

IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO DE INCLUSÃO DO PACIENTE/FAMÍLIA NO PROCESSO DE ORIENTAÇÃO DE ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Paula Borges Ménès, Amilton Silva Junior, Suzana Maria Bianchini, Amanda Leal Tavares, Marcelle Cristina de Freitas S.Vieira, Andrea Diogo de Sala, Suzana Mara Camargo Ribeiro, Paola Bruno de Araújo Andreoli.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), São Paulo – Brasil

Contexto: O cuidado centrado na pessoa é uma abordagem decisiva para a melhoria dos resultados em saúde, bem como da percepção de valor agregado ao cuidado. Atualmente, contudo, compreende-se que o paciente não deve somente opinar sobre o processo de cuidado, mas participar da construção de soluções e implantação de melhorias.

Problema: A inclusão do paciente em seu cuidado não é uma tarefa trivial. Na maior parte dos serviços de saúde, as equipes profissionais executam uma atividade de informação ao paciente, considerando que, com isso, o estão incluindo em seu cuidado e promovendo ativação e engajamento. **Essas estratégias só garantem a transmissão de informações unilateralmente, ou seja, não há uma conversa e tampouco uma verificação da compreensão ou abertura para inclusão de angústias e dúvidas que o paciente possua.**

Modelo Assistencial Hospital Alemão Oswaldo Cruz®



Figura 1: Modelo Assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

O objetivo desse projeto é, portanto, desenvolver e implantar uma teoria de mudança que considere a inclusão do paciente no redesenho do processo de orientação de alta da unidade de terapia intensiva (UTI), aumentando assim de 0 para 95% a participação do paciente/família no processo de orientação de alta da UTI, em 10 meses.

Avaliação do problema e análise das causas: o processo de orientação de alta da UTI ocorre de maneira fragmentada e baseado no fornecimento de informações sobre continuidade de cuidado, relacionado à cada especialidade. O seguimento de diretrizes do próprio modelo assistencial da instituição (Figura 1), que estimula os profissionais a envolver o paciente em seu cuidado tendo como premissa o autocuidado. Isso, contudo, não tem sido capaz de diminuir as queixas que os pacientes fazem à mudança de estrutura e de processos (da UTI para uma unidade de internação) e tampouco garante que o mesmo possa controlar riscos inerentes ao processo assistencial menos controlado, expondo-se mais à quedas, uso inadequado de medicamentos, entre outros.

Envolvimento da equipe: a equipe de projeto é composta pela equipe multiprofissional da UTI, a saber: médico, enfermeiro, nutricionais, fisioterapeuta, farmacêutico e psicólogo. Um acompanhante de paciente também fez parte da equipe do projeto, cuja participação se deu nas 4 etapas (Figura 2):

- **Etapa 1:** *Brainstormig* e levantamento de informações sobre a percepção sobre o serviço;
- **Etapa 2:** validação das ideias de mudanças definidas em um Diagrama Direcionador (teoria)
- **Etapa 3:** participação em rampas de PDSA visando redesenhar um modelo ideal de orientação de alta.
- **Etapa 4:** *Debriefing* de coleta de dados da percepção sobre o modelo proposto de orientação de alta realizado pela equipe multiprofissional.



Figura 2: Etapas de inclusão

Estratégia de melhorias: o diagrama direcionador do projeto prevê conjuntos de 4 conceitos de melhoria (Figura 3):

1. promover ativação e engajamento do paciente no seu próprio cuidado e na tomada de decisão sobre sua transferência entre unidades;
2. promover qualificação profissional e redesenhar um processo que garanta a participação do paciente no cuidado;
3. garantir ao paciente acesso a informações claras e relevantes para o cuidado;
4. desenvolver cultura de inclusão e engajamento do paciente nas tomadas de decisão sobre seu cuidado.



Figura 3: Diagrama Direcionador: Teoria da Mudança

Intervenções: realizaram-se 4 rampas de PDSA, como base para os testes das seguintes ideias de melhoria (Figura 4):

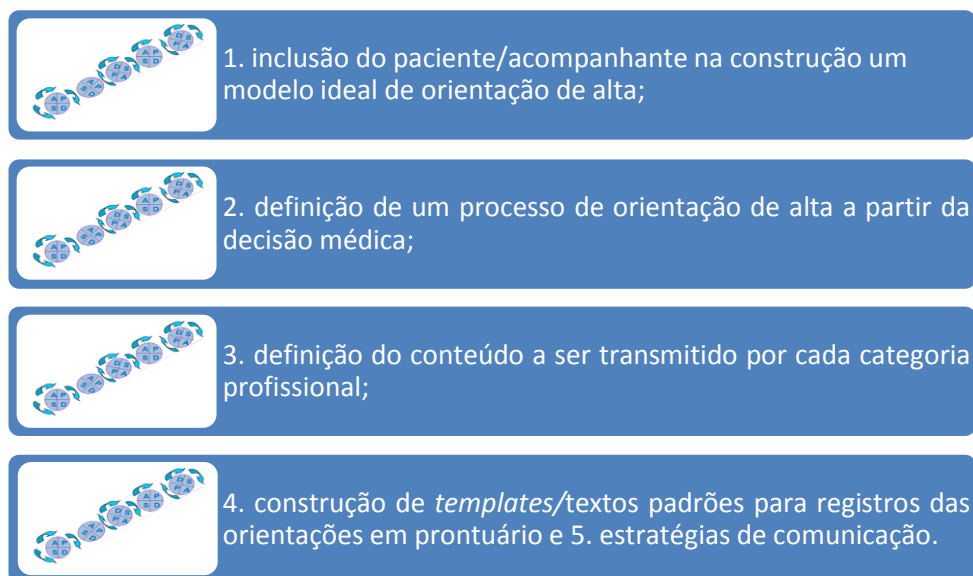


Figura 4: Rampas de PDSA

Medições de melhorias:

Indicador de Resultado

- Percentual de participação de paciente/familiar na orientação para alta da UTI

Indicador de Processo

- Percentual de realização de orientação de alta até uma hora da alta médica
- Percentual de orientação de alta completa (realizada por todas as categorias profissionais)
- Percentual de pacientes/familiares que declaram estar esclarecidos no processo de alta da UTI.

Indicador de Equilíbrio

- Tempo Médio de Internação na UTI
- Índice de satisfação do paciente

Efeitos das mudanças: maior integração da equipe multidisciplinar; aumento da objetividade na transmissão de informações na transição de cuidado, aumento da agilidade do processo de alta da UTI, fortalecimento da prática de inclusão do paciente e do cuidado centrado no paciente.



Foto 1: orientação de alta multiprofissional



Foto 2: equipe do projeto

Lições aprendidas: a participação do paciente como coprodutor de um processo de transição de cuidado e alta da UTI possibilitou à equipe uma discussão acerca da qualidade das informações transmitidas e das estratégias utilizadas para uma comunicação efetiva, provocou também momentos de reflexão sobre empatia, e entendimento do que é importante para o paciente no momento da transição do cuidado.

Conclusões: A implantação da teoria permitirá promover o engajamento e a ativação do paciente e seu familiar no cuidado tornando-os protagonistas neste cenário, aspectos fundamentais para a promoção da segurança do cuidado, para alcançar melhores resultados assistenciais e melhorar a experiência do paciente e familiar.