



RELATO DE EXPERIÊNCIA: APLICAÇÃO DO SAFETY HUDDLE E DA PRÁTICA COLABORATIVA ENVOVENDO PACIENTE, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E FAMÍLIA NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

AMANDA STEFANI TORQUATO DA SILVA; BIANCA KUROCE MANZINI;
AMANDA SIMÕES PATO

RESUMO

Introdução: A família é um dos eixos estruturantes da assistência a pacientes, seja durante a hospitalização ou no domicílio, ocupa um lugar de protagonista devendo estar inserida junto a equipe de cuidados, podendo auxiliar na cultura de segurança institucional e no aprimoramento da alta hospitalar responsável. **Objetivo:** Demonstrar a utilização da ferramenta Safety Huddle no processo de alta hospitalar junto a prática colaborativa para uma transição de cuidados efetiva. **Relato de Experiência:** Trata-se da exposição do relato de experiência da Santa Casa de Presidente Prudente, um hospital filantrópico de média/alta complexidade, na transição multidisciplinar do cuidado, por meio do Safety Huddle e da prática colaborativa envolvendo o paciente e a família. A prática colaborativa é uma estratégia de fortalecimento do sistema de saúde e os resultados assistenciais focados para cada indivíduo. Mesmo diante do desafio de um trabalho compartilhado, dialógico e transformador, o uso dessa ferramenta tem melhorado a consciência situacional, auxiliando no aperfeiçoamento da alta, aumentando a eficácia na assistência e aderência ao tratamento, reduzindo gastos institucionais, favorecendo o giro de leitos e principalmente impactando positivamente a experiência do paciente e sua família. **Conclusão:** A prática colaborativa aumenta a qualidade da assistência, contribuindo para a comunicação efetiva interprofissional, em conjunto com a educação em saúde favorece um cuidado individualizado e integral. O Safety Huddle é uma ferramenta potente de identificação e integração de informações, possibilita o debate coletivo entre equipe multidisciplinar e família, auxilia na mitigação de falhas, evita altas precoces, favorece a comunicação e diminui reinternação no hospital, além de produzir melhoria na qualidade de assistência.

Palavras-chave: Prática Colaborativa, Família; Alta Hospitalar; Equipe Multiprofissional; Transição de cuidado.

1 INTRODUÇÃO

A alta hospitalar é um momento de mudanças no cotidiano dos pacientes, e de suas famílias, devido à complexidade das necessidades de saúde serem ampliadas, exigindo uma maior integração da equipe na transição do cuidado hospitalar para o domiciliar. Requer planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da sua rede de apoio. Porém, as orientações de alta muitas vezes são realizadas de forma mecânica e fornecidas apenas no momento da saída do hospital (WEBER, 2017).

Desta forma, a prática colaborativa é uma estratégia de fortalecimento do sistema de saúde e os resultados assistenciais focados para cada indivíduo. Sendo fundamentada na atuação multidisciplinar, na qual os profissionais compartilham as habilidades necessárias para

assistência à saúde integral e de alta qualidade para pacientes, famílias, cuidadores e comunidades, gerando aprendizado mútuo e viabilizando oportunidades de melhorias (FERRAZ et al, 2022).

A equipe multidisciplinar da Santa Casa de Presidente Prudente no intuito de modificar esta realidade, aplica a prática colaborativa, com a participação ativa da família, com o objetivo da transição de cuidado de forma segura e melhoria na assistência prestada, com foco no cuidado personalizado do paciente.

Dificuldades são encontradas diariamente, cabendo a busca incessante de inovação e formulação de estratégias que auxiliem na mitigação de falhas e otimização de resultados. Deste modo, o papel da família junto ao cuidado é imprescindível, sendo as mesmas desafiadas a aprendizagem contínua ao cuidado e adaptação a demanda do paciente (FERRAZ et al, 2022). A inserção e presença da família contribui para a desospitalização precoce, assegurando aderência ao tratamento e segurança para o paciente. O objetivo deste estudo é demonstrar a utilização da ferramenta Safety Huddle no processo de alta hospitalar junto a prática colaborativa para uma transição de cuidados efetiva, por meio do relato de experiência um hospital filantrópico.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

As instituições de saúde têm buscado estratégias para implementação da cultura de segurança e aprimoramento do processo da alta hospitalar responsável, diante deste desafio, a ferramenta Safety Huddle foi implantada e adaptada na Santa Casa de Presidente Prudente no ano de 2019 para auxiliar no processo de melhoria da qualidade do compartilhamento das informações e na definição de responsabilidades para a transição do cuidado.

Desta forma, conceitua-se o Safety Huddle em reuniões curtas de 15 minutos, de caráter multidisciplinar, permitindo a identificação precoce de problemáticas, as informações são compartilhadas de maneira sistemática, utilizando check list específico conforme a experiência do hospital.

Considerando a dinamicidade e necessidades locais da instituição, o Safety é realizado uma vez por semana (segunda-feira) nas unidades de internação com atendimento ao Sistema Único de Saúde, possibilitando a construção de um planejamento semanal de cuidado com os pacientes, visando a resolutividade dos casos e rotatividade dos leitos, por meio de questionamentos: Qual o objetivo da internação hospitalar? Qual o principal problema a ser resolvido a fim de viabilizar o retorno do indivíduo ao domicílio? Qual o tipo de suporte que esse indivíduo e sua família necessitam para dar continuidade ao cuidado? Conta com a participação dos enfermeiros do setor e representantes da equipe multidisciplinar.

Utiliza-se de um roteiro semiestruturado, digitado e disponível para consulta nos computadores da instituição, onde são selecionados os pacientes de longa permanência (4 ou mais dias de internação), possibilitando a discussão dos pontos importantes que impossibilitam a alta hospitalar, sejam eles: uso de antibióticos, espera por exames e/ou procedimentos, desfecho clínico, aspectos sociais e de vulnerabilidade, uso de dispositivo, aguardo do sistema de regulamentação de vagas ou judicialmente, entre outros.

Identificados os pacientes que requerem maior atenção seja pelo tempo de permanência hospitalar, complexidade do quadro clínico ou vulnerabilidades físicas, emocionais ou sociais presentes, as quartas-feiras acontece a reunião da equipe multidisciplinar para discussão e efetivação do plano terapêutico e construção de cuidado compartilhado: equipe-paciente-família. Mantém-se com foco no protagonismo, autonomia e corresponsabilidade daquele que é assistido, deste modo a família assume responsabilidade e equiparando a qualquer outro especialista. Procura-se ao máximo tornar o acompanhante um facilitador, mediador e agente do cuidado e não somente uma companhia ou vigia do paciente.

O protocolo de desospitalização executado segue as seguintes etapas: 1) identificação

de pacientes com critérios para acompanhamento pela equipe; 2) articulações intra hospitalares visando ao planejamento da alta do paciente; 3) estabelecimento de vínculo com a família para estabelecer planos de cuidado após a alta; 4) identificação das Redes Atenção à Saúde (RAS) e possibilidade de interlocução e pactuação de estratégias para a transição segura do cuidado.

A família é inserida e valorizada no cuidado em todos os espaços do hospital, e habitam mesmo naqueles setores onde por vezes a entrada é restrita. Nestes espaços devido dinâmica e rotina, faz-se necessário uma avaliação prévia para traçar objetivos definidos para inserção da família na visita estendida/ampliada e prepará-la para o ambiente e realidade que se deparará, geralmente nestes espaços, o familiar é conduzido e orientado pelo psicólogo ou assistente social junto a equipe de enfermagem. A visita estendida ou ampliada visa: Ajudar a equipe de profissionais a entender melhor o paciente; ao paciente a compreender as informações sobre o estado de sua saúde; contribuir para reforço da aderência do paciente ao tratamento; participar de medidas voltadas para reorientação do paciente; auxiliar a reduzir a ansiedade, o medo e a dor do paciente; adaptar a família à nova realidade do paciente: dispositivos, condição clínica. Além dos casos do direito de acompanhante em período integral, nas clínicas também é seguido o modelo de visita familiar ampliada, com tempo médio de 8 horas/dia de permanência dos visitantes, podendo ser adaptado e personalizado de acordo com a demanda do paciente, tem por principal objetivo tornar o atendimento mais humanizado e centrado nas necessidades do paciente e sua família.

A equipe multidisciplinar e assistencial por meio da educação em saúde, realiza diariamente um convite ao paciente e seu familiar, para que possam assistir, aprender e participar dos cuidados diários (banho, troca de curativo, alimentação, aspiração, entre outros) incentivando a ampliação do conhecimento e práticas relacionadas aos comportamentos saudáveis dos indivíduos.

Outro ponto, é a importância da orientação sobre medidas profiláticas a fim de reduzir riscos quanto à segurança do paciente. (Ex: riscos de queda, lesão por pressão, disfagia, delirium etc), além do reforço a aderência do tratamento. A partir do momento de visualização de uma possível Alta Hospitalar, é checado os potenciais cuidadores, para que o treino da família seja intensificado.

Atualmente, nos casos de maior complexidade são realizadas Conferências Familiares sob a ótica do acolhimento e clínica ampliada com a presença da equipe multidisciplinar e convite de membros da rede primária que dará continuidade ao cuidado. Entende-se que além da prática colaborativa, a clínica ampliada possibilita uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que leva em conta a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Durante a Conferência Familiar abre-se espaço para a fala e construção do cuidado, sendo pactuado o time do cuidado (equipe-família-paciente) sendo possível o enfrentamento e administração de um cuidado global, evitando a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde.

Em casos de rede sociofamiliar reduzida ou escassa, são discutidas estratégias alternativas, sendo compartilhada a problemática com a rede primária e órgãos competentes a fim de realizar a desospitalização segura, por vezes tornando Alta Social.

Finalizando o processo de alta, além das orientações verbais e práticas, é entregue a família por escrito as recomendações que deverão ser seguidas no domicílio (medicações, retorno médico, cuidados básicos, entre outros) e compartilhadas com a RAS via e-mail. Na tabela abaixo, encontra-se a descrição das ações e metas aplicadas por cada membro da equipe multidisciplinar durante o cuidado prestado intra-hospitalar:

Equipe Médica	Construção e acompanhamento do plano terapêutico.
Equipe de Enfermagem	Orientação e treinamento dos familiares/cuidadores quanto à: higienização das mãos, manuseio de sondas (gastrostomia, nasoenteral, vesical), administração medicamentosa, cuidados com a pele, mudança de decúbito, realização de curativo em lesões.
Farmácia Clínica	Em conjunto com o SCIH realizar concordância em relação ao uso de antimicrobianos. Mediação e orientação com a rede primária para aquisição de insumos em casos de vulnerabilidade social. Orientações ao paciente/família visando uso correto de seus medicamentos e realizando adequações com recursos que facilitem a adesão.
Fonoaudiologia	Avaliação das funções mastigatórias, fonéticas e deglutivas; Orientação e treinamento aos familiares/cuidadores de exercícios preestabelecidos com foco na prevenção de disfagia.
Fisioterapia	Mobilização fora do leito; realização de banho de sol ou banho de lua; treinamento dos familiares quanto à: aspiração; oxigenoterapia, exercícios de fisioterapia motora, posicionamento do paciente.
Humanização	Construção de estratégia junto ao Voluntariado, visando o bem-estar da paciente frente o prolongamento da internação; intermediar as relações paciente/família com equipe a fim de proporcionar práticas de humanização; articulação com setores intersetoriais; verificação de pacientes que poderão ser contemplados com festividades.
Nutrição	Prescrição do modo de administração da dieta conforme acordado pela equipe; orientação aos familiares/cuidadores quanto ao modo de administração e manuseio da dieta (Artesanal e industrializada).
Psicologia	Promoção de acolhimento e suporte emocional aos pacientes e familiares; identificação de motivações e dificuldades na adesão ao tratamento proposto pela equipe; mapeamento e fortalecimento de recursos de enfrentamento para lidar com mudanças ocasionadas pelo adoecimento. Psicoeducação.
Serviço Social	Identificação da principal rede de apoio e de cuidado; avaliação das condições socioeconômicas e culturais; auxílio na aquisição de fármacos, materiais solicitados pela equipe, oxigenoterapia, insumos; articulação com rede de serviços para construir uma transição de cuidado mais segura.

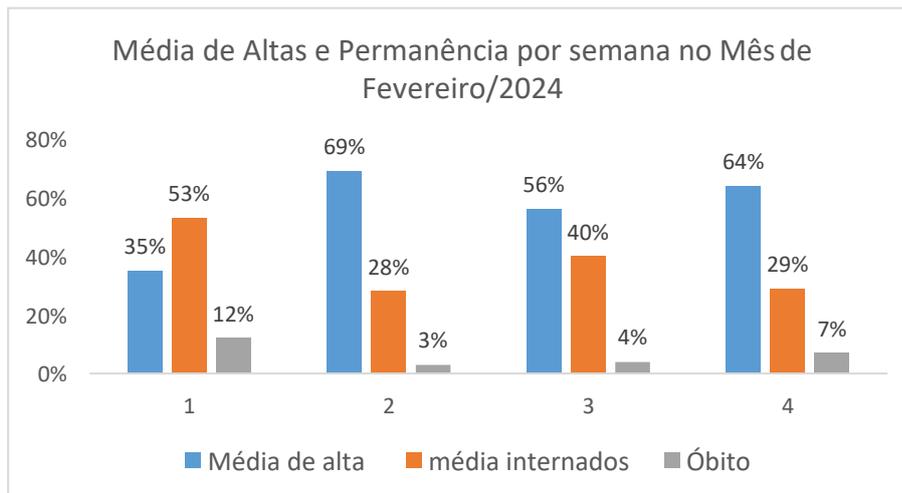
Fonte: Santa Casa, 2024. Protocolo institucional: Alta Responsável.

3 DISCUSSÃO

A realização do Safety Huddle se coloca no contexto hospitalar como uma estratégia valiosa para o aprimoramento do Processo da Alta hospitalar Responsável, uma vez que é possibilitada a redução de erros, criação de uma cultura de segurança, estreitamento da comunicação assertiva e mapeamento dos casos de longa permanência. Neste processo de construção da transição do cuidado dos pacientes, se faz primordial a identificação, o mais rápido possível, das informações referentes ao diagnóstico e tratamento, e estabelecer elos para o cuidado prestado ao paciente (MELLO *et al.*, 2019).

Assim, os huddles e rodas de conversas têm auxiliado no monitoramento das falhas de comunicação, uma vez que as utilizações destas ferramentas viabilizam maior resolutividade nas altas hospitalares, evitando assim, reinternações ou prolongamento das permanências de internação. Por meio da construção de um canal de comunicação eficaz, é permitido “às equipes transmitirem e receberem informações claras e corretas em todos os níveis da organização de saúde” (MELLO *et al.*, 2020).

No gráfico abaixo, é possível observar uma amostra do mês de fevereiro de 2024, sobre a rotatividade dos leitos com base no Safety Huddle. Desta forma, visualiza-se o status daqueles pacientes com internação de longa permanência, sendo elencadas: alta hospitalar, óbito, e permanência da hospitalização na mesma enfermaria ou em outros setores, totalizando no mês de fevereiro um giro de 56% de altas, 37,5% dos pacientes permaneceram internados pelos motivos de manejo clínico, ciclo de antibiótico, piora clínica, determinação jurídica e vaga no sistema de regulamentação e 6,5% evoluíram a óbito.



Fonte: Santa Casa, 2024.

Em todo o processo a abordagem colaborativa está presente, pois, considera-se o indivíduo em sua singularidade, cujas suas necessidades estão no centro dos cuidados de saúde, definido como “processo de parceria ou coprodução entre profissionais e usuários para o planejamento, desenvolvimento e avaliação do cuidado, apropriado às necessidades de saúde com respeito às preferências valores, situação familiar, condição social e estilo de vida” (SILVA, 2014). A busca pelo cuidado deve ser com as pessoas, no lugar do cuidado para as pessoas (DOMAJNKO et al, 2015).

Atenção Centrada no Paciente pode ser compreendida a partir de três elementos: perspectiva ampliada do cuidado à saúde, participação do paciente no cuidado e relação profissional e paciente. O primeiro se fundamenta na visão holística, que reconhece a complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços. O segundo elemento evidencia a importância do autocuidado e da autonomia no processo tão singular como é o de cuidado, que precisa estimular a participação do usuário e família. Por último, apresenta as relações de poder envolvidas nessas interações e a construção de vínculos e confiança como condições fundamentais na qualidade da atenção (AGRELI; PEDUZZI; SILVA 2016).

A Política Nacional de Humanização estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários nos processos de gestão e de cuidado. Humanizar é incluir o usuário e sua rede sociofamiliar nas decisões acerca das necessidades do cuidado e é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado, é estimular que eles se coloquem como protagonistas (BRASIL, 2013).

Os hospitais garantem a visita aberta, através da presença de acompanhantes e sua rede social; apoio da equipe multidisciplinar, existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares, garantia de continuidade de assistência com o sistema de referência e contra referência (BRASIL, 2013).

A desospitalização é um processo que deve ser abordado desde o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde até a sua transição entre os diferentes pontos de atenção à saúde, devendo ser realizada de modo responsável, seguro, humanizado e com atuação multidisciplinar (BRASIL, 2013).

4 CONCLUSÃO

A desospitalização segura implantada na instituição previne gastos desnecessários, diminui o tempo de internação, os riscos de infecção e exposição a eventos adversos. Por isso, a Santa Casa investe em uma assistência centrada no paciente, na segurança e humanização, visando à integralidade e ao respeito à singularidade da pessoa sob seus cuidados.

Como resultados, a entidade conquistou por meio do Safety Huddle melhorias significativas nas principais métricas analisadas: taxa de ocupação hospitalar, média de permanência, além da qualidade do serviço prestado, consequentemente refletindo na experiência do paciente durante toda sua permanência nesta instituição.

No ambiente hospitalar, o planejamento da prestação do cuidado deve ser desenvolvido de forma que o paciente e sua rede de apoio sejam inseridos no centro desse processo. A prática colaborativa aumenta a qualidade da assistência, contribuindo para a comunicação efetiva interprofissional e construção de parcerias, em conjunto com a educação em saúde é realizado um cuidado individualizado e integral, ajustando o vocabulário de acordo com as habilidades e os conhecimentos dos pacientes e familiares, facilitando a confiança e a conduta necessárias para a transição do cuidar do ambiente hospitalar para o domicílio.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H.F. PEDUZZI M. SILVA, M.C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)*, 20(59):905-16, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização- PNH, Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2013 – Acesso em: 01 de Março de 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

DOMAJNKO, Barbara et al. Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people. In: VYT, Andre; PAHOR, Majda; TERVASKANTO-MAENTAUSTA, Tiina. *Interprofessional education In Europe: policy and practice*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; pp. 37-48, 2015.

FERRAZ, C.M.L.C; VILELA, G.S; DIONÍZIO, A.C.S; CARAM, C.S; REZENDE, L.C; BRITO, M.J.M. Prática Colaborativa na Estratégia Saúde da Família: expressões, possibilidades e desafios para produção do cuidado. *REME - Rev Min Enferm.* 2022;26:e-1454. DOI:10.35699/2316-9389.2022.40294

VALENTE, S.H.; ZACHARIAS, F.C; FABRIZ, L.A.; SCHÖNHOLZER, T.E; FERRO, D; TOMAZELA, M. et al. Transição do cuidado de idosos do hospital para casa: Vivência da enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE02687. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02687>

SILVA, J. A. M. Educação Interprofissional em Saúde e Enfermagem no Contexto da Atenção Primária. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências), São Paulo, 2014.

WEBER, L.A.F; LIMA, M.A.D.S; ACOSTA, A.M; MARQUES, G.Q. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* (22)3: e47615, 2017. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>

WHO – World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO, 2010.