

## **Evolução das metas internacionais em um hospital de ensino**

Evolution of international targets in a teaching hospital

Almerinda Luedy<sup>1</sup>

Maria Auxiliadora L. M. Dias<sup>2</sup>

Elisa Auxiliadora França Ribeiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutora em Medicina e Saúde/UFBA, Mestre em Administração em Enfermagem/UFBA, Especialista em Gestão em Saúde, Gestão de Pessoas e Gerenciamento em Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Qualidade do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - Complexo HUPES/UFBA. Bahia. Brasil. E-mail: almerindaluedy@gmail.com.

<sup>2</sup> Assistente Social, Especialista em Gestão de Pessoas/UFBA, Atua no Núcleo da Qualidade do Complexo Hospitalar Universitário professor Edgard Santos-Complexo HUPES/UFBA e no Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. Bahia. Brasil. Email: landimmouradias@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Gerenciamento em Enfermagem, Ortopedia e Reabilitação de Lesado Medular e Enfermagem Médico-Cirúrgica. Enfermeira do Serviço de Desenvolvimento de Pessoas e do Núcleo da Qualidade do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - Complexo HUPES/UFBA. Bahia. Brasil. E-mail: lidocari@ig.com.br.

**Resumo:** As metas internacionais de segurança do paciente (IPSG) são destaque no processo de acreditação hospitalar por representarem áreas importantes e essenciais na assistência hospitalar. Elas têm se tornado um marco de confluência sobre segurança do paciente pelas organizações de saúde em todo o mundo. Este trabalho apresenta um relato de experiência, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um Hospital de Ensino (HE). Teve o objetivo de analisar a evolução das metas internacionais desde a implantação do processo de acreditação hospitalar em um Hospital Universitário na cidade de Salvador- Bahia. Os resultados demonstram a efetividade da implantação de ações voltadas para o cumprimento das metas internacionais de segurança do paciente. Desta forma, o HU como integrante do Ministério da Educação, já está se adequando ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, preconizado pelo Ministério da Saúde e ANVISA, lançado em 1º de abril de 2013.

**Palavras-chave:** Segurança do paciente. Acreditação. Hospital de ensino.

**Abstract:** The international goals of patient safety (IPSG) are featured in the hospital accreditation process because they represent important areas and essential hospital care.

They have become a landmark confluence on patient safety by health organizations worldwide. This paper presents an experience report, descriptive, exploratory, qualitative study conducted in a teaching hospital (HE). Aimed to analyze the evolution of international goals since the implementation of hospital accreditation process at a university hospital in the city of Salvador, Bahia. The results demonstrate the effectiveness of the implementation of actions for achieving the international goals of patient safety. Thus, the HU as part of the Ministry of Education, is already adapting to the National Patient Safety recommended by the Ministry of Health and ANVISA, launched on 1 April 2013.

**Keywords:** Patient Safety. Accreditation. Teaching Hospital.

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade nos cuidados ao paciente e sua associação com os processos de trabalho em saúde são históricas. Perpassa pela enfermeira Florence Nightingale em 1885, pela Associação Médica Americana em 1910, pelo Colégio Americano de Cirurgias em 1917, pela Comissão de Acreditação dos Hospitais (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals - JCAHO*) em 1952, dentre outras. Vale salientar que o movimento pela qualidade na Atenção e a Segurança do Paciente tem sido pauta, também, na agenda dos governos brasileiros, apoiando a inclusão das ações da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (ANVISA, 2013). Esta Aliança norteia os países interessados em implantar os desafios globais para a segurança do paciente, através de delineamento de ações que ajudem a evitar riscos para os pacientes.

Esse movimento acontece no país desde 1994, através do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e da Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS) e, bem recentemente, em abril de 2013, através da Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP / RDC 36 de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013; Ministério da Saúde, 2013).

Assim, no cenário de prestação de serviços de saúde toda e qualquer iniciativa fomentada para prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos representa grande desafio para assegurar a segurança do paciente.

Neste sentido, a *Joint Commission International* (JCI) preconiza as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG) e desde 2011 sua implementação é exigência para todas as instituições acreditadas pela JCI, no âmbito dos padrões internacionais para hospitais (MANUAL DE PADRÕES DE ACREDITAÇÃO PARA HOSPITAIS, 2011) e

instituições que estejam em processo. As seis metas internacionais de segurança do paciente (IPSG) são: (1) identificar os pacientes corretamente, (2) melhorar a comunicação efetiva; (3) melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância; (4) assegurar cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; (5) reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e (6) reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas. São destaques no processo de acreditação hospitalar pela JCI por representarem áreas importantes e essenciais na assistência hospitalar.

As metas têm se tornado um marco de confluência sobre segurança do paciente pelas organizações de saúde em todo o mundo. O atendimento às metas internacionais e reestruturação de processos poderão garantir um cuidado seguro e reduzir danos ao paciente antecipando a ocorrência dos erros.

Neste contexto que o Hospital de Ensino (HE) na cidade de Salvador - Bahia tem implementado ações e estratégias que corroborem para a garantia de segurança dos seus usuários, através da implantação do processo de acreditação hospitalar internacional pela JCI, desde agosto de 2009, através de parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) em consonância com o Projeto de Reestruturação dos Hospitais Universitários do país. Este estudo tem como objetivo analisar a evolução das metas internacionais desde a implantação do processo de acreditação hospitalar em um Hospital Universitário na cidade de Salvador-Bahia.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência, descritivo, exploratório. Foi realizado em um Hospital de Ensino, público, com 298 leitos, de alta complexidade, na cidade de Salvador/Bahia, prestador de serviço aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve práticas de ensino, assistência, pesquisa e extensão.

Foi utilizado como coleta de dados os planos de ação, nos quais contém os itens de verificação e padrões preconizados pelo manual de acreditação da *Joint Commission International* para hospitais e relatórios institucionais anuais, elaborados pelo Núcleo da Qualidade, de 2009 a 2012.

Foram atribuídos pesos 1, 5 e 10 para os *status* pendentes, em desenvolvimento e concluídos, respectivamente. A análise dos dados foi feita através de planilhas em Excel, sendo comparados anualmente os percentuais dos *status* atingidos. Com os resultados apresentados, o HE passou para a etapa de monitoramento e melhoria dos padrões através de treinamentos dos profissionais para adaptação às novas rotinas e, conseqüentemente, mudança de cultura da instituição.

### **3 RESULTADOS**

Chama a atenção que no Hospital em estudo, várias iniciativas foram tomadas nos aspectos estruturais, de processos e comportamentais e que resultaram no cumprimento dos padrões preconizados pelo Manual de Acreditação Hospitalar Internacional.

#### **3.1 A Meta 1 – identificação correta do paciente**

Inicialmente foram definidos os dois indicadores institucionais (nome completo e número do prontuário do paciente), utilizando-se pulseira branca, aprovada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, inicialmente em plástico higienizável e registro manual, posteriormente passou a ser utilizada pulseira em material resistente, com impressão informatizada. O controle de colocação das pulseiras nos pacientes ocorre na Central de Regulação de Leitos, garantindo, desta forma, que todos os pacientes admitidos para internação sejam identificados. São utilizadas ainda pulseiras laranja para os pacientes identificados, no internamento, com risco de queda, reafirmando a inter-relação entre as metas 1 e 6.

Todo o controle de substituição de pulseiras é gerenciado pela Central de Regulação de Leitos, tanto no que se refere a risco de queda, quanto em outras situações como retiradas para procedimentos ou danos. Para os pacientes de tratamento contínuo na instituição, são utilizados crachás de identificação, também gerenciada a emissão pela Central de Regulação de Leitos. Foi elaborada política onde estão previstas todas as situações para identificação de pacientes, tanto de pacientes ambulatoriais quanto pacientes de hospital dia, psiquiátricos e de tratamentos contínuos.

Outros aspectos previstos são do local para instalação da pulseira, levando-se em conta a idade e situações de pacientes especiais, bem como pacientes ainda sem registros de nascimento e gemelares. Inicialmente o grupo responsável pela meta 1, após elaboração de documento normativo, implantou o processo, controlou as situações adversas (tipo e qualidade do material), treinou os profissionais para realizar continuamente ajustes no processo. Atualmente monitora a utilização do identificador do paciente, através de indicador.

#### **3.2 A Meta 2 – melhorar a comunicação efetiva**

A definição de política institucional foi construída adequando-se principalmente a situações de emergência, levando-se em conta que o processo não ocorre com frequência, já que o HE apresenta um corpo clínico fechado e com plantonista 24 horas. Foram elaborados cartazes para divulgação da política, construído fluxograma e treinamento dos profissionais envolvidos no processo frequência, já que o HE apresenta um corpo clínico fechado e com plantonista 24 horas.

Foram elaborados cartazes para divulgação da política, construído fluxograma e treinamento dos profissionais envolvidos no processo frequência, já que o HE apresenta um corpo clínico fechado e com plantonista 24 horas. Foram elaborados cartazes para divulgação da política, construído fluxograma e treinamento dos profissionais envolvidos no processo. Quando identificadas as situações que necessitam de aplicação deste processo, há orientações específicas para recebimento de resultado de exame laboratorial por telefone e prescrição de medicamentos por ordem verbal telefônica, com utilização das técnicas de *read back* e *repeat back*, com transcrição em impresso adequado e tempo estipulado para o médico prescrever o medicamento informado ao enfermeiro pelo telefone e o bioquímico enviar o resultado do exame crítico ao sistema.

Há uma lista de medicamentos proibidos para repasse por meio de prescrição médica verbal, a citar: quimioterápicos, antibióticos, psicotrópicos com finalidade pré- anestésica, sangue e hemoderivados. O monitoramento encontra-se em fase inicial. Quando identificadas as situações que necessitam de aplicação deste processo, há orientações específicas para recebimento de resultado de exame laboratorial por telefone e prescrição de medicamentos por ordem verbal telefônica, com utilização das técnicas de *read back* e *repeat back*, com transcrição em impresso adequado e tempo estipulado para o médico prescrever o medicamento informado ao enfermeiro pelo telefone e o bioquímico enviar o resultado do exame crítico ao sistema.

### **3.3 A Meta 3 – Melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância**

Iniciou-se com a elaboração de política, estabelecendo-se uma relação direta entre os medicamentos de alta vigilância (MAV) - definidos no Manual de Padrões e os medicamentos constantes na seleção de medicamentos institucionais. Foi embasada no conceito de medicamentos cujo uso inadvertido ou inadequado pode resultar em consequências adversas graves ou óbito do paciente, processo controlado desde a aquisição, recebimento, rotulagem, armazenamento, prescrição, aprazamento, dispensação, preparo, administração até o monitoramento. Foi definido local para guarda dos medicamentos de alta vigilância no Serviço de Assistência Farmacêutica e nas unidades de internação abertas e, revisado os locais de guarda e segregação nas unidades de terapia intensiva.

Com a construção da política foi elaborado cartaz com a relação das seis classes e dos dezenove Medicamentos de Alta Vigilância, com informação do risco, por exemplo: NARCÓTICOS (Sulfato de Morfina, Petidina, Propofol e Fentanil - Risco de Depressão Respiratória), AGENTES ANTITROMBÓTICOS (Alteplase, Estreptoquinase - Risco de

Hemorragia), INSULINAS (Insulina Humana NPH, Insulina Humana Regular - Risco de Coma hipoglicêmico).

Além destes foi elaborado um cartaz específico com todos ANTINEOPLÁSICOS. Todos estes com destaque na cor vermelha, cor escolhida para identificação dos medicamentos, que passaram a ser etiquetados no Serviço de Assistência Farmacêutica, antes da distribuição para as Unidades de Internação. Foram realizadas visitas técnicas da equipe do Serviço de Farmácia, de Enfermagem, Engenharia e Arquitetura para identificação dos locais mais adequados para guarda e segregação dos referidos medicamentos nas unidades de internação.

Diante das dificuldades na logística do transporte dos medicamentos foram confeccionadas sacolas em material lavável e escuro, para distribuição em substituição aos sacos plásticos transparentes. Foram realizados treinamentos específicos para a equipe de enfermagem, na implementação do processo e disseminação da importância do atendimento à meta, assim como revisão do quantitativo dos medicamentos disponíveis e dos impressos de controle dos MAV nas unidades de Terapia Intensiva, incluindo os medicamentos termossensíveis, que são acondicionados sob refrigeração. O monitoramento encontra-se em fase inicial.

### **3.4 A Meta 4 - Assegurar cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.**

Foi elaborada a política, construída a lista de verificação de segurança cirúrgica, feita aquisição de canetas dermográficas e definido o símbolo para demarcação do sítio cirúrgico.

Vale salientar que o processo aconteceu, inicialmente, como piloto, no Centro Cirúrgico de Oftalmologia com iniciativa do corpo de enfermagem e, mais recentemente, o processo está sendo iniciado no Centro Cirúrgico Geral. Após seis meses de demarcação do sítio cirúrgico com iniciais do médico ou residente cirurgião, a equipe após avaliação, solicitou a mudança do símbolo que foi passado para círculo e alvo. O monitoramento encontra-se em fase inicial.

### **3.5 A Meta 5 - Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.**

Por ser um processo já institucionalizado, sofreu apenas adequação e melhoria, como construção de política institucional, elaboração de material educativo (folder) e intensificação de treinamentos. Considera-se a intensificação de processo contínuo educativo para profissionais e a atualização constante, devido a rotatividade de residentes e graduandos que

atuam na instituição e acolhimento de novos profissionais. Foram revisados todos os quantitativos em relação a dispensadores de álcool gel, sabão líquido, papel-toalha para abrangência de todas as áreas assistenciais. Os cartazes com orientação de higienização das mãos, com álcool gel ou sabão líquido, também foram revisados e reformulados quanto a conteúdo e locais de fixação. Atualmente é monitorado o indicador de taxa de profissionais treinados em higienização das mãos.

### **3.6 A Meta 6 - Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas.**

Foi iniciado o processo com a busca de artigos científicos para domínio teórico; levantamento de equipamentos e materiais, barreiras arquitetônicas existentes na instituição e posterior construção de política institucional, com definição de faixa etária de risco mais vulnerável ao evento (0 a 12 e maiores de 60) e definição da cor laranja para identificação do risco de queda. Em consonância com a meta 1, os pacientes são identificados na Central de Regulação de Leitos.

Houve a elaboração de fluxograma, de material educativo de prevenção de queda (folder), lista de medidas preventivas para nortear os profissionais no cuidado, critérios para avaliação de risco de queda através de impresso próprio - realizada pelo enfermeiro e seleção dos identificadores visuais - como placas fixadas nos leitos e etiquetas adesivas laranja para o prontuário. Crachás com o identificador de risco de queda (laranja) para pacientes externos de tratamento contínuo e hospital dia também foram adotados.

Foi construído pelo grupo da Meta 6 e implantado em todo o HE, o impresso de notificação de queda e lesões e investigação e validação do evento, bem como realizados treinamentos iniciais em todos os setores da instituição e em salas de aula, para orientação do processo e acompanhamento da equipe para retirada de dúvidas com vistas à melhorias e correção das não conformidades apresentadas.

Foram confeccionadas faixas em tecido adequadas para contenção mecânica de pacientes em substituição a atadura de crepom e aquisição de camas elétricas com grades para todas as unidades de internação. Pode-se observar que para uma maior adequação ao padrão são necessárias ainda aquisições de equipamentos e reforma de instalações. Ressaltamos a dificuldade, considerando-se que o Hospital de Ensino possui uma estrutura física antiga e com poucos recursos financeiros para atendimento a todas as necessidades estruturais.

Para sensibilização contínua dos profissionais, residentes e graduandos há semestralmente campanhas na Intranet e *mailing* dos profissionais como a realizada no primeiro semestre deste ano: SEU PACIENTE TEM RISCO DE QUEDA? O processo está sendo monitorado desde a implantação com o indicador de Quedas de Pacientes, e há cerca de

um ano com o indicador de quedas de pacientes resultando em lesão, este selecionado da Biblioteca da *Joint Commission International*.

O desempenho geral do hospital mostrou que, exceto a meta quatro (IPSG4) com 60%, as demais metas foram iguais ou superiores a 80% das conclusões das ações planejadas para o cumprimento dos padrões das metas internacionais de segurança do paciente.

O menor percentual encontrado na IPSG4 corresponde a uma dificuldade, internacionalmente reconhecida, relacionada em se conseguir a adesão dos profissionais médicos para sua implementação, descrita nos padrões (figura 4). Reconhecendo que apenas a meta internacional para reduzir os riscos de infecção associadas aos cuidados de saúde (IPSG5- figura 5), já possuía iniciativas anteriores ao processo de acreditação hospitalar, as demais representam avanços significativos para a assistência segura aos pacientes e para a formação de profissionais.

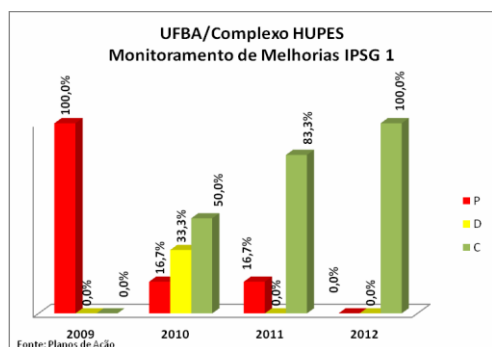


Figura 1. IPSG 1.

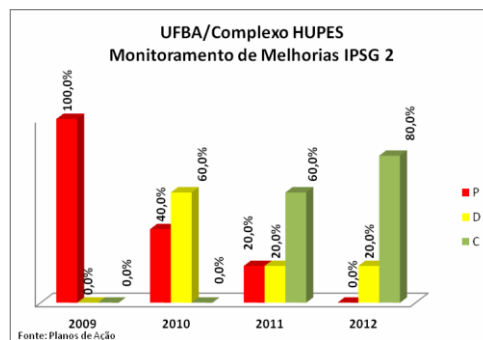


Figura 2. IPSG 2.

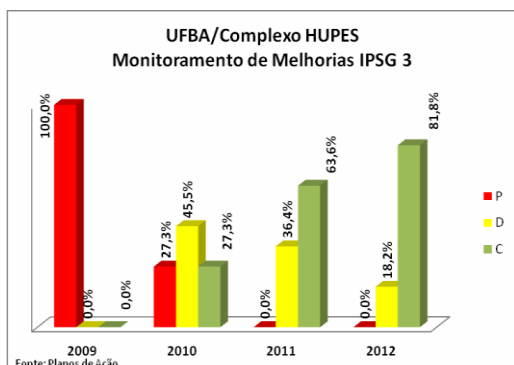


Figura 3. IPSG 3.

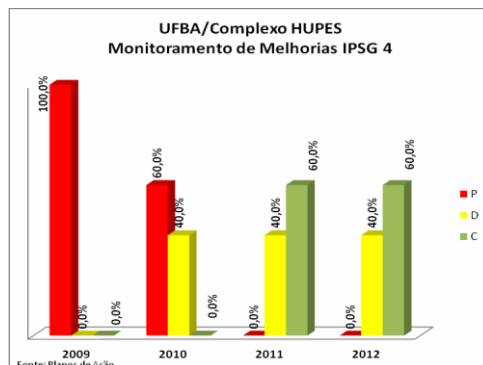


Figura 4. IPSG 4.



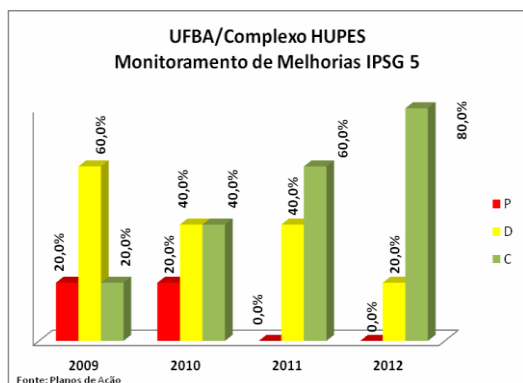


Figura 5. IPSPG 5.

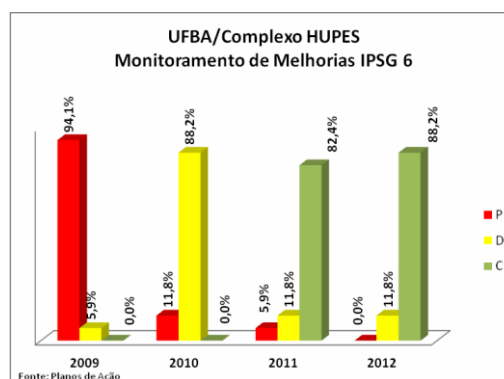


Figura 6. IPSPG 6.

## CONCLUSÃO

Os gráficos demonstram a efetividade da implantação de ações voltadas para o cumprimento das metas internacionais de segurança do paciente. Vale ressaltar que esforços governamentais devem ser empreendidos para a melhoria estrutural e de equipamentos dos HE, na educação permanente dos profissionais de saúde e na formação de pessoas da área da saúde. Desta forma, o Hospital de Ensino da cidade de Salvador - Bahia, adotando desde 2009 os padrões internacionais de qualidade e segurança do paciente, através do processo de Acreditação Hospitalar, e como integrante do Ministério da Educação, já está se adequando ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, preconizado pelo Ministério da Saúde e ANVISA, lançado em 1º de abril de 2013.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: uma reflexão aplicada à prática**. 1ª edição. 2013.

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS. **Relatórios do Núcleo da Qualidade**. Salvador. 2009.

\_\_\_\_\_. **Relatórios do Núcleo da Qualidade**. Salvador, 2010.

\_\_\_\_\_. **Relatórios do Núcleo da Qualidade**. Salvador, 2011.

\_\_\_\_\_. **Relatórios do Núcleo da Qualidade**. Salvador, 2012.

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS. **Documentos Normativos Internos**. Salvador. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013**. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudele>>

[gis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://gis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>.

**CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Padrões de acreditação da joint commission international para hospitais** [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA: 2010.

Recebido em: 17 out. 2013.

Avaliado em: 28 out. 2013.

Publicado em: 01 out 2013