

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR – AVALIAÇÃO DE UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO.

LUCIANA NUNES SOARES; ANA PAULA GRALA²; LUCIENE SMITHS PRIMO³

¹Univerdidade Federal de Pelotas, Prefeitura Municipal de Pelotas – luciana.nunes.soares@gmail.com

²Univerdidade Federal de Pelotas – anapaulagrala@gmail.com

³Universidade Católica de Pelotas, Prefeitura Municipal de Pelotas – smithsprimo@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de uma assistência de qualidade é amplamente discutida atualmente, sendo a busca deste ideal uma tarefa desafiadora para todos os profissionais da saúde. Na história da enfermagem, podemos identificar que este anseio surge com Florence Nightingale, que em sua época introduziu várias medidas e conceitos para um cuidado de qualidade, sendo de certa forma pioneiro na busca da excelência na saúde¹.

No Brasil, os conceitos da acreditação equanto metodologia de qualidade começaram a ser difundidos com a criação de uma Divisão de Organização Hospitalar (DOU), que tinha como principal objetivo classificar os hospitais segundo os padrões internacionais de qualidade a qual originou o Programa Brasileiro de Acreditação, o qual em 1999 evoluiu para a Organização Nacional de Acreditação (ONA)¹.

Desde a sua fundação até hoje, a ONA atua no sentido de qualificar a assistência dos serviços de saúde a partir de um processo de avaliação baseado em requisitos que traduzem as melhores práticas para o cuidado em saúde¹.

A Acreditação Hospitalar é uma metodologia de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, e esse programa busca garantir uma assistência de excelência, comparando as práticas existentes com padrões previamente estabelecidos, os quais levam em consideração a legislação vigente, boas práticas reconhecidas na área assistencial e ferramentas de gestão da qualidade¹.

Inúmeras são as vantagens em participar de um processo de acreditação, entre elas, o reconhecimento da qualidade assistencial através da certificação, a construção e desenvolvimento de uma equipe qualificada, a criação de um clima de trabalho voltado para melhoria, um melhoramento do processo de gestão da instituição, uma maior segurança nos processos assistenciais, a diminuição do número de processos judiciais, entre outros¹.

A certificação de acreditação é concedida em três níveis, entendendo que uma organização em busca da qualidade necessita de uma caminhada, no qual o “Nível Um” consiste no cumprimento de padrões básicos de qualidade, o “Nível Dois” exige uma maior evolução na busca da excelência, e no “Terceiro” e último nível, a organização está próxima de um caminho de excelência².

O Manual Brasileiro de Acreditação determina as diretrizes para todos os setores e áreas que compreendem uma organização de saúde, na qual cada área deve buscar atingir os padrões conforme sua seção no Manual de Acreditação².

O estudo objetivou avaliar Unidades de Tratamento Intensivo Adulto dos hospitais de ensino de Pelotas e classificá-los, conforme status da ONA – Organização Acreditada, Acreditada Plena, Acreditada em Excelência ou Não Acreditada.

2. METODOLOGIA

O estudo teve natureza descritiva e exploratória e a pesquisa foi desenvolvida em Unidades ou Centro de Tratamento Intensivo dos hospitais: Hospital Universitário São Francisco de Paula e o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – HE.

Para coleta dos dados, foi elaborado um instrumento baseado no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, e da legislação correspondente aos requisitos citados no manual, considerando a seção correspondente a Tratamento Intensivo.

As informações coletadas foram agrupadas em uma planilha Excel para análise e identificação da adequação ou não aos padrões estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação e pela Legislação correspondente.

Conforme a análise dos pontos fortes e não conformidades, o setor foi classificado segundo os níveis da ONA, em Não acreditado, Acreditado, Acreditada Plena e Acreditada em Excelência.

Em relação aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) através do protocolo 377.830.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao nível I, ambos os hospitais avaliados apresentaram não conformidades, resultando um aproveitamento de 33,3% pelo hospital A e 50% pelo hospital B.

Na avaliação referente ao nível II, os dois hospitais apresentaram apenas 10% de adequação aos requisitos avaliados.

Quando avaliados através dos critérios do nível III, o hospital A obteve 33,3% de adequação, enquanto o hospital B apresentou 0%.

Com relação a avaliação referente ao nível I, a questão referente ao corpo técnico habilitado, dimensionado e capacitado para terapia intensiva, percebeu-se que no hospital A os responsáveis técnicos e coordenadores das áreas (médico, enfermeiro e fisioterapia) não possuem especialização, porém no hospital B todos os coordenadores possuem a referida pós-graduação. Ainda em relação ao requisito avaliado, a unidade B possui dimensionamento adequado e a unidade A ainda necessita adequar o quadro funcional, principalmente em relação ao número de enfermeiros e fisioterapeutas.

Segundo a Resolução - RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 da ANVISA, a unidade precisa ter um Responsável Técnico que deve ter título de especialista em Medicina Intensiva, coordenadores de enfermagem e de fisioterapia especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada a assistência ao paciente grave.

A resolução preconiza que a equipe participe de um programa de educação, porém foi observado que ambas as unidades não possuem cronograma de capacitação, o que pode acentuar o risco de falhas no processo de melhoria na qualidade da assistência.

Com relação a infraestrutura, quando avaliado segundo os parâmetros da RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, verificou-se que o hospital A apresenta lacunas que interferem na privacidade do paciente, devido a falta de uma sala de espera e notícias, bem como a ausência de divisão entre os leitos. Porém, cabe

ressaltar que todos os demais itens e metragens exigidas pela RDC estão em conformidade com a norma nos dois hospitais¹¹.

Quanto aos equipamentos exigidos pela RDC7, verificou-se no hospital A a ausência de macas balança, porém o hospital B apresentou todos os equipamentos de forma adequada ao funcionamento da unidade e a continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC10.

Em relação aos protocolos de patologias de maior risco e critérios de admissão, o hospital A apresentou os mesmos, porém com a última atualização do ano de 2008, enquanto o hospital B informou que os mesmos estão sendo construídos pela equipe. A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.

Dentre os pontos fortes vistos nos dois hospitais, foi possível identificar o cumprimento das diretrizes da C.C.I.H., a padronização de protocolos de isolamento e a existência de conformidade do Plano de Gerenciamento de Resíduos¹⁰.

Ainda conforme a norma, a UTI deve dispor de processo que garanta a manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos, assim como evidência de calibração destes equipamentos. O hospital A está adequado no que diz respeito à calibração e manutenção de equipamentos, contudo, o hospital B informou que a manutenção ocorre somente quando o equipamento demonstra problemas.

Outro ponto relevante foi a não observância da privacidade e sigilo do paciente pelo hospital A, já que a conversa com o familiar é realizada no corredor do setor, expondo o cliente aos demais familiares.

Segundo a RDC 7, a evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem, de fisioterapia e demais profissionais, no prontuário do paciente, em cada turno, atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais. Sendo assim, nenhuma das unidades apresentou conformidade com o requisito de registros multidisciplinares que garantam a continuidade do cuidado, já que as evoluções diárias não são realizadas em prontuário único, e sim de forma individualizada.¹⁰

Com relação aos riscos, os responsáveis pelas duas unidades informaram que os mesmos estão sendo mapeados, não havendo assim processo para prevenção, detecção e mitigação dos mesmos.

Após avaliação dos itens do nível II, foi possível evidenciar que a unidade do hospital A não identifica fornecedores e clientes, bem como suas relações sistêmicas em seus processos, sendo que os mesmos estão mapeados, mas desatualizados desde 2008 e a unidade do hospital B está em processo de mapeamento dos processos.

Ainda em relação aos processos, a unidade A não possui controle de melhorias realizadas, mas informam que as mesmas ocorrem em decorrência das reuniões de coordenação e “rounds” multidisciplinares, citando como evidências de melhorias as medidas de isolamento, protocolos de sedação, mudanças de dieta padrão e eventos adversos. No hospital B não foram identificadas melhorias

decorrentes da análise de processos, pois os mesmos estão em fase de padronização.

Com relação aos indicadores de processos, o hospital A possui indicadores como infecção, extubação acidental, retirada advertida de drenos, úlceras de pressão, erros de administração de medicamentos, entre outros, porém quanto a efetividade do gerenciamento dos riscos, os indicadores não demonstram melhora nos processos. O hospital B informou que os indicadores estão sendo construídos juntamente com a revisão dos processos.

O nível III avalia a excelência da gestão da unidade, os resultados efetivos e as melhorias reais obtidas pelo amadurecimento da gestão. Ao avaliar este nível, a UTI A demonstrou que não estabelece uma relação de causa e efeito entre os indicadores. Além disso, não possui evidências de análise crítica e de melhoria, bem como inovações de forma sistematizada, mas sim de maneiras informais. A UTI B está em fase de desenvolvimento dos processos e indicadores, não permitindo assim a avaliação dos itens referentes a este requisito⁶.

Embora possua indicadores de desempenho, a unidade A não apresenta tendência favorável de desempenho, pois os resultados não demonstram evolução positiva dos últimos três ciclos e também não identificam oportunidades de melhoria através de processos comparativos.

4. CONCLUSÕES

A implementação de um sistema de qualidade como a acreditação não é uma tarefa simples, e exige o comprometimento e empenho contínuo dos gestores e profissionais que atuam nas unidades de saúde.

A avaliação realizada propiciou aos hospitais um diagnóstico de suas unidades de tratamento intensivo, no qual poderá embasar de forma completa o estabelecimento para construção de um plano de ação para sanar as lacunas identificadas. Quinto Neto, um dos profissionais mais experientes na aplicação da metodologia no Brasil, estima que as unidades que aderem ao programa levam de 12 a 16 meses para adequação das lacunas e disseminação da cultura da excelência.

A aplicação da metodologia de acreditação, e por consequência este trabalho, contribui de forma significativa na busca pela qualidade da assistência, fato significativo no contexto da saúde atual, já que os eventos adversos são constantes e os problemas oriundos da falta de ferramentas gerenciais são presentes e crescentes, nos cenários dos hospitais brasileiros.

5. REFERÊNCIAS

1. QUINTO, Neto A. **Processo de Acreditação: A Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde**. Porto Alegre: Da Casa; 2000.
2. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Organizações Certificadas. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>> Acesso em: 18 de novembro de 2013
3. ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde- Organização Nacional da Acreditação**, Editora Ciências Médicas de Minas Gerais – 2010- Brasília.