui Doença Crônica	2
Tratamento de Doença Aguda/Possui Doença Crônica	4
Complicações relacionadas à Doença Crônica/Sem Comorbidades	6
Tratamento de Doença Aguda/Possui Comorbidades	8
Complicações relacionadas à Doença Crônica/Possui Comorbidades	10

Fonte: elaborado pelo autor.

GRAU DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL (FUGULIN, 2010)	
Mínimo	2
Intermediário	4
Alta dependência	8
Semi-Intensivo	10
Intensivo	12

MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO	
Não usa medicamento de uso contínuo	2
Uso de um (1) medicamento de uso contínuo	4
Uso de mais de um (1) até três (3) medicamento de uso contínuo	6
Polifarmácia (uso de quatro (4) ou mais medicamentos de uso contínuo)	8

Classificação do paciente quanto à demanda de atenção da equipe assistencial, Riscos adicionais

REDE DE APOIO FAMILIAR	
Com Rede de Apoio Familiar	()
Sem Rede de Apoio Familiar	()
SAÚDE MENTAL	
Sem Histórico de Saúde Mental	()
Histórico de Doença Mental	()

Fonte: elaborado pelo autor.

O protocolo de TC do idoso do hospital para casa: da prática à teoria

PLANO TERAPÊUTICO



Uma vez evidenciadas **lacunas na assistência**, tais como, **falhas de comunicação** com o paciente e entre os profissionais de saúde e **fragilidades na formalização do processo assistencial**, foi necessário elaborar uma **proposta** mais ampliada de **plano terapêutico**.

- *Internou com infecção de urina, mas tem DPOC (Doença Obstrutiva Crônica), vou colocar no CID secundário. Internou devido ao DPOC, então não tem CID secundário. A grande maioria tem diabetes, hipertensão (GC 2, P2, 2:39).*
- *É importante este campo, por que e onde vamos colocar sobre as cirurgias? (GC 2, P 3, 2: 42)*
 - *Sim, ajuda a organizar a assistência (Sobre o item cuidados paliativos) (GC 3, P 1, 3:201).*

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

O protocolo de TC do idoso do hospital para casa: da prática à teoria

- VISITA MULTIDISCIPLINAR
- ROUND TERAPÊUTICO
- AÇIONAMENTO DA EQUIPE ASSISTENCIAL
- RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA
- REDE DE APOIO FAMILIAR/CONFERÊNCIA FAMILIAR



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

O protocolo de TC do idoso do hospital para casa: da prática à teoria

Alta Responsável



Orientações Gerais e Entrega dos Documentos no Ato da Alta;
Agendamento de Atendimento de Saúde nos Serviços de Saúde de Atenção Primária à Saúde;
E-mail de Alta Responsável.

- *Essa documentação deve ser entregue na UBS, para os profissionais entenderem o que aconteceu aqui (GC 3, P 2, 3:190).*
- *Têm alguns municípios que já fazem, eles já mandam. O município X já manda, foi agendado consulta. Mas, é este em 26 municípios (GC 3, P 7, 3:183).*

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO

O protocolo de TC do idoso do hospital para casa: da prática à teoria

INDICADORES

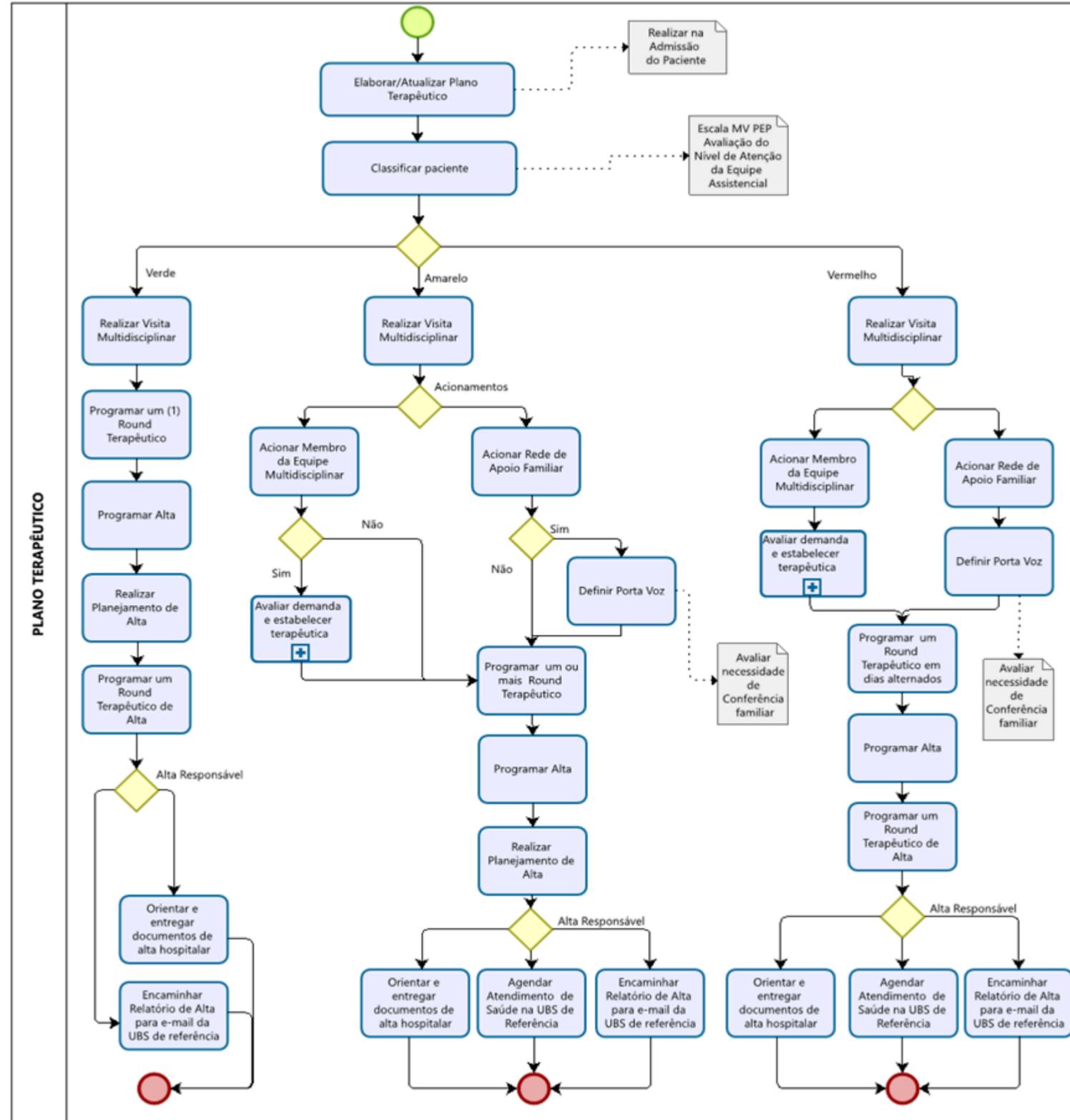


- Percentual de pacientes com medida de TC acima de 70% até 7 dias após a alta hospitalar;
- Percentual de pacientes com agendamento em serviços de saúde da RAS na alta hospitalar, por cor de classificação quanto à demanda de atenção da equipe assistencial;
- Percentual de readmissões hospitalares, em menos de 96 horas e 7 dias.

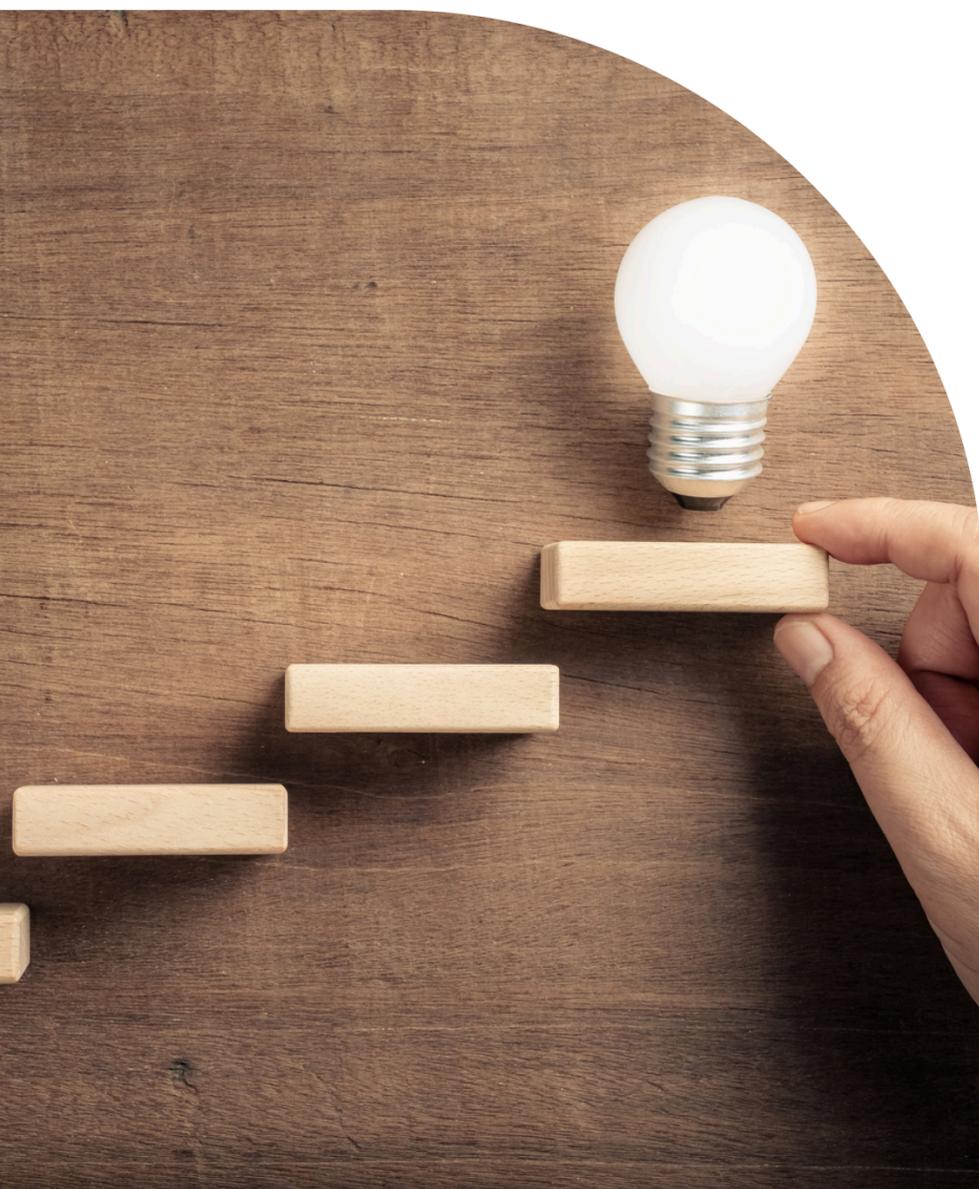
- Talvez nessa entrevista a gente consiga pegar essa informação de readmissão, e não aqui (Sobre a aplicação por telefone do CTM 15). E podem ser internações mensais (GC 4, P 6, 4:58).

- Fico até pensando que depois dá para cruzar... o acesso à rede e às reinternações (GC 4, P 5, 4:15).

Fluxograma 1 – Plano Terapêutico



TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO



- ✓ Realizar diagnóstico: Ouvir os envolvidos e acompanhar processos;
- ✓ Apresentar os problemas identificados para todos os envolvidos da instituição, incluindo a alta governança;
- ✓ Propor e pactuar mudanças para melhoria da segurança nas transições do cuidado com toda instituição;
- ✓ Elaborar e implantar “Protocolo Assistencial” de acordo com o perfil da instituição;
- ✓ Auditar processos e monitorar indicadores definidos em protocolo.
- ✓ Usar os recursos de tecnologia da informação e Inteligência Artificial a favor da instituição.

TRANSIÇÃO SEGURA DO CUIDADO



Ponte Dourada – Vietnã

*“Que possamos
construir pontes em vez
de muros.”*



silviavalente@estacaodocuidado.com.br