

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA RANALLI RINALDI

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE
GESTÃO DO ACESSO HOSPITALAR FRENTE À ACREDITAÇÃO**

**São Carlos
2019**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA RANALLI RINALDI

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE
GESTÃO DO ACESSO HOSPITALAR FRENTE À ACREDITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sílvia Helena Zem-Mascarenhas.

**São Carlos
2019**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Juliana Ranalli Rinaldi, realizada em 13/02/2019:

Profa. Dra. Silvia Helena Zem Mascarenhas
UFSCar

Profa. Dra. Fabiane Leticia Lizarelli
UFSCar

Profa. Dra. Liliane Bauer Feldman
UNIFESP

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Liliane Bauer Feldman e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Silvia Helena Zem Mascarenhas

DEDICATÓRIA

Aos meus avós Nathanael Rinaldi e Paulina Rinaldi (*Em memória*), por todos os momentos vivenciados, pelo amor, pela harmonia e alegria de se levar a vida! Tenho certeza que estão felizes por mais esta etapa concluída!

A minha amada mãe Julia Ranalli por todo amor incondicional, apoio, dedicação, inspiração e maior fonte de incentivo dos meus sonhos.

Ao meu filho Pedro, que desde seu nascimento só trouxe alegrias e luz para minha vida.

Ao marido Roberto, companheiro, que me mostrou o verdadeiro sentido do matrimônio.

Ao meu irmão Diogo que me ajudou na qualificação e na construção final deste projeto! Agradeço pela dedicação, apoio e incentivo.

Aos meus irmãos: Talita e Guilherme e meu sobrinho Daniel, que vibram comigo a realização deste sonho. Ao meu pai, pelas orações.

Aos colegas de trabalho de toda minha trajetória profissional, que me respeitaram e apoiaram para a realização deste projeto.

A vocês todo meu amor e gratidão!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo presente maravilhoso de poder viver a cada dia, por guiar e proteger meu caminho e por me proporcionar crescimento e evolução.

À minha mãe Júlia, por ser exemplo de força, superação e garra como mulher, por me incentivar a crescer e lutar com todas as minhas forças para realizar meus sonhos!

À você, meu filho iluminado, minha eterna gratidão por Deus permitir sua chegada na minha vida e por alegrar os meus dias!

Ao meu marido Roberto, obrigada pela parceria em todos os momentos, pela paciência e por me apoiar nos estudos e escolhas profissionais.

Ao meu irmão Diogo que me ajudou na qualificação e na construção final deste projeto! Agradeço pela dedicação, apoio e incentivo.

À toda minha família, que são base e raiz da minha vida. Minha eterna gratidão por contribuírem na realização deste sonho. Ao meu pai Nathanael, pelas orações por minha vida.

À minha orientadora “*Teacher*” *Silvia Helena Zem-Mascarenhas*, agradeço eternamente por me acolher no trabalho e nos estudos, até em sua casa! Obrigada pelo carinho, cumplicidade, amor, paciência, orientação, amizade e confiança.

À minha chefe Valéria Gabassa, por me autorizar a realizar este projeto, pela confiança em meu trabalho, pelo profissionalismo, mas também pela parceria e amizade ao longo dos anos! A nossa amizade e conexão é inexplicável!

Às Professoras Liliane e Fabiane, por toda colaboração, disponibilidade e contribuição desde o exame de qualificação, agradeço imensamente as sugestões preciosas para a continuidade desta pesquisa e por terem aceito participar da banca de defesa da dissertação.

Aos profissionais do HU-UFSCar que participaram da pesquisa, agradeço imensamente todo aprendizado, convivência, parceria, responsabilidade e competência inclusive para que eu pudesse me ausentar em alguns momentos para o desenvolvimento do projeto.

Às minhas colegas de mestrado, em especial a Cíntia, obrigada pela amizade, pela parceria e pelo compartilhamento dos momentos nessa trajetória!

Agradeço também dois colegas que admiro muito, Aléxia Mandolesi Costa e Allan Egon Kern por toda atenção, respeito e apoio pelo projeto.

A todos os membros do NIR, em especial a Lilian e Josias, obrigada por todo o apoio e por me darem cobertura no trabalho para que eu desenvolver o projeto. A equipe da Unidade de Processamento UPIAMA por toda compreensão e confiança no meu trabalho.

Esse mestrado não seria possível sem vocês!

Aos meus amigos da vida toda: Adriana Mallman, Rosemary Parmejano, Sheila Borges, Fabiano Shimosako, Gilson Leite, por todo apoio e amizade durante esses anos, agradeço todos incentivos e ajuda!

Aos meus amigos de São Carlos, em especial Marta Auxiliadora, Meliza Roscani, Rodrigo Aguilar, por essa amizade maravilhosa ao longo dos últimos anos, pela cumplicidade, diversão, caronas, disposição em ajudar o próximo e alegria em compartilhar os momentos da vida!

À Superintendente do HU-UFSCar / Prof^ª Angela Leal, que participou desta minha trajetória de estudante, obrigada por acreditar em meu profissionalismo e apoiar o desenvolvimento na pós-graduação de Gestão em Saúde.

A todas as recepcionistas que já atuaram ou atuam no HU-UFSCar e apoiaram e ainda apoiam nas atividades do Núcleo Interno de Regulação, que me incentivam a cada dia me esforçar para ser uma líder melhor e mais humana!

Aos colegas da EBSEH- Sede BSB e do COSEMS –SP que me acolheram na vida profissional e me incentivaram a trabalhar com gestão pública! Agradeço especialmente a minha amiga Rogéria Lucena, profissional exemplar! Ao Troccoli e Elaine que participaram da minha transição para a Gestão. Obrigada por sempre me acolher e acreditar no meu potencial!

As Diretoras do IBES, Alécia, Vanice, Vivian e Christian pelos ensinamentos a cada nova visita de avaliação, por me incentivarem no desenvolvimento como Avaliadora ONA, pela confiança, minha gratidão por todos os momentos de aprendizagem!

Às colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos e da Diretoria Regional de Saúde - DRS3 pela parceria no trabalho, pelo aprendizado em minha vida profissional!

Aos profissionais que aceitaram participar desta pesquisa!

Ao HU-UFSCar e ao IBES pelo apoio no desenvolvimento deste estudo e por permitir dedicação ao desenvolvimento.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram e torceram para que esse sonho se concretizasse.

A vocês minha eterna gratidão!

“Entrega o teu caminho ao SENHOR, confia Nele, e o mais Ele fará”.

Salmos 37:5
(A Bíblia Sagrada)

RESUMO

RINALDI, J. R. **Análise dos processos de Gestão do acesso hospitalar frente à acreditação**. 2019. 000 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

A acreditação é um método de avaliação e certificação, que busca por padrões e requisitos promover a qualidade e segurança da assistência nas instituições de saúde. No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) é responsável pela principal metodologia de acreditação e utiliza como instrumento de avaliação o Manual Brasileiro de Acreditação. O processo é voluntário e possui como principal objetivo, incentivar os serviços de saúde a buscar de forma organizada e sistemática, a melhoria contínua da estrutura, processos e resultados. Este estudo teve por objetivo analisar a conformidade dos processos relacionados a subseção do manual “Gestão do acesso” em relação aos requisitos de nível 1 de acreditação da ONA. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva do tipo exploratória. Para o desenvolvimento foram percorridas 4 etapas. Na etapa 1 “detalhamento dos requisitos”, foi elaborado um questionário semiestruturado com 259 itens. Na etapa 2 “identificação da situação atual” ocorreram visitas nas áreas que possuem relação com os processos relativos à Gestão do Acesso. Na etapa 3 “análise das conformidades” foi analisado as respostas para cada item verificado durante as visitas nas áreas, as ações em conformidade com os requisitos representaram 38,6% (100 questões) e 61,4% (159 questões) não conformes. Por fim, na etapa 4 “identificação e priorização das não conformidades sistêmicas” foi realizada uma análise transversal das não conformidades mais críticas na organização. Para priorizá-las foi utilizada a matriz Gravidade, Urgência e Tendência sendo possível correlacionar os problemas com ocorrências em mais de uma área, representados como não conformidades sistêmicas. Em seguida foi gerada uma pontuação de acordo os níveis crescentes em gravidade de 1 a 5. Do total de 159 itens não conformidades, 124 eram sistêmicas correspondendo a 78 % e, 35 itens eram não conformidades pontuais e corresponderam a 22% das questões. Os resultados encontrados na pesquisa demonstraram que em um processo de avaliação, o hospital em estudo receberia o resultado de não acreditado por não ter alcançado o percentual de maior ou igual a 70% de conformidades, segundo o manual da ONA 2018. A pesquisa possibilitou um diagnóstico das intervenções necessárias para a melhoria dos processos de trabalho relacionados à Gestão do Acesso, bem como a priorização dos problemas na matriz de gravidade, urgência e tendência com o ranking para nortear a execução das ações. O instrumento de coleta dos dados que foi elaborado com o detalhamento dos requisitos da subseção e poderá ser utilizado como ferramenta para a instituição, e para outras organizações que buscam conhecer os itens a serem verificados na gestão do acesso. Também poderá beneficiar avaliadores nas visitas de avaliação, uma vez que o mesmo apresenta maior detalhamento do requisito do padrão ONA. Por fim, o presente estudo demonstrou que o processo de avaliação para acreditação auxilia as instituições no esforço pelas boas práticas de serviços da saúde, através da padronização de processos e melhoria da assistência.

Descritores: Acreditação hospitalar, admissão do paciente, alta do paciente, tecnologia biomédica, gestão em saúde, organização e administração.

ABSTRACT

RINALDI, J. R. **Analysis of Hospital Access Management processes through accreditation.** 2019. 000 p. Thesis (Master in Health Sciences) - Graduate Program in Nursing, Federal University of São Carlos, São Carlos, 2019.

Accreditation is a method of evaluation and certification, establishing standards and requirements to promote the quality and safety of care in health institutions. In Brazil, the National Accreditation Organization (ONA) is the responsible for the main accreditation methodology and uses as an evaluation tool the Brazilian Accreditation Manual. This process is voluntary and the main objective is to encourage health services to search, in an organized and systematic way, continuous improvement of its structure, processes and results. This study aimed to analyze the compliance of the procedures related to the subsection "Access management" of the above mentioned manual in relation to ONA's level 1 accreditation requirements. It is a qualitative research, of descriptive nature of the exploratory type. For this work development, 4 stages have been settled and covered. In step 1 "detailing requirements", a semi-structured questionnaire with 259 items was prepared. In stage 2, "identification of the current situation" visits took place in the areas that have relation with the processes related to Access Management. In step 3, "compliance analysis", the responses for each item verified during the visits in the areas were analyzed, 38.6% (100 questions) of actions taken fulfilled the requirements and 61.4% (159 questions) of taken actions were non-conformities. Finally, in stage 4 "identification and prioritization of systemic nonconformities", a cross-sectional analysis of the most critical nonconformities (NC) in the organization has been performed. A matrix system base regarding Severity, Urgency and Tendency (GUT) has been created to stress the NCs occurrences and for matching the NCs in more than one area. The latter was regarded as systemic NCs. Furthermore, a score table was generated according to the increasing levels in severity from 1 to 5. 124 out of 159 NC items, were NC systemic and they corresponded to 78%, and 35 items were particular NC and corresponded to 22% of the questions. The results found in this research demonstrate that in an evaluation process, the hospital in this study would be deemed as not accredited due having not reached the percentage equal or higher to 70% of conformities, according to ONA's 2018 manual. The research has made possible a diagnosis of the necessary actions for improvement of work processes related to Access Management, as well as a priority system for the problems in the matrix of severity, urgency and tendency with a ranking to guide the execution of actions. The collecting data instrument, which was elaborated following the details of the subsection requirements, can be used as a tool not only for the institution but also for other organizations that seek to learn the items to be verified in access management. It may also benefit evaluators under ongoing evaluation visits, once the developed instrument takes in account more accurate detail of ONA standard requirement. Finally, the present study has demonstrated the accreditation evaluation process as a helping device for hospitals management in the effort to improve health service practices by standardizing processes and improvement of healthcare programs.

Descriptors: Hospital accreditation, patient admission, patient discharge, biomedical technology, health management, organization and administration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Requisitos do padrão da Subseção Gestão do Acesso. Fonte: Manual da ONA (2014, p.90)	28
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de questões por área. São Carlos (SP), 2018.....	38
Tabela 2: Número de questões por processo. São Carlos (SP), 2018.	38
Tabela 3: Número de questões por requisito. São Carlos (SP), 2018.	39
Tabela 4: Número de questões por área e forma de obtenção de resposta. São Carlos (SP), 2018.	41
Tabela 5: Conformidade e não conformidade por número de questões. São Carlos (SP), 2018.	42
Tabela 6: Conformidade e Não Conformidade por área. São Carlos (SP), 2018.....	43
Tabela 7: Questões em Conformidade e Não Conformidade por processo. São Carlos (SP), 2018.....	44
Tabela 8: Não conformidade pontual e sistêmica por número de questões. São Carlos (SP), 2018.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Conformidade ou não conformidade por requisitos. São Carlos (SP), 2018.	43
Gráfico 2: Conformidade ou Não Conformidade por área. São Carlos (SP), 2018.	44
Gráfico 3: Não Conformidade pontual ou sistêmica por área. São Carlos (SP), 2018.	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Detalhamento do requisito 1 do padrão da Subseção Gestão do Acesso. São Carlos (SP), 2018.....	30
Quadro 2: Colunas do instrumento de coleta de dados de detalhamento dos requisitos da Subseção Gestão do Acesso. São Carlos (SP), 2018.....	33
Quadro 3: Participantes por área. São Carlos (SP), 2018.....	40
Quadro 4: Não Conformidade sistêmica por área e processo. São Carlos (SP), 2018.....	45
Quadro 5: Percentual de NC sistêmicas em relação ao número de questões por requisito. São Carlos (SP), 2019.....	47
Quadro 6: Parâmetros dos níveis da matriz GUT - Gravidade, Urgência e Tendência.....	48
Quadro 7: Total de ocorrências de não conformidades sistêmicas. São Carlos (SP), 2019.....	49
Quadro 8: Ranking de priorização de NC sistêmicas geradas na Matriz GUT. São Carlos (SP), 2019.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI - Accreditation Canada International

DICQ - Departamento Nacional de Acreditação

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENF - Enfermaria de Clínica Médica

GUT - Gravidade, Urgência e Tendência (matriz)

IAC - Instituições Acreditadoras Credenciadas

JCI - Joint Commission International

MS – Ministério da Saúde

NC - Não conformidade

NIR - Núcleo Interno de Regulação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

PA - Pronto Atendimento

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. JUSTIFICATIVA.....	25
3. OBJETIVOS.....	26
3.1. Objetivo geral	26
3.2. Objetivos específicos	26
4. MÉTODO.....	27
4.1. ETAPA 1 - Detalhamento dos requisitos e elaboração do instrumento de coleta de dados	27
4.2. ETAPA 2 - Identificação da situação atual.....	31
4.3. ETAPA 3 – Análise das conformidades	34
4.4. ETAPA 4 – Identificação e priorização das não conformidades sistêmicas	34
4.5. Local do estudo.....	36
4.6. Aspectos éticos e legais	37
5. RESULTADOS	38
5.1. ETAPA 1 – Detalhamento dos requisitos e elaboração do instrumento de coleta de dados ...	38
5.2. ETAPA 2 – Realização da identificação da situação atual.....	40
5.3. ETAPA 3 – Análise das conformidades	41
5.4. ETAPA 4 – Identificação e priorização das não conformidades sistêmicas	44
6. DISCUSSÃO.....	53
7. CONCLUSÃO.....	57
8. REFERÊNCIAS	59
9. ANEXOS.....	63
10. APÊNDICES	67

APRESENTAÇÃO

Sou Biomédica de formação e o perfil deste profissional é voltado para Análises clínicas. Minhas experiências de maior duração na assistência foram em duas instituições: um hospital público e uma instituição privada de medicina diagnóstica, onde trabalhava nas áreas de Hematologia e Reprodução Humana.

Por serem duas instituições que participam de processos de Acreditação e possuem certificação em Programas de Qualidade. São consideradas referências em saúde pública e privada, respectivamente. Logo, os profissionais de áreas técnicas, recebiam visitas de avaliação para apresentar as rotinas, processos e apresentar a área. E foi assim o meu primeiro contato com a Gestão da Qualidade.

Com o passar dos anos despertei para o desejo de deixar de ser a profissional avaliada e me preparei para me tornar avaliadora. Foi em 2012 que fiz o primeiro curso preparatório para avaliadores. Iniciei a atuação como avaliadora na metodologia ONA para instituições de serviços de saúde e também outro modelo de certificação bem específico e voltado para Laboratórios clínicos na metodologia DICQ - Departamento Nacional de Acreditação, da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.

Do ano de 2012 até a presente data visitei muitas instituições em todo país como avaliadora, o que me propiciou um aprendizado contínuo, já que o avaliador precisa ter atributos técnicos de conhecer e estar atualizado quanto às normas e regulamentações em saúde, ampliando cada vez mais o escopo das áreas de conhecimento. Além disso, proporciona o desenvolvimento de atributos pessoais e de habilidade de comunicação nas entrevistas e observação das atividades nas áreas e setores visitados, elaboração de relatórios de avaliação em conformidade com a metodologia de acreditação.

Deixei o duplo vínculo após 9 anos de experiência na assistência em saúde. Em 2013, passei a atuar na Gestão junto à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, que é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. A EBSEH possui contrato de gestão com Hospitais Universitários Federais – HUFs, sendo que um dos hospitais universitários é o HU da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Desde 2015 estou no HU-UFSCar, responsável pelo Setor de Regulação e Avaliação, com atividade adicional de Avaliadora nas metodologias da ONA e do DICQ.

Este hospital é novo, com 10 anos de funcionamento, e passou por muitas mudanças nos últimos anos, inclusive de estruturação das áreas, das atividades e das equipes. E este é um grande desafio. Por outro lado, é oportuno iniciar a gestão buscando o crescimento com padrões de qualidade.

Nessa ocasião, trabalhava com a Profa. Dra. Silvia Helena Zem Mascarenhas no hospital supracitado. Ela tinha conhecimento da minha atuação como avaliadora e um dia, numa conversa informal disse a ela que pretendia identificar se os processos aos quais estavam vinculados à área sob minha coordenação estariam em conformidade com os requisitos da ONA. Naquele momento ela

indagou dizendo que a proposta poderia se tornar um projeto de pesquisa. Inicialmente, pela minha pouca experiência acadêmica achei que não seria possível pela minha pouca experiência acadêmica. Participei do processo seletivo e fui reprovada, no ano seguinte 2016, me preparei mais, e o projeto de pesquisa foi aceito pelo Programa de Pós-graduação de Enfermagem/PPGENf da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar.

O sonho de realizar um mestrado e futuramente o doutorado é antigo, desde o término da graduação em Biomedicina no ano de 2003. Não foi possível realizar antes, mas agora este sonho se torna realidade. A experiência de avaliadora, aliada a experiência de gestora, aflorou o desafio de desenvolver uma pesquisa voltada para a área de acreditação devido ao desejo de melhorar processos e pela pesquisa na área de qualidade.

A trajetória no mestrado trouxe maior aproximação com a pesquisa, no qual adquiri conhecimentos inestimáveis para a minha formação pessoal e profissional. A execução do projeto, a realização de disciplinas e a participação em grupos de pesquisas da UFSCar favoreceram meu desenvolvimento como pesquisadora, durante a execução do mestrado.

A motivação por esta pesquisa se iniciou com o objetivo de identificar a conformidade dos processos relacionados à área de gestão do acesso, que são as atividades e ações voltadas à recepção, admissão, transferência, orientação e alta dos pacientes/clientes, segundo os requisitos do manual da ONA. Além disso, desde 2017, passou a ser um propósito da alta direção do hospital se preparar para iniciar um processo de acreditação, e, nesse sentido a presente pesquisa está em consonância com o objetivo da instituição.

Foram escolhidas as áreas/unidades que possuíam correlação com os processos e atividades relativos à Gestão do Acesso. Assim, ficaram definidas quatro áreas a serem visitadas pela pesquisadora: recepção, núcleo interno de regulação - NIR, pronto atendimento – P.A e enfermaria – ENF, com o intuito de verificar a conformidade com os requisitos de qualidade segundo o manual da ONA 2014, previstos na subseção Gestão do acesso.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Mendes (2012), o conceito de qualidade em saúde envolve a relação direta entre prestadores de serviços e pacientes, na medida em que o serviço prestado se adapta às necessidades e expectativas de quem o recebe. Para Cervilheri *et al* (2017, p.02), a qualidade no âmbito da saúde deve primar pela eficácia; eficiência; otimização; legitimidade e pela segurança de tal forma que “a gestão hospitalar, voltada para a qualidade do cuidado, destaca-se por promover ações estratégicas que englobam otimização de recursos, satisfação dos clientes e minimização de riscos associados ao cuidado”.

Para Donabedian (1996) apud Terra e Berssaneti (2017), a qualidade deve ser garantida através do desenvolvimento do conceito estrutura-processo-resultado para a obtenção de melhores resultados, através da participação dos trabalhadores na determinação de seus objetivos e na construção de critérios e padrões para seus processos. A garantia da qualidade em saúde, significa o esforço permanente realizado para melhorias na área da saúde, pela monitorização e avaliação continuada da estrutura, do processo e dos resultados da prestação dos serviços (DONABEDIAN, 1990; AMORIM *et al*, 2013).

Devido à dificuldade que as instituições de saúde têm para tratar do assunto qualidade, uma vez que a implantação de um processo ou procedimento, pode não ser suficiente para atingir o objetivo de se padronizar os produtos e serviços oferecidos, é que surge o processo de acreditação hospitalar como forma de obtenção de melhorias e garantia da qualidade (TERRA e BERSSANETI, 2017)

A acreditação é um método de avaliação e certificação, que busca por padrões e requisitos promover a qualidade e segurança da assistência nas instituições de saúde. Aderir ao processo de acreditação permite a instituição aprimorar a gestão, a qualidade e a segurança da assistência à saúde, sendo que um dos meios de obtenção da certificação é o Sistema Brasileiro de Acreditação, que utiliza como instrumento o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2018).

A acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar dos serviços de atendimento e procedimentos de um hospital. O processo de acreditação no Brasil é voluntário, e possui como principal objetivo incentivar que organizações prestadoras de serviços de saúde busquem de forma organizada e sistemática, por meio de critérios, a melhoria contínua de seus processos e resultados (NOGUEIRA, 2003).

No Brasil, os primeiros movimentos em direção à acreditação ocorreram em meados 1990. Naquela ocasião não havia uma padronização do método de avaliação a ser utilizado pelas instituições de diferentes portes e graus de complexidade (ONA 2018). A acreditação ganhou maior visibilidade após 1999, ano que marcou o início do funcionamento da Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental, de pessoa jurídica e sem fins lucrativos (CAMILLO *et al*, 2016).

Em âmbito internacional, o órgão de maior representatividade na acreditação é a Joint Commission International (JCI), seguido do modelo Accreditation Canada International (ACI), como descreve Ferreira *et al* (2017): “...utilizam metodologia direcionada para padrões de alta performance em qualidade, através de plataforma informatizada que viabiliza o monitoramento de indicadores de desempenho e o resultado, além de orientações de especialistas internacionais para a melhoria contínua”. (TERRA e BERSSANETI, 2017).

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, existem atualmente 6.038 hospitais no País, considerando a classificação de hospital geral e hospital especializado (CNES, 2019).

Em consulta ao site da ONA é possível constatar que o número de organizações acreditadas no país é 744 certificados válidos, sendo que, 324 são hospitais e corresponde a 5,36 % do total de hospitais (ONA, 2019). Há 35 hospitais certificados pela metodologia Joint Commission, equivalente a 0,58% do total de hospitais no País (CBA, 2019).

Segundo a lógica e o método da ONA, uma organização de saúde é um sistema complexo onde a estrutura, processos e resultados estão interligados e que o funcionamento de um interfere no todo e também no resultado final. Por este motivo, na metodologia da ONA não se avalia uma área ou um processo isoladamente (ONA, 2014).

O método do sistema brasileiro de acreditação, é aplicável para as organizações de qualquer porte, perfil ou complexidade por possuir a característica de não apresentar as recomendações de ferramentas, técnicas ou metodologias para a conformidade dos requisitos. Não possui um caráter prescritivo, mas educativo e orientativo para a melhoria contínua. A avaliação ocorre *in loco* e é transversal, com abordagem sistêmica que permite analisar os processos de trabalho e suas relações com os resultados (ONA, 2014).

Para obtenção do resultado “Acreditado”, a organização de serviço de saúde passa pelo processo de avaliação, que consiste em várias fases, desde a elegibilidade da instituição até o encerramento do processo formal, podendo gerar a emissão do certificado de acreditado ou não.

Para iniciar o processo de acreditação, as instituições interessadas devem (de maneira voluntária) entrar em contato com uma das Instituições Acreditoras Credenciadas - IACs, pois são as IACs as responsáveis por conduzir os processos de avaliação pela metodologia ONA. Então, ocorre o registro da solicitação de inscrição. A inscrição somente é realizada após a verificação da elegibilidade do cliente pela IAC, além do estabelecimento de vínculo contratual entre o cliente e a IAC, conforme Normas Orientadoras n. 02 da ONA (2018).

Após a inscrição, a IAC realiza o agendamento da visita, define o número de dias e número de avaliadores de acordo com o perfil e a complexidade da organização a ser avaliada, segundo a Norma Orientadora n. 03 da ONA (2018).

Para obter o certificado de acreditado nível 1, 2 ou 3 a instituição deve atender aos requisitos estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, o qual determina se o processo de gestão utilizado e a qualidade da assistência prestada na organização estão em conformidade com os padrões definidos pelo manual (ONA, 2014).

O Manual Brasileiro de Acreditação tem a chancela do Ministério da Saúde, e foi concebido a partir da criação da ONA e seus parceiros. Este documento estabelece os requisitos que as organizações prestadoras de serviços de saúde precisam apresentar para serem classificadas como acreditadas (ROCHA *et al*, 2011).

Ao final de um processo de avaliação, a instituição de saúde interessada pode obter os seguintes resultados (ONA, Normas Orientadoras 04, 2018): acreditado, acreditado pleno e acredito com excelência.

Acreditado: instituição que atingir em todas as áreas/unidades/processos/atividades a conformidade com os requisitos dos padrões de nível 1 de princípios de segurança em todos processos organizacionais, estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação.

Acreditado pleno: instituição que atingir em todas as áreas/unidades/processos/atividades a conformidade com os requisitos dos padrões de nível 1 e 2 que dispõe de um sistema de planejamento e organização focado na gestão Integrada, estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação.

Acreditado com excelência: instituição que atingir em todas as áreas/unidades/processos/atividades a conformidade com os requisitos dos padrões de nível 1 e 2, de forma sistêmica e global, conformidade com os padrões de nível 3, que demonstra uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional, estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação.

O Manual Brasileiro de Acreditação é composto por seções e subseções, e em cada subseção existem requisitos a serem atendidos. A certificação possui três níveis de complexidade crescente, sendo Nível 1, Segurança, Nível 2, Gestão integrada e Nível 3, Excelência em gestão e para cada nível são definidos requisitos. Nas seções estão agrupados processos com características semelhantes, nas subseções existem os padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos. Os padrões são esclarecidos por meio de requisitos e são elaborados com base no princípio do “tudo ou nada”, ou seja, o padrão deve ser integralmente cumprido para representar a conformidade e o resultado esperado do processo (ONA, 2014).

A avaliação é realizada, com base nos padrões de referência desejáveis e pela verificação de indicadores que o avaliador usa para evidenciar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição (ONA, 2014).

Segundo as Diretrizes do Sistema Brasileiro de Acreditação, evidências são informações comprovadas com base em fatos ou dados obtidos através da observação, documentação ou outros

meios. São as evidências que estabelecem a conformidade com os requisitos definidos no Manual Brasileiro de Acreditação. Quando não atender aos requisitos e padrões, é considerada uma não conformidade (ONA, Normas Orientadoras 01, 2018).

Essas definições são apresentadas pela ONA (2018) como segue:

Não conformidade pontual: não atendimento de um requisito de forma pontual que não comprometa um processo ou um sistema como um todo.

Não conformidade sistêmica: não atendimento de um requisito de forma sistêmica que comprometa um processo ou um sistema como um todo.

A presente pesquisa abordou os requisitos que fazem parte da seção: “Atendimento ao paciente/cliente” e subseção: “Gestão do Acesso”, do Manual Brasileiro de Acreditação 2014, referentes aos processos realizados no hospital a ser estudado no que tange ao nível 1.

O nível 1 de certificação é o de menor complexidade e tem como princípio a “Segurança” em todos os processos organizacionais (ONA, 2018). Entende-se por segurança, a promoção de um ambiente seguro, com ações preventivas e a capacidade da instituição de se antecipar às situações indesejáveis. Consiste na identificação, análise, planejamento e implantação de melhorias para diminuir os riscos dos danos associados à assistência prestada ao paciente (ONA, 2018).

A escolha pela abordagem de verificação dos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação, do nível 1 no presente estudo, se deu pelo fato do referido hospital, ser uma instituição relativamente nova, com dez anos de funcionamento, que passou por mudanças significativas de gestão quando o hospital municipal passou a ser hospital federal.

O hospital estudado pertence a uma Universidade Federal. Esta por sua vez possui Contrato de Gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. A EBSEH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação – MEC, sendo uma Rede de 40 Hospitais Universitários Federais no País, e o hospital estudado é um destes. O hospital presta serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e quando passou a fazer parte da rede EBSEH em 2015, ocorreu a substituição de 100% do quadro de pessoal. Desde então, nos últimos anos, a instituição vem estruturando áreas, atividades e processos, além de ampliação da área física.

Este hospital possui três enfermarias para internação, pronto atendimento de porta regulada (demanda referenciada) e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT.

Nesse sentido, a presente pesquisa visou analisar a conformidade da área da gestão do acesso que contempla os processos voltados para a recepção, admissão, transferência e alta dos pacientes, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização, articulação e comunicação eficiente entre as unidades e com outras organizações de saúde, para o encaminhamento e o retorno de pacientes, assegurando a continuidade de cuidado (ONA, 2014, p. 89).

Segundo o Ministério da Saúde (MS 1977), recepção consiste no atendimento inicial, onde são registrados os dados cadastrais dos pacientes. Alta é o ato médico que configura a cessação de assistência prestada ao paciente. Admissão é aquele paciente internado, admitido no hospital, que passa a ocupar um leito. E a transferência consiste na remoção do paciente/cliente de uma unidade para outra unidade do próprio hospital (transferência interna), ou para outra instituição hospitalar (transferência externa).

Muitas atividades relacionadas aos processos de recepção, admissão, orientação, transferência e alta estão vinculadas ao Setor de Regulação e Avaliação do hospital e conta com um Núcleo Interno de Regulação.

Segundo a Portaria nº 3.390, de 30/12/13 que define o Núcleo Interno de Regulação (MS, 2013, art. 5º XIV):

“Constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário”.

Segundo as diretrizes técnicas da EBSEH para hospitais federais sob sua gestão na estrutura organizacional do hospital está prevista uma área destinada a regular o fluxo de acesso de urgência/emergência, fluxo ambulatorial ou eletivo, fluxo de acesso aos exames, fluxo de internação e alta hospitalar, gestão dos leitos com monitoramento da ocupação e tempo de internação, documentação clínica e arquivo, atualização sistemática dos sistemas informatizados no âmbito do SUS, articulação com a rede de saúde local e regional.

Diante as responsabilidades para a área acima apresentada, a escolha pela subseção gestão do acesso se deu pela afinidade das atividades previstas nesta subseção serem contempladas no setor de regulação. Além disso, o setor mencionado está atualmente sob a coordenação da pesquisadora, fato que pode contribuir para a realização das intervenções necessárias que forem apontadas neste presente estudo.

Com base neste perfil da instituição, foi definido estudar os processos da gestão do acesso nas áreas de recepção, núcleo interno de regulação, pronto atendimento e uma enfermaria do hospital. A escolha pelas áreas ocorreu por serem onde ocorrem às atividades de recepção, admissão do paciente, transferência e alta dos pacientes que buscam os serviços no hospital estudado.

Considerando o exposto, coloca-se a seguinte pergunta de pesquisa: os processos de recepção, admissão, transferência, orientação e alta que estão relacionados à gestão do acesso no hospital estudado estão em conformidade com os requisitos do padrão de qualidade da ONA?

2. JUSTIFICATIVA

Segundo a ONA (2014), o modelo de acreditação além de permitir a avaliação e consequente destaque para as organizações de saúde, tem se mostrado uma importante ferramenta de gestão, à medida que, com base nos requisitos e padrões, a organização tem a possibilidade de: desenvolver uma política de segurança do paciente; entender os requisitos para a melhoria do desempenho; medir e identificar onde melhorar; identificar e entender, de forma sistemática, suas conformidades e oportunidades para melhoria; e promover a cooperação interna entre processos e pessoas da equipe.

As IAC são autorizadas pela ONA a realizar as avaliações nas organizações de saúde, com vistas a recomendar ou não a acreditação. As avaliações realizadas pelas IACs são feitas por profissionais atuantes na área da saúde, que possuem conhecimento aprofundado sobre os processos e procedimentos que uma instituição prestadora de serviços de saúde possui (NOGUEIRA, 2003).

Embora a acreditação hospitalar no território nacional ainda seja uma iniciativa que predomina em instituições privadas, esse fato foi observado em um estudo recente, no qual se constatou que, do total de 345 (100%) serviços acreditados pela ONA, apenas 46 (13,3%) eram do setor público (CAMILLO *et al*, 2016).

Assim, o uso dos requisitos da ONA como auxílio e instrumento para a análise dos processos relativos à gestão do acesso podem colaborar com o hospital na busca pelo desempenho da qualidade, além de influenciar na satisfação do cliente.

Os processos de recepção, admissão, transferência, orientação e alta contemplados na gestão do acesso, segundo o manual da ONA, são importantes áreas de fluxos de pacientes/clientes e dos sistemas de informação do hospital, por este motivo a compreensão e conhecimento destas áreas são recursos imprescindíveis para a avaliação da qualidade.

Esses processos contemplam uma série de tarefas, onde os profissionais envolvidos se encarregam de verificar o preenchimento de documentos, realizam a inserção de dados e o monitoramento das informações nos sistemas afetos, realizam o arquivamento de documentos e realiza a interface com profissionais de outras áreas, entre muitas outras atividades.

Considerando-se a importância da gestão do acesso para a segurança do paciente e a necessidade de melhorias nos processos envolvidos, foi desenvolvida essa pesquisa para avaliar a conformidade desses processos e, de acordo com os resultados contribuir com a instituição na priorização das ações necessárias para a melhoria do serviço.

Essa pesquisa também se justifica pela construção de um instrumento de coleta de dados baseado nos requisitos da ONA, que pode auxiliar avaliadores na realização das visitas de avaliação na área de Gestão do Acesso em instituições de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar a conformidade dos processos da gestão do acesso hospitalar em relação aos requisitos de acreditação da ONA nas áreas de recepção, regulação, pronto atendimento e enfermaria.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1 Detalhar os requisitos do padrão da subseção Gestão do Acesso relacionadas a recepção, admissão, transferência, orientação e alta;
- 3.2.2 Identificar a situação atual por meio das visitas nas áreas para obtenção das informações definidas na etapa 1;
- 3.2.3 Analisar a conformidade dos processos da recepção, admissão, transferência e alta que compreendem a gestão do acesso em relação aos requisitos do padrão da ONA;
- 3.2.4 Identificar e priorizar as não conformidades sistêmicas.

4. MÉTODO

Do ponto de vista da abordagem do problema, esta pesquisa é quantitativa e qualitativa, de natureza descritiva do tipo exploratório, realizada em hospital público universitário, localizado no interior do estado de São Paulo no período de janeiro a março de 2018. Foi utilizado como base de referencial teórico estudos científicos pautados nos programas de gestão da qualidade em saúde e acreditação hospitalar.

A pesquisa descritiva segundo Vergara (2000, p. 47) expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. "Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação".

No que se refere a pesquisa exploratória "...busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto" (SEVERINO, 2007, p.123). Já a pesquisa qualitativa segundo Oliveira (2007) tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Dessa forma, a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada via de regra, por meio do trabalho intensivo de campo.

A escolha da metodologia exploratória e de natureza qualitativa se deu pela necessidade de levantamento de informações, mapeamento e investigação em campo dos processos mais críticos para a gestão de acesso no hospital estudado.

Cada um dos objetivos específicos corresponde a uma etapa de desenvolvimento. A pesquisa foi realizada em quatro etapas, descritas a seguir:

ETAPA 1 – Detalhamento dos requisitos e elaboração do instrumento de coleta de dados;

ETAPA 2 – Identificação da situação atual;

ETAPA 3 – Análise das conformidades;

ETAPA 4 – Identificação e priorização das não conformidades sistêmicas.

4.1. ETAPA 1 - Detalhamento dos requisitos e elaboração do instrumento de coleta de dados

Nessa etapa foi realizado o detalhamento dos requisitos segundo o Manual Brasileiro de Acreditação, previstos para a subseção gestão do acesso, ou seja, o detalhamento das rotinas e atividades a serem verificados em visitas nas áreas. As atividades estão relacionadas a recepção, admissão, transferência, orientação e alta dos pacientes/clientes.

Durante a execução da pesquisa uma versão mais atualizada do Manual da ONA estava em fase de elaboração e aprovação e teve início de utilização em julho de 2018 pelas IACs. A escolha pela utilização da versão 2014 se deu pelo fato da coleta dos dados ter ocorrido em janeiro de 2018, bem

como o formato do estudo já ter sido aprovado no Comitê de Ética da UFSCar anteriormente ao lançamento do manual mais recente.

Apesar da nova versão ter sido lançada, houve pouca mudança com relação aos requisitos previstos na subseção gestão do acesso. Ocorreu a exclusão de um requisito da versão 2014: “Identifica os perigos dos processos relacionados à gestão do acesso e desenvolve ações para a eliminação ou mitigação destas”, e a incorporação de dois requisitos na versão 2018 do Manual Brasileiro de Acreditação, descritos a seguir: “Estabelece método sistemático de acompanhamento da eficiência dos objetivos definidos e metas propostas” e “Demonstra fluxo preferencial para as prioridades previstas em lei no acesso aos diferentes serviços”.

O Manual Brasileiro de Acreditação de 2014, define 14 requisitos da subseção gestão do acesso (Figura 1).

Figura 1: Requisitos do padrão da Subseção Gestão do Acesso.

Gestão do Acesso - NÍVEL 1	
Padrão	<p>Assegura agilidade na identificação e atendimento das necessidades do paciente/cliente e articula as relações necessárias para a continuidade do cuidado.</p>
	<p style="text-align: center;">Dimensões da Qualidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitabilidade ▪ Equidade
Requisitos do Padrão	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento, de acordo com o perfil da organização.</i> ▪ <i>Serviços de remoção qualificados que disponham de estrutura para o transporte seguro dos pacientes/clientes.</i> ▪ <i>Identifica os <u>perigos</u>¹ dos processos relacionados à gestão de acesso e desenvolve ações para a eliminação ou mitigação destas.</i> ▪ <i>Define planos de contingência que assegurem o acesso.</i> ▪ <i>Fluxos e critérios definidos para admissão de pacientes/clientes, incluindo os provenientes de outras organizações e serviços.</i> ▪ <i>Fluxos e critérios definidos para a alta de pacientes/clientes.</i> ▪ <i>Considera as características individuais dos pacientes/clientes e familiares, respeitando suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do acesso.</i> ▪ <i>Gerenciamento integrado de leitos e serviços, com disponibilização em tempo e condições adequadas ao paciente/cliente.</i> ▪ <i>Desenvolve plano de encaminhamento do paciente/cliente, com envolvimento da equipe multidisciplinar.</i> ▪ <i>Estabelece formalmente as relações com a rede de referência em especialidades, para onde devem ser transferidos ou referidos os casos em que a organização não tenha capacidade resolutive.</i> ▪ <i>Estabelece o método de articulação com a rede de referência e contra referência, e acompanha a sua eficácia.</i> ▪ <i>Registra em ficha de atendimento, informações sobre o paciente/cliente, que oriente a continuidade da assistência, incluindo solicitação do serviço ou motivo de transferência, interna e externa.</i> ▪ <i>Canais de comunicação eficazes entre equipes e serviços, que assegurem as transferências.</i> ▪ <i>Compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes a decisão sobre os encaminhamentos necessários a continuidade do tratamento.</i> 	
<p>¹Qualquer fenômeno que tenha o potencial de causar ruptura no processo ou danos às pessoas e o seu ambiente (OMS, 2009, 2009).</p>	
Sugerido por: Comitê Técnico	Aprovação/Data: Conselho de Administração 16/04/2013

A partir dos 14 requisitos do nível 1 foi elaborado um instrumento para ser utilizado como roteiro na coleta de dados (Apêndice 3). O instrumento contendo o detalhamento dos requisitos apresenta os itens a serem verificados em cada área, a saber: recepção, núcleo interno de regulação, pronto atendimento e enfermaria para análise dos processos/atividades previstos para a Subseção Gestão do acesso do Manual Brasileiro de Acreditação 2014.

Trata-se de um questionário semiestruturado, elaborado a partir dos requisitos, o questionário busca identificar como os serviços ocorrem dentro da organização.

Foi elaborada uma planilha no programa *Microsoft Office Excel*[®] para o desenvolvimento do questionário, a qual recebeu o nome de Instrumento de coleta de dados, sendo composta dos seguintes campos dispostos em colunas:

A primeira coluna continha os 14 requisitos previstos para a gestão do acesso segundo o manual da ONA versão 2014;

Na segunda coluna foram listadas as áreas que possuem alguma correlação com os processos a serem avaliados;

Na terceira coluna foram inseridos os processos previstos na gestão do acesso: recepção, admissão, transferência, orientação e alta;

Na quarta coluna, cada algarismo arábico correspondia a um significado conforme exemplo a seguir:

1 - o primeiro dígito correspondia ao número do requisito, vai do 1 ao 14;

1.1 - o segundo dígito correspondia aos 4 processos da gestão do acesso: 1.1 recepção, 1.2 admissão, 1.3 transferência e 1.4 orientação e alta. De maneira que foram gerados os itens desde 1.1 ao 1.4 até o requisito 14.1 ao 14.4.

1.1.1 - o terceiro dígito correspondia ao número da questão ou pergunta norteadora, de maneira que esta numeração podia variar conforme a quantidade de perguntas por requisito.

Na quinta coluna, chamada detalhamento do requisito, foram elaboradas as perguntas norteadoras para verificação do cumprimento de cada requisito.

A seguir pode ser verificado o detalhamento do requisito 1 (Quadro 1):

Quadro 1: Detalhamento do requisito 1 do padrão da Subseção Gestão do Acesso. São Carlos (SP), 2018.

Requisito do padrão	Área	Processos	Número	Detalhamento do requisito
1 - Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento, de acordo com o perfil da organização	Recepção	1.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	1.1.1	Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente (formam-se filas para atendimento)
	Recepção		1.1.2	Formulário para cadastro em caso de queda de energia
	Recepção		1.1.3	Registro de capacitação dos colaboradores
	Recepção		1.1.4	Instrução de trabalho ou POP das rotinas
	Recepção		1.1.5	Fluxo de acesso definido para os clientes conforme serviço a ser prestado (pronto atendimento, consultas, realização de exames)
	Recepção		1.1.6	Protocolo de identificação do paciente, com dois identificadores do paciente
	Recepção		1.1.7	Os casos urgentes são priorizados para atendimento
	Recepção		1.1.8	Identificação do balcão para atendimento inicial
	Recepção		1.1.9	Infraestrutura acessível para cadeirantes, deficientes visuais e auditivos
	Recepção		1.1.10	Registro seguro e documentação mínima definida e completa
	NIR	1.2 ADMISSÃO (NIR)	1.2.1	Registro seguro e documentação mínima definida e completa
	NIR		1.2.2	Protocolo de identificação do paciente, com dois identificadores do paciente
	NIR		1.2.3	Gestão da fila de espera para realização de exames, consultas e internações
	NIR		1.2.4	Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente
	NIR		1.2.5	Formulário em caso de queda de energia
	NIR		1.2.6	Registro de capacitação dos colaboradores
	NIR		1.2.7	Instrução de trabalho ou POP das rotinas
	NIR		1.2.8	Fluxo de acesso definido para os clientes conforme serviço a ser prestado.
	PA/ENF	1.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	1.3.1	Cadastro seguro das informações relativas a transferência, documentação mínima para a transferência definida e completa
	PA/ENF		1.3.2	Protocolo de identificação do paciente, com dois identificadores do paciente
	PA/ENF		1.3.3	Gestão da fila de espera com triagem clínica. Protocolos assistenciais gerenciados desde a entrada do paciente (ex: sepse, dor torácica, AVC etc.)
	PA/ENF		1.3.4	Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente
	PA/ENF		1.3.5	Formulário em caso de queda de energia
	PA/ENF		1.3.6	Registro de capacitação dos colaboradores
	PA/ENF		1.3.7	Instrução de trabalho ou POP das rotinas
	PA/ENF		1.3.8	Infraestrutura acessível para cadeirantes, deficientes visuais e auditivos
	PA/ENF	1.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	1.4.1	Cadastro seguro e definição dos documentos obrigatórios para a alta
	PA/ENF		1.4.2	Protocolo de identificação do paciente com dois identificadores do paciente
PA/ENF		1.4.3	Gestão da fila de espera	
PA/ENF		1.4.4	Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente	
PA/ENF		1.4.5	Formulário em caso de queda de energia	
PA/ENF		1.4.6	Registro de capacitação dos colaboradores	
PA/ENF		1.4.7	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	
PA/ENF		1.4.8	Fluxo definido para os clientes conforme serviço a ser prestado	

Legenda: NIR – Núcleo Interno de Regulação, PA – Pronto atendimento, ENF - Enfermaria

Alguns itens se repetem, pois são aplicáveis em mais de uma área, ou mais de um requisito, como por exemplo: “Instrução de trabalho ou POP das rotinas” é um item que aparece nos quatro processos analisados.

Após a elaboração do instrumento de coleta de dados pela pesquisadora, a planilha foi enviada para análise de uma avaliadora da ONA. A especialista na área de acreditação além de avaliadora é diretora de uma IAC e, portanto, possui vasta experiência em processos de avaliação.

A especialista realizou a análise da planilha com foco na quinta coluna que trata do detalhamento do requisito, com informações a serem verificadas durante a visita nas áreas (Anexo 3).

Em seguida, o instrumento para a coleta dos dados foi submetido a um pré-teste, com um profissional do núcleo interno de regulação, com vistas a realizar a avaliação da clareza do instrumento.

Segundo Polit e Beck (2011) o pré-teste serve para analisar se o instrumento está redigido de maneira clara, e, se apresenta todas as informações necessárias a serem verificadas.

Após análise da especialista e o pré-teste com profissional da área, foi concluída a etapa de detalhamento dos requisitos da subseção para a elaboração do instrumento de coleta de dados.

4.2. ETAPA 2 - Identificação da situação atual

Na etapa 2 as visitas às áreas de recepção, núcleo interno de regulação, pronto atendimento e enfermaria ocorreram para identificar a situação atual, ou seja, observar os processos de recepção, admissão, transferência, orientação e alta dos pacientes.

Para a coleta de dados nesta etapa da pesquisa foram utilizadas as técnicas de análise documental, observação participativa e entrevista.

A análise documental é um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento de forma diferente (MARCONI e LAKATOS, 2015). Consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com finalidade específica e permite a contextualização das informações neles contidas. Algumas vantagens deste método consistem no baixo custo e na estabilidade das informações (“fontes fixas” de dados) e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos (OLIVEIRA, 2007).

A técnica observacional, por sua vez, pode reunir informações de comportamentos de comunicação verbal (por exemplo, troca de informações na mudança de turno), e de comunicação não verbal (por exemplo, expressão facial) e atividades. O pesquisador ao vivenciar o ambiente em questão, utiliza a observação como fonte de dados, para compreender os mesmos. Por outro lado, as pessoas observadas costumam deixar de agir com naturalidade, e, por consequência, pode comprometer as observações (POLIT e BECK, 2011). Ainda, as mesmas autoras acrescentam que é uma técnica onde o pesquisador participa do funcionamento de um grupo ou instituição. O pesquisador mantém contato e envolvimento com os sujeitos observados, compartilhando as experiências.

O presente estudo utilizou a observação participativa não estruturada, que compreende a coleta de informação descritiva, que é qualitativamente analisada, onde o observador é guiado pelas questões da pesquisa. A escolha dessa técnica para obtenção de dados ocorreu por se tratar de um estudo exploratório, em que é necessário conhecer os processos e atividades dos profissionais atuantes nas

áreas/unidades correlatas a recepção, admissão, orientação, transferência e alta em relação aos requisitos do padrão da ONA, conforme proposto nos objetivos do estudo.

A observação participativa geralmente é complementada por entrevistas ou conversas não estruturadas, como por exemplo, pedir aos informantes que descrevam uma ação que o pesquisador não observou e/ou um evento que ocorreu sem que o observador estivesse em campo (POLIT e BECK, 2011). Os dados não obtidos por meio da observação participativa, foram coletados pela pesquisadora por meio da técnica de entrevista.

Quanto à classificação das entrevistas, foi utilizada a entrevista não estruturada. Nesse tipo de entrevista o entrevistador possui apenas uma lista de tópicos, ou seja, um guia para as entrevistas com estilo informal (MARTINS *et al.*, 2014). As perguntas norteadoras foram definidas no detalhamento dos quatorze requisitos previstos para a área de Gestão do acesso, o qual ocorreu na etapa 1 da pesquisa. (Apêndice 3). Nesse tipo de entrevista, as perguntas estimulam a conversa, muito mais do que respostas do tipo sim ou não. Para a coleta de dados ser bem-sucedida, depende em grande parte da habilidade do entrevistador e sua capacidade de sondar, de forma neutra, para absorver as informações mais úteis e mais detalhadas de um respondente (POLIT e BECK, 2011).

Os profissionais foram observados durante a execução de suas tarefas e/ou atividades de trabalho relacionadas à cadastro de usuários dos serviços, admissão de pacientes para atendimento em exames, consultas e internação, transferência de paciente/cliente dentro da própria instituição e para outros locais e, ao processo de orientação/alta hospitalar.

As questões do instrumento não respondidas por meio da observação participativa porque a rotina e/ou processo não ocorreu, foram obtidas por meio de entrevista. As entrevistas foram individuais, no mesmo dia e local onde ocorreu a observação das atividades.

Participaram da pesquisa 20 profissionais do hospital que realizavam atividades relacionadas à recepção, admissão, transferência, orientação e alta.

Os participantes foram divididos em quatro grupos conforme áreas/unidades de atuação na instituição:

- ✓ Seis profissionais da Recepção;
- ✓ Quatro profissionais do Núcleo Interno de Regulação;
- ✓ Cinco profissionais do Pronto Atendimento;
- ✓ Cinco profissionais da Enfermaria de Clínica Médica;

Foram utilizados os seguintes critérios de **inclusão**:

- ✓ Possuir vínculo empregatício com a instituição ou com a empresa terceirizada prestadora de serviços (contrato de apoio administrativo do hospital);
- ✓ Participar de atividades relacionadas aos processos da recepção, admissão, orientação, transferência e alta.

Foram utilizados os seguintes critérios de **exclusão**:

- ✓ Profissionais recém-contratados, ainda em período de experiência;
- ✓ Profissionais que estiverem ocupando posto de trabalho temporário;

Atualmente o hospital conta com 287 profissionais, sendo 229 assistenciais e 58 administrativos (CNES, 2018). Considerando o número de participantes do presente estudo, corresponde a 7% dos profissionais da instituição.

Para participar da pesquisa, o profissional assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2 A e B) de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (2012).

As visitas ocorreram durante 4 dias, sendo um dia de visita em cada uma das 4 áreas supracitadas.

Em um processo de avaliação formal, a determinação do tempo de visita em cada área é definida pela IAC, sendo que, em um dia várias áreas da instituição são visitadas, segundo a Norma orientadora 03 (2018). Neste estudo, optou-se por disponibilizar um dia para cada área, correspondente a 8 horas, possibilitando maior compreensão e detalhamento das atividades observadas.

Foram visitadas quatro áreas: duas áreas administrativas (recepção e NIR) e duas áreas assistenciais (pronto atendimento e enfermaria de clínica médica).

Os 4 dias de visita foram programados seguindo o fluxo de atendimento do paciente/cliente. Teve início na área de recepção, NIR, em seguida, o pronto atendimento e no último dia a enfermaria.

Com relação ao instrumento de coleta dos dados, nesta etapa foi incorporado mais 03 colunas, sexta, sétima e oitava:

Na sexta coluna: Observações, as anotações que foram observadas durante as visitas. Cada detalhamento do requisito a ser verificado terá como resposta nesta coluna o que foi evidenciado nas áreas.

Na sétima coluna: Forma de obtenção da resposta, será assinalado a maneira que a informação foi obtida, com as seguintes opções:

A = análise documental

E = entrevista

O = observação

Na oitava coluna: A pesquisadora irá analisar as respostas do campo observações para identificar se atende ao item detalhado de cada requisito, foi assinalado conforme = C e não conforme = NC

Quadro 2: Colunas do instrumento de coleta de dados de detalhamento dos requisitos da Subseção Gestão do Acesso. São Carlos (SP), 2018.

Requisito do padrão	Area	Processos	Número	Detalhamento do requisito	Observações	Forma de obtenção da resposta: A (análise), E (entrevista) e O (Observação)	C = conformidade NC = não conforme
---------------------	------	-----------	--------	---------------------------	-------------	--	---------------------------------------

4.3. ETAPA 3 – Análise das conformidades

Nessa etapa foi realizada a análise da conformidade do requisito do padrão, separando-os em C= conforme e NC = não conforme, com base nos requisitos de nível 1 (segurança) da ONA.

Para alcançar o terceiro objetivo específico foi correlacionada a situação atual identificada na etapa 2 com o detalhamento dos requisitos do padrão previstos no instrumento de coleta dos dados elaborado na etapa 1, por meio da coleta de dados e observação dos processos das informações obtidas nas entrevistas aos profissionais, observação e análise documental.

Foi analisado o cumprimento do padrão para ser considerado conforme e não conforme:

C = Conforme: as evidências apresentadas atendem ao requisito do padrão da qualidade.

NC = Não conforme: as evidências apresentadas não atendem ao requisito ou ausência da evidência para o cumprimento do requisito (ausência de práticas).

A conformidade de um requisito é comprovada somente se houver evidência. Segundo a Norma Orientadora 01 (2018), as evidências podem ser caracterizadas por um documento, uma política, uma sinalização ou mesmo uma observação prática do avaliador, dependendo do requisito avaliado. Quando não há evidência da prática o requisito é considerado não conforme.

4.4. ETAPA 4 – Identificação e priorização das não conformidades sistêmicas

Na etapa 4 foram identificadas e priorizadas as não conformidades sistêmicas, aquelas que ocorrem em mais de uma área. Em seguida, foram priorizadas utilizando a ferramenta matriz de priorização GUT - Gravidade, Urgência e Tendência, obtendo um ranking das não conformidades ou problemas conforme a pontuação da criticidade gerada pela matriz.

4.4.1. Identificação das não conformidades sistêmicas e pontuais

A partir da análise dos requisitos do padrão, conforme e não conforme, realizados na etapa 3, foi possível identificar não conformidades sistêmicas e pontuais nos processos analisados.

Para realizar essa classificação, mais uma coluna foi incorporada ao instrumento de coleta de dados (Apêndice 3).

Em cada não conformidade, a pesquisadora correlacionou a frequência, as situações de não conformidade recorrentes em mais de uma área, evidenciando um não cumprimento sistêmico, segregando daqueles resultados pontuais, assim foi classificado como P = pontual e S = sistêmica (ONA,

2018). Feitas as análises individuais de cada questão, foi analisado o requisito como um todo, levantando as causas de não-conformidade.

4.4.2. Priorização das não conformidades sistêmicas

Para atingir o quarto objetivo “priorização das não conformidades sistêmicas”, foi utilizada a ferramenta de gestão Matriz GUT de priorização de Gravidade, Urgência e Tendência.

A matriz de priorização de GUT (Gravidade x Urgência x Tendência) foi proposta por Charles H. Kepner e Benjamin B. Tregoe, em 1981 como uma ferramenta para priorizar problemas a serem resolvidos. Segundo Tristão (2011) a matriz é uma ferramenta que busca priorizar as ações e decisões a serem tomadas, conforme são apresentados os problemas ou riscos potenciais, através de quantificações, que buscam estabelecer prioridades para abordá-los, visando minimizar os impactos através da avaliação da gravidade, da urgência e da tendência. Queiroz (p.54, 2012) descreve o que a ferramenta GUT leva em consideração: “a gravidade, que deve considerar a intensidade dos danos que o problema pode causar, se não atuar sobre ele; a urgência, que deve considerar o tempo para a eclosão dos danos ou resultados indesejáveis; e a tendência do fenômeno, que deve considerar o desenvolvimento que o problema terá na ausência de ação”.

Para quantificar e estabelecer prioridades na matriz GUT atribui-se um número inteiro entre 1 e 5 em cada uma das dimensões G, U e T, correspondendo o 5 à maior intensidade e o 1 à menor. Depois multiplicam-se os valores obtidos para Gravidade, Urgência e Tendência a fim de se obter um valor para cada problema ou fator de risco analisado. Os problemas ou fatores de risco que obtiverem maior pontuação serão tratados prioritariamente (MOREIRA, 2013).

A elaboração da matriz GUT consiste em 3 passos:

- 1. listagem dos problemas:** identificar e listar as não conformidades sistêmicas.
- 2. pontuação dos problemas:** atribuir uma pontuação para cada não conformidade. As situações mais graves recebem a nota mais alta e as situações mais leves recebem a menor nota.
- 3. classificação dos problemas:** atribuir notas a cada uma das não conformidades sistêmicas pela multiplicação dos fatores gravidade, urgência e tendência. Essa pontuação vai gerar um ranking de priorização dos problemas.

Dessa forma, a matriz GUT foi a ferramenta norteadora selecionada para o estabelecimento da priorização das não conformidades sistêmicas identificadas no instrumento de coleta de dados do presente estudo.

Após não conformidades sistêmicas terem sido identificadas, foram em seguida, agrupadas por assunto. Ou seja, foram formados blocos de questões com temas semelhantes com o objetivo de se

encontrar causas mais evidentes das não conformidades por problemas similares. Isso para facilitar o desenvolvimento dos planos de ação prioritários a partir das causas.

A pontuação obtida por meio do ranking de priorização na matriz GUT possibilitou estabelecer as prioridades na instituição. Esse método apresenta não apenas informações da situação atual, mas aponta a causa raiz das não conformidades e as melhorias necessárias para eliminá-las.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário localizado no interior do estado de São Paulo. O hospital está inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS por meio de Contratualização firmada com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município com o objetivo de prestar os serviços de saúde.

A instituição possui serviço de Pronto Atendimento de Urgência / Emergência Adulto e Pediátrico, de porta regulada, ou seja, atendimento de demanda referenciada. Neste tipo de demanda são atendidos os pacientes encaminhados por outras unidades de saúde, o fluxo é pactuado entre a instituição e a secretaria municipal de saúde.

Trata-se de um hospital de pequeno porte, com 54 leitos de internação divididos em três enfermarias: uma clínica médica para adultos, com 32 leitos, a segunda enfermaria para internação pediátrica, com 12 leitos e a terceira com 8 leitos para saúde mental, ainda com 2 leitos de isolamento (CNES, 2018).

No fluxo ambulatorial são realizadas consultas de especialidades de saúde, oferece serviços de diagnóstico e terapêutica, além de ser campo de estágio e residência.

Em 2017 a direção do hospital definiu como meta institucional, alcançar até o ano de 2022, o certificado de hospital acreditado.

4.5. Aspectos éticos e legais

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram seguidos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital em questão (Apêndice 1) e após consentimento da instituição para a realização da pesquisa (Anexo 1), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Após aprovação do Comitê, sob Parecer nº 2.446.207/ CAAE: 80848517.9.0000.5504 (Anexo 2), foi iniciada a avaliação do instrumento e a coleta de dados na instituição. A participação dos sujeitos na pesquisa se deu pela anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 2 A e B).

5. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados alcançados de acordo com as etapas realizadas.

5.1. ETAPA 1 – Detalhamento dos requisitos e elaboração do instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta dos dados foi elaborado a partir dos 14 requisitos e teve 259 itens detalhados por áreas (Tabela 1).

Os resultados do pronto atendimento e da enfermaria são apresentados juntos, por serem áreas assistenciais com atividades semelhantes relacionadas a admissão, transferência, orientação e alta.

Tabela 1: Número de questões por área. São Carlos (SP), 2018.

Área	nº de questões	% por área
NIR	54	21%
PA/ENF	133	51%
Recepção	72	28%
Total	259	100%

Legenda: NIR – Núcleo Interno de Regulação, PA – Pronto atendimento, ENF - Enfermaria

Ao separar o número de questões por processo, foi obtido o resultado apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Número de questões por processo. São Carlos (SP), 2018.

Processos	nº de questões	% por processo
Admissão	54	21%
Alta	46	18%
Recepção	63	24%
Transferência	96	37%
Total	259	100%

Quanto ao número de questões por requisito, observou-se os resultados inseridos na tabela 3.

Tabela 3: Número de questões por requisito. São Carlos (SP), 2018.

<i>nº requisito</i>	<i>nº questões</i>	<i>% de questões por requisito</i>
1	34	13%
2	18	7%
3	28	11%
4	14	5%
5	35	14%
6	16	6%
7	11	4%
8	15	6%
9	12	5%
10	12	5%
11	14	5%
12	17	7%
13	24	9%
14	9	3%
Total	259	100%

Depois de elaborado o instrumento de coleta dos dados houve a análise de forma crítica, pela especialista na área de acreditação. A especialista fez apontamentos, apresentados a seguir, os quais foram acrescentados no instrumento na coluna “detalhamento dos requisitos”, nas respectivas áreas e requisitos aplicáveis. São apresentados a seguir e também no anexo 3.

Apontamentos e análise do instrumento pela especialista:

- Infraestrutura acessível a pessoas com necessidades especiais; 1.1.9 – 7.1.2
- Protocolo de identificação do paciente; 1.1.6 – 1.3.2 – 1.4.2
- Gestão da fila de espera; 11.2.2 – 11.2.3 – 14.2.2 – 14.2.3
- Critérios para transferência, referência e contra referência de pacientes; 6.2.2 – 6.3.2 – 10.1.4 – 10.2.3
- Monitoramento e registro de informações na liberação do paciente para o transporte; 2.4.2
- Definição do processo para pacientes/clientes que são transferidos para realização de exames e/ou procedimentos cirúrgicos; 6.3.1 – 8.3.1

Alguns apontamentos se aplicam em mais de um processo, por este motivo algumas questões se repetem em mais de uma área visitada. Como por exemplo, Gestão da fila de espera é aplicável ao requisito 11 e no 14.

Após a finalização do instrumento de coleta de dados foi realizado um pré-teste com um profissional do NIR que conhecia os processos relacionados à gestão do acesso. O profissional considerou que o instrumento oferecia clareza quanto à aplicabilidade, que as questões a serem

observadas estavam coerentes aos processos de recepção, admissão, transferência, orientação e alta e que o mesmo era de fácil utilização. O pré-teste consolidou a expectativa de clareza do instrumento.

Após a incorporação dos apontamentos sugeridos pela especialista e da aplicação do pré-teste, foi realizado o contato com os gestores das áreas do hospital para o agendamento das visitas e início da coleta dos dados que correspondeu à etapa 2 da pesquisa.

5.2. ETAPA 2 – Realização da identificação da situação atual

Com a aplicação das técnicas de pesquisa: análise documental, observação participativa e entrevista, ocorreu a segunda etapa da pesquisa, ou seja, a realização da identificação da situação atual das atividades relacionadas aos processos de recepção, admissão, transferência e alta dos pacientes no hospital.

Foram observados os comportamentos e rotinas ali realizadas pelos profissionais da equipe que estavam de plantão no atendimento aos pacientes/clientes nos dias da coleta de dados. Esses dados foram distribuídos conforme quadro 3:

Quadro 3: Participantes por área. São Carlos (SP), 2018.

dia	Área	nº de profissionais entrevistados	Cargo
1º dia	Recepção	6	6 recepcionistas
2º dia	Núcleo Interno de Regulação - NIR	4	2 administrativo / 2 assistenciais
3º dia	Pronto Atendimento - PA	5	4 enfermeiros / 1 médico
4ª dia	Enfermaria - ENF	5	1 médico / 1 nutricionista, 1 fonoaudióloga / 2 residentes de medicina

No primeiro dia a área visitada foi a recepção, no segundo dia a área visitada foi o NIR, no terceiro dia o PA e, no quarto e último dia de coleta de dados a área visitada foi a ENF. A pesquisadora dedicou um dia para cada área, seguindo o fluxo dos processos percorridos pelo paciente/cliente: recepção, admissão, transferência e orientação/alta.

A pesquisadora iniciou a conversa explicando que estava naquele momento realizando uma pesquisa e que precisaria observar as rotinas dos processos em questão. Informou que havia um instrumento com os itens a serem observados, e que passaria o dia acompanhando a execução das atividades. Caso não houvesse a observação de alguma atividade relacionada aos requisitos, seriam realizadas perguntas conforme o instrumento de coleta dos dados com vistas a responder todos os itens detalhados dos requisitos previstos no Manual da Organização Nacional de Acreditação 2014, previstos na subseção da gestão do acesso.

Ao apresentar a proposta, a pesquisadora perguntou a cada profissional se concordaria participar do estudo. Após assinarem o TCLE teve início a observação participativa das atividades que foi realizada em seu ambiente natural.

Os documentos relativos aos processos, incluindo formulários, protocolos, procedimentos operacionais e fluxogramas foram analisados pela pesquisadora.

As visitas nas áreas foram guiadas pelo instrumento de coleta de dados. A pesquisadora levou o instrumento impresso com os itens correspondentes a cada área. Dessa forma, foram impressos 4 instrumentos sendo um para cada área avaliada.

No momento de desenvolver o instrumento de coleta de dados, observou-se que as ações realizadas no PA e na Enfermaria relacionados aos processos analisados seriam muito semelhantes. Por este motivo as mesmas questões foram aplicadas nessas duas áreas, embora as visitas tenham ocorrido em dias diferentes.

Foram feitas anotações de campo dos dados coletados nas observações e entrevistas diretamente no instrumento impresso, na coluna “Observações” e posteriormente transcritos em uma planilha *Microsoft Office Excel*[®]

A técnica utilizada para obtenção dos dados foi registrada na sétima coluna, com as seguintes opções: A = análise documental, E = entrevista e O = observação e os resultados são apresentadas a seguir.

Quanto à obtenção das respostas, em sua maior parte, se deu através da técnica de observação, totalizando 136 questões (52,5%), seguida da técnica de análise documental, com um total de 92 questões (35,5%) e, por último, a obtenção através de entrevista com 31 questões (12%) conforme é possível constatar (Tabela 4).

Tabela 4: Número de questões por área e forma de obtenção de resposta. São Carlos (SP), 2018.

Área	Análise documental	Entrevista	Observação participativa	Total de questões por área
NIR	17	10	27	54
PA/ENF	51	12	70	133
Recepção	24	9	39	72
Total	92	31	136	259
%	35,5%	12,0%	52,5%	100%

5.3. ETAPA 3 – Análise das conformidades

Nesta etapa foi analisada a conformidade dos processos frente ao detalhamento dos requisitos realizados na etapa 1 e mediante as informações obtidas na etapa 2.

Na avaliação das respostas obtidas no instrumento de coleta dos dados, foram definidos o cumprimento de conformidade: “Conforme” e “Não Conforme”, para os requisitos de nível 1 para acreditação segundo o Manual Brasileiro de Acreditação.

A oitava coluna foi preenchida com a letra C para os itens conformes e NC para não conformes. Algumas questões se aplicavam em mais de uma área, como por exemplo: NIR, pronto atendimento e enfermaria. Nestes casos, se a resposta fosse não para alguma área, o requisito era considerado não conforme.

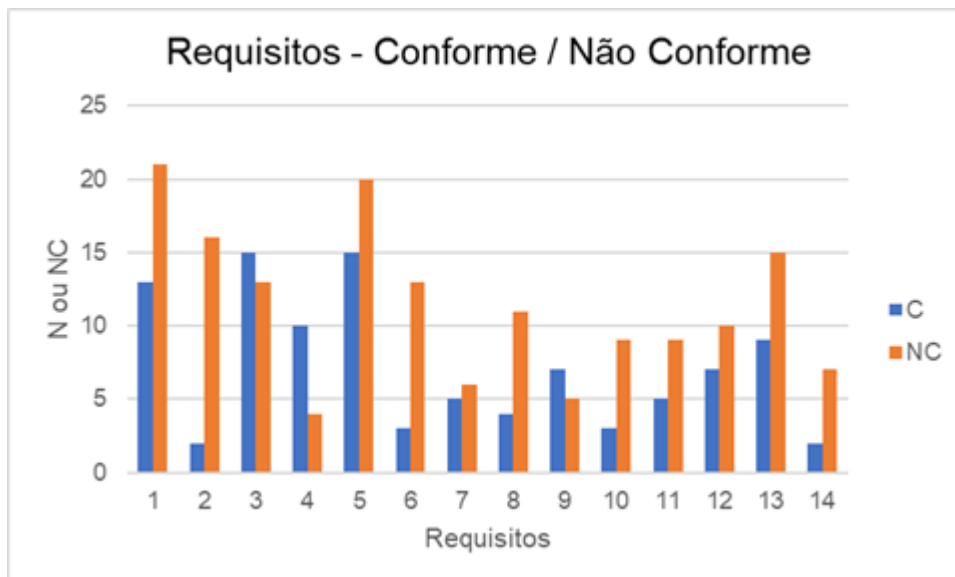
Na análise dos 259 itens detalhados relativos aos 14 requisitos contidos no instrumento de coleta de dados, 159 (61,4%) foram considerados não conformes e as conformidades representaram 38,6% (100 questões). Quanto aos requisitos, o maior número de questões não conformes (NC) apareceu nos requisitos 1, 2, 5 e 13. No entanto, proporcionalmente os requisitos com maior percentual de NC estão em 2, 6, 8, 10 e 14 (Tabela 5; Gráfico 1).

Tabela 5: Conformidade e não conformidade por número de questões. São Carlos (SP), 2018.

<i>nº requisito</i>	Conforme (C)		Não conforme (NC)		Total de questões	% total por nº de questões
1	13	5%	21	8%	34	13%
2	2	1%	16	6%	18	7%
3	15	6%	13	5%	28	11%
4	10	4%	4	2%	14	5%
5	15	6%	20	8%	35	14%
6	3	1%	13	5%	16	6%
7	5	2%	6	2%	11	4%
8	4	2%	11	4%	15	6%
9	7	3%	5	2%	12	5%
10	3	1%	9	3%	12	5%
11	5	2%	9	3%	14	5%
12	7	3%	10	4%	17	7%
13	9	3%	15	6%	24	9%
14	2	1%	7	3%	9	3%
Total	100	38,6%	159	61,4%	259	100%

A tabela acima demonstra a ocorrência de várias NC em todos os requisitos. Nota-se ainda que apenas os requisitos 3, 4 e 9 são os únicos que tiveram mais conformidades do que não conformidades. Acima de 10 de NC estavam os requisitos 1, 2, 3, 5, 6, 8 e 13 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Conformidade ou não conformidade por requisitos. São Carlos (SP), 2018.



Por área, o Pronto Atendimento/Enfermaria foi o que teve maior percentual de não conformidades (68%), seguido do NIR com índice de não conformidade em 59% do total de 54 questões (Tabela 6).

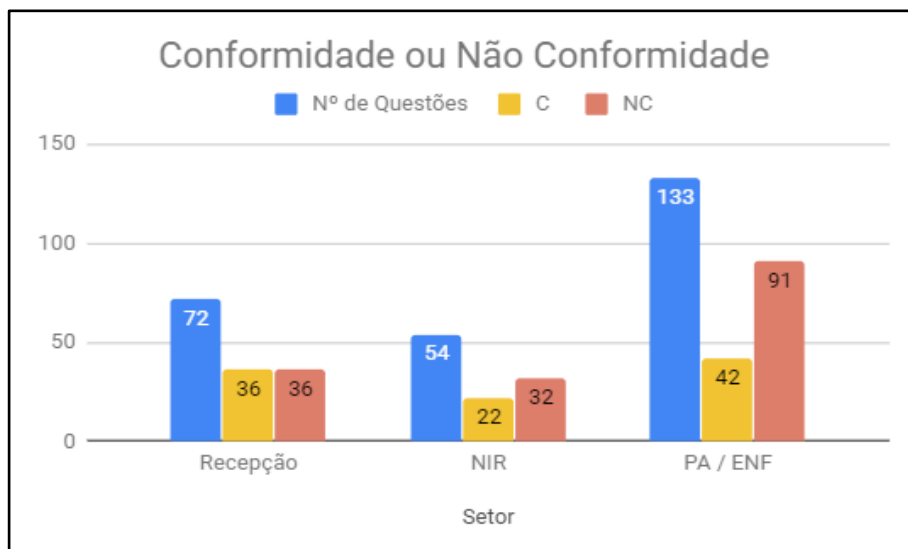
A área de recepção foi o mais estável, tendo metade de seus requisitos em conformidade, assim como o NIR, que teve pequena diferença na relação de conformidade 22 (41%) versus não conformidade 32 (59%).

Tabela 6: Conformidade e Não Conformidade por área. São Carlos (SP), 2018.

Área	Conformes		Não Conformes		
	Total de questões	%	Total de questões	%	Total
NIR	22	41%	32	59%	54
PA/ENF	42	32%	91	68%	133
Recepção	36	50%	36	50%	72
Total	100	100%	159	100%	259

Contudo, a área do PA/ENF, apesar do número maior de questões proporcionalmente foi o que teve maior número de não conformidades 91 (68%), evidenciando maior criticidade e necessidade de maior atenção (Gráfico 2).

Gráfico 2: Conformidade ou Não Conformidade por área. São Carlos (SP), 2018.



Quanto aos processos avaliados (recepção, admissão, transferência, orientação e alta), o processo de recepção, assim como aconteceu na área da recepção, foi a mais estável com 50% de requisitos conformes e 50% não conformes (Tabela 7)

Tabela 7: Questões em Conformidade e Não Conformidade por processo. São Carlos (SP), 2018.

Processos	n ^o de questões	% de conforme	n ^o de questões	% de não conforme	Total de questões
Admissão	22	41%	32	59%	54
Alta	14	30%	32	70%	46
Recepção	36	50%	36	50%	72
Transferência	28	32%	59	68%	87
Total	100	39%	159	61%	259

5.4. ETAPA 4 – Identificação e priorização das não conformidades sistêmicas

5.4.1. Identificação das não conformidades sistêmicas

Foram identificados 159 itens não conformes, dos quais 124 foram NC sistêmicas, demonstrando ser uma ocorrência generalizada nos processos, e corresponderam a 78 % do total. Nota-se que 35 (22%) foram NC pontuais.

Os requisitos com maior número de NC sistêmicas foram 6, 8, 10 e 14 que tiveram 100% de suas questões NC consideradas sistêmicas. Em sequência, os requisitos 1, 5, 11 e 13 tiveram NC sistêmicas com percentual igual ou superior a 80% (Tabela 8).

Tabela 8: Não conformidade pontual e sistêmica por número de questões. São Carlos (SP), 2018.

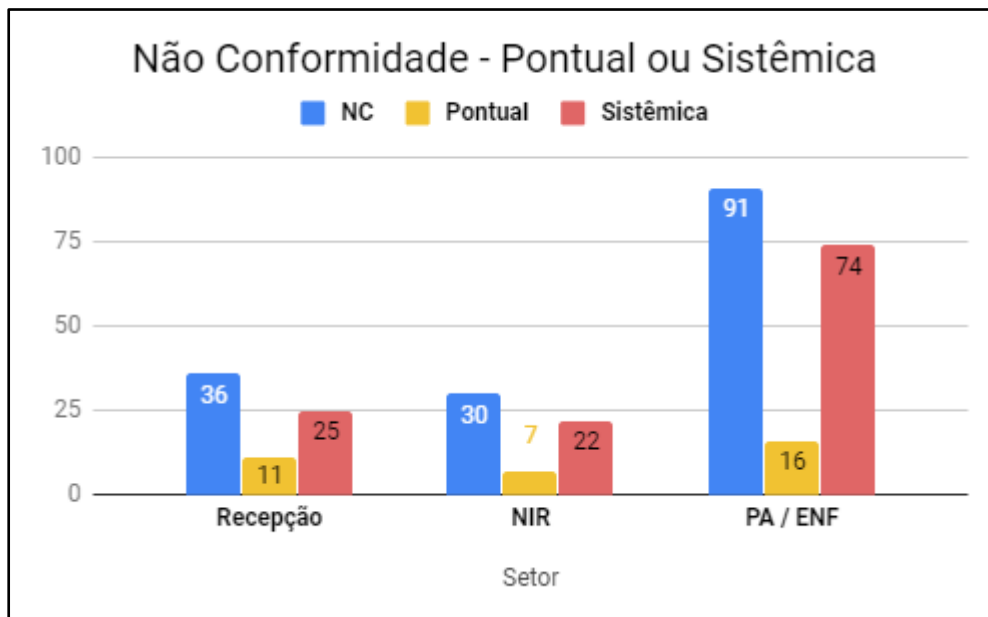
n° requisito	n° de questões Conforme	n° de questões Não Conforme	N° de questões Não Conforme Total				Total de questões
			Pontual (P)	% de NC pontual	Sistêmica (S)	% de NC sistêmica	
1	13	21	3	14%	18	86%	34
2	2	16	8	50%	8	50%	18
3	15	13	5	38%	8	62%	28
4	10	4	3	75%	1	25%	14
5	15	20	3	15%	17	85%	35
6	3	13	0	0%	13	100%	16
7	5	6	3	50%	3	50%	11
8	4	11	0	0%	11	100%	15
9	7	5	3	60%	2	40%	12
10	3	9	0	0%	9	100%	12
11	5	9	1	11%	8	89%	14
12	7	10	5	50%	5	50%	17
13	9	15	1	7%	14	93%	24
14	2	7	0	0%	7	100%	9
Total	100	159	35	22%	124	78%	259

Analisando as não conformidades sistêmicas por área constatou-se que o PA/ENF possuía maior representatividade com 60% do total. Quando analisados por processos, foi o processo de transferência que apresentou maior ocorrência com 39%. Os demais processos apresentaram porcentagem semelhante em aproximadamente 20% de NC sistêmicas (Quadro 4; Gráfico 3).

Quadro 4: Não Conformidade sistêmica por área e processo. São Carlos (SP), 2018.

Não Conformidades sistêmicas por área			Não Conformidades sistêmicas por processo		
NIR	24	19%	Recepção	33	21%
Recepção	26	21%	Admissão	32	20%
PA / ENF	74	60%	Transferência	62	39%
			Alta	32	20%
Total	124	100%	n° de Ocorrências	124	100%

Gráfico 3: Não Conformidade pontual ou sistêmica por área. São Carlos (SP), 2018.



Para melhor visualização das NC sistêmicas por requisito, pode observar-se o quadro 5.

Quadro 5: Percentual de NC sistêmicas em relação ao número de questões por requisito. São Carlos (SP), 2019.

Requisito de padrão	nº total de questões por requisito	nº de questões com NC sistêmicas	% NC sistêmica em relação ao nº de questões
1 - Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento.	34	18	53%
2 - Serviços de remoção que disponham de estrutura para o transporte seguro dos pacientes/cliente.	18	8	44%
3 - Identifica os riscos dos processos e desenvolve ações para eliminá-los.	28	8	29%
4 - Define planos de contingência que assegurem o acesso.	14	1	7%
5 - Fluxos e critérios definidos para a admissão de pacientes/clientes, incluindo os provenientes de outros serviços.	35	17	49%
6 - Fluxos e critérios definidos para a alta de pacientes/clientes.	16	13	81%
7 - Considera as características individuais dos pacientes/clientes, respeitando suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do acesso.	11	3	27%
8 - Gerenciamento Integrado dos leitos e serviços, com disponibilização em tempo e condições adequadas.	15	11	73%
9 - Desenvolve plano de encaminhamento do paciente/cliente, com envolvimento da equipe multidisciplinar.	12	2	17%
10 - Estabelece formalmente relação com a rede de referência, para onde devem ser transferidos os referidos os casos em que a organização não tenha capacidade resolutive.	12	9	75%
11 - Estabelece o método de articulação com a rede de referência e contra referência, e acompanha a sua eficácia.	14	8	57%
12 - Registrar em ficha de atendimento, informações sobre o paciente/cliente, que oriente a continuidade da assistência, incluindo solicitação do serviço ou motivo de transferência, interna e externa.	17	5	29%
13 - Canais de comunicação eficazes entre equipes e serviços, que assegurem as transferências.	24	14	58%
14 - Compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes a decisão sobre os encaminhamentos necessários para a continuidade do tratamento.	9	7	78%
TOTAL	259	124	

O quadro acima demonstra o número total de questões por requisito e o número de questões classificadas como NC sistêmica por requisito. Como por exemplo, para o requisito número 6 que trata de fluxo de critérios para a alta, foram desenvolvidas 16 questões, das quais 13 estão não conforme e são sistêmicas, pois aparece em mais de uma situação analisada.

5.4.2. Priorização pela Matriz GUT

Foi realizada uma análise transversal dos requisitos mais críticos na organização, isto é, aqueles que estavam não-conformes devido a causas sistêmicas, utilizando a matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência).

Através da matriz foi possível correlacionar as ações com ocorrências em mais de uma área e foi gerada uma pontuação de acordo os níveis de gravidade (sendo o nível 1 - sem gravidade; 2 - pouco grave; 3 - grave; 4 - muito grave e 5 - extremamente grave), urgência (sendo o nível 1 - pode esperar; 2 - pouco urgente; 3 - urgente, merece atenção no curto prazo; 4 - muito urgente e 5 - necessidade de ação imediata) e tendência (sendo o nível 1 - não irá mudar; 2 - piorar a longo prazo; 3 - piorar a médio prazo; 4 - piorar a curto prazo e 5 - piorar rapidamente). A pontuação das dimensões foi adaptada pela pesquisadora com base nas especificações dos problemas (Quadro 6).

Quadro 6: Parâmetros dos níveis da matriz GUT - Gravidade, Urgência e Tendência.

Nível (fator multiplicador)	Gravidade	Urgência	Tendência
1	Sem gravidade = não afeta a segurança da assistência	Pode esperar = prazo > 2 a anos	Não irá mudar
2	Pouco grave = baixo risco a segurança da assistência	Pouco urgente = prazo até 1 ano	Piora a longo prazo
3	Grave = causa risco a segurança da assistência	Médio prazo = prazo até 6 meses	Piora a médio prazo
4	Muito grave = alto risco a segurança da assistência	Curto prazo = prazo 1 a 2 meses	Piora a curto prazo
5	Extremamente grave = compromete a segurança da assistência	Imediato = prazo até 1 mês	Piora rapidamente

Fonte: Matriz GUT, Tristão, 2015, adaptado pela autora, São Carlos (SP), 2018.

As não conformidades sistêmicas foram separadas em blocos, por assunto, utilizando as seguintes palavras-chave: acessibilidade, identificação do paciente, comunicação, tipo de transporte, capacitação, procedimento operacional padrão, divulgação ao público, perfil assistencial, fluxo de alta, alta responsável, registro em prontuário, atualização cadastral, conferência de dados cadastrais, indicadores, fluxo de transferência, termo de consentimento, gestão dos leitos e movimentação dos pacientes.

A ocorrência da não conformidade mais de uma área ou processo, totalizou 18 não conformidades, conforme quadro a seguir. Esses números correspondiam ao número do requisito, do processo e da questão norteadora, respectivamente apresentada na quarta coluna do instrumento de coleta de dados (Quadro 7):

Quadro 7: Total de ocorrências de não conformidades sistêmicas. São Carlos (SP), 2019.

Ranking de ocorrências	Não conformidade sistêmica	Questões com ocorrências	nº de ocorrências
1	Não evidenciada a sistemática e os registros de comunicação, entre as áreas e outras instituições.	(2.1.1, 2.3.11, 3.3.2, 5.3.1, 6.1.5, 6.4.1, 9.1.3, 10.3.3, 11.3.2, 11.3.4, 13.1.4, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.9, 13.3.10, 13.4.2)	16
2	Não evidenciado instrução de trabalho ou procedimento operacional padrão - POP das rotinas de trabalho na área.	(1.1.4, 1.2.7, 1.3.7, 1.4.7, 3.3.6, 5.2.8, 5.3.3, 5.3.7, 5.3.13, 6.1.3, 6.3.1, 6.3.4, 6.4.5, 8.4.5, 10.1.3, 11.3.3)	16
3	Fortalecer o uso de indicadores para o gerenciamento da área e/ou processo.	(1.2.3, 1.4.3, 2.3.9, 5.2.6, 5.2.7, 10.4.2, 11.2.2, 11.2.3, 11.3.5, 12.2.1, 12.4.2, 13.2.2, 13.3.6, 14.2.2, 14.2.3)	15
4	Fortalecer o registro em prontuário dos chamados de transporte, monitoramento, e informações do paciente do momento da remoção de alta ou transferência.	(2.1.2, 2.2.3, 2.4.1, 2.4.2, 3.4.1, 5.4.1, 6.4.3, 9.4.1, 12.3.3, 12.4.4, 13.1.7, 14.3.2)	12
5	Não evidenciado documento interno formal dos fluxos de transferência, referência e contra referência com a rede de atenção à saúde.	(5.3.10, 6.2.2, 6.3.2, 8.3.3, 10.1.1, 10.2.3, 10.3.1, 10.3.2, 13.2.1)	9
6	Não evidenciado formalização das atividades para o fluxo de alta hospitalar.	(4.4.1, 6.1.2, 6.4.2, 8.4.2, 8.4.3, 11.4.2, 14.4.3)	7
7	Não evidenciado registros de capacitação dos colaboradores para realização das atividades diárias.	(1.1.3, 1.2.6, 1.3.6, 1.4.6, 10.1.2, 13.1.3, 13.3.3)	7
8	Fortalecer a política de identificação do paciente na instituição em todas as etapas dos processos.	(1.1.6, 1.3.1, 1.3.2, 1.4.1, 1.4.2, 3.3.5)	6
9	Não evidenciada divulgação ao público e aos colaboradores as normas da instituição e os serviços prestados, bem como documentos obrigatórios para o acesso e atendimento.	(1.1.10, 1.2.1, 3.2.2, 5.1.9, 7.3.4, 13.3.8)	6
10	Não evidenciado o protocolo de movimentação dos pacientes, entre as áreas e para outras instituições.	(5.2.2, 5.3.4, 6.3.3, 6.4.4, 8.3.1, 8.4.4)	6
11	Não evidenciado documento formal e sistemática de comunicação entre as áreas para a gestão dos leitos e serviços.	(8.1.4, 8.2.2, 8.3.2, 8.4.1)	4
12	Não evidenciado documento formal do perfil assistencial da instituição.	(3.2.1, 5.2.1, 8.1.3, 10.1.4)	4
13	Não evidenciado documento do fluxo estabelecido com a rede de atenção para definição dos tipos de transporte conforme o perfil de pacientes.	(2.3.8, 3.3.1, 7.3.2, 13.2.3)	4
14	Não há formalização da sistemática para a atualização cadastral e confirmação de dados pessoais.	(3.1.1, 5.2.4, 5.3.9)	3

15	Fortalecer ações para a alta hospitalar responsável.	(11.4.3, 12.2.2, 14.4.2)	3
16	Não há formalização da sistemática para a conferência dos dados cadastrais dos pacientes e usuários dos serviços.	(5.2.3, 5.3.8)	2
17	Considerar acessibilidade para atendimento de pessoas com necessidades especiais, a exemplo de acamados, cadeirantes, deficientes visuais, auditivos.	(1.1.9, 7.1.2)	2
18	Fortalecer o uso do Termo de Consentimento livre e esclarecido.	(14.1.1, 14.3.1)	2

As quatro não conformidades sistêmicas mais frequentes estão relacionadas aos registros e fluxos de comunicação, ausência de POPs ou rotinas das áreas, ao uso de indicadores e à necessidade de fortalecer os registros em prontuário.

Para obter segurança no processo, espera-se que as pessoas sejam capacitadas e orientadas de como devem realizar os registros, com quem devem se comunicar. É igualmente importante que haja as rotinas formalmente descritas, bem como que as áreas gerem informações que possam auxiliar na tomada de decisão e a busca por melhorias nos processos, com o uso de indicadores.

Em seguida, as não conformidades sistêmicas foram classificadas conforme a prioridade, com pontuações das dimensões gravidade, urgência e tendência, de acordo com a matriz GUT, para os parâmetros apresentados no quadro 6.

A pontuação gerada pela matriz gerou um ranking das ações prioritárias para que possam ser alcançadas as conformidades aos requisitos preconizados pelo Manual Brasileiro de Acreditação - ONA (2014) no quadro 8, a seguir:

Quadro 8: Ranking de priorização de NC sistêmicas geradas na Matriz GUT. São Carlos (SP), 2019.

Ranking de priorização	Não conformidade sistêmica	Gravidade	Urgência	Tendência	GUT (GxUxT)
1	Não há formalização da sistemática para a atualização cadastral e confirmação de dados pessoais.	5. Extremamente grave	5. Necessidade de ação imediata	4. Piorar a curto prazo	100
2	Fortalecer a política de identificação do paciente na instituição em todas as etapas dos processos.	4. Muito grave	5. Necessidade de ação imediata	4. Piorar a curto prazo	80
3	Não há formalização da sistemática para a conferência dos dados cadastrais dos pacientes e usuários dos serviços.	5. Extremamente grave	4. Muito urgente	4. Piorar a curto prazo	80
4	Não evidenciada a sistemática e os registros de comunicação, entre as áreas e outras instituições.	3. Grave	4. Muito urgente	4. Piorar a curto prazo	48
5	Não evidenciado documento formal e sistemática de comunicação entre as áreas para a gestão dos leitos e serviços.	3. Grave	4. Muito urgente	4. Piorar a curto prazo	48

6	Considerar acessibilidade para atendimento de pessoas com necessidades especiais, a exemplo de acamados, cadeirantes, deficientes visuais, auditivos.	4. Muito grave	3. Urgente, merece atenção em curto prazo	3. Piorar a médio prazo	36
7	Não evidenciado instrução de trabalho ou procedimento operacional padrão - POP das rotinas de trabalho na área.	2. Pouco grave	3. Urgente, merece atenção em curto prazo	4. Piorar a curto prazo	24
8	Fortalecer o uso do Termo de Consentimento livre e esclarecido.	2. Pouco grave	3. Urgente, merece atenção em curto prazo	4. Piorar a curto prazo	24
9	Não evidenciado formalização das atividades para o fluxo de alta hospitalar.	2. Pouco grave	2. Pouco urgente	4. Piorar a curto prazo	16
10	Não evidenciado documento interno formal dos fluxos de transferência, referência e contra referência com a rede de atenção à saúde.	2. Pouco grave	4. Muito urgente	2. Piorar a longo prazo	16
11	Fortalecer ações para a alta hospitalar responsável.	2. Pouco grave	2. Pouco urgente	4. Piorar a curto prazo	16
12	Não evidenciada divulgação ao público e aos colaboradores as normas da instituição e os serviços prestados, bem como documentos obrigatórios para o acesso e atendimento.	2. Pouco grave	3. Urgente, merece atenção em curto prazo	2. Piorar a longo prazo	12
13	Fortalecer o registro em prontuário dos chamados de transporte, monitoramento, e informações do paciente do momento da remoção de alta ou transferência.	1. Sem gravidade	3. Urgente, merece atenção em curto prazo	4. Piorar a curto prazo	12
14	Não evidenciado documento formal do perfil assistencial da instituição.	2. Pouco grave	2. Pouco urgente	3. Piorar a médio prazo	12
15	Fortalecer o uso de indicadores para o gerenciamento da área e/ou processo.	1. Sem gravidade	3. Urgente, merece atenção em curto prazo	4. Piorar a curto prazo	12
16	Não evidenciado o protocolo de movimentação dos pacientes, entre as áreas e para outras instituições.	1. Sem gravidade	4. Muito urgente	2. Piorar a longo prazo	8
17	Não evidenciado registros de capacitação dos colaboradores para realização das atividades diárias.	1. Sem gravidade	2. Pouco urgente	3. Piorar a médio prazo	6
18	Não evidenciado documento do fluxo estabelecido com a rede de atenção para definição dos tipos de transporte conforme o perfil de pacientes.	1. Sem gravidade	3. Urgente, merece atenção em curto prazo	2. Piorar a longo prazo	6

O quadro 8 apresenta o ranking de priorização de NC sistêmicas, que foram geradas na Matriz GUT e demonstra que as 5 primeiras NC sistêmicas com maior pontuação apontam a necessidade de melhorias no que tange à segurança da paciente. Como por exemplo, com relação à sistemática para a atualização cadastral: Quais são os dados que devem ser atualizados e confirmados no cadastro dos usuários? Com relação à confirmação dos dados pessoais, como será realizada nas etapas do processo? Chegada, entrada para a realização do exame, liberação do exame. Será utilizado o nome completo e data de nascimento, ou outro identificador?

O Nível 1 de acreditação refere-se basicamente a questões relacionadas à segurança do paciente e segurança dos processos. A segurança de paciente é um tema de grande relevância na assistência à saúde e é um importante requisito na gestão da qualidade.

Além disso, a Resolução de Diretoria Colegiada nº 36 do Ministério da Saúde define ações de Segurança do Paciente e o que deve ser contemplado no Plano de Segurança do Paciente, como por exemplo: ações para a identificação do paciente e comunicação efetiva.

Por este motivo, as não conformidades sistêmicas relacionadas à segurança receberam a maior pontuação.

6. DISCUSSÃO

A qualidade em saúde pode ser entendida como segurança no cuidado, satisfação dos clientes e seus familiares, alcance dos objetivos da instituição e satisfação dos trabalhadores (MANZO *et al*, 2012), de maneira que os processos sistemáticos de avaliação, com base em padrões pré-estabelecidos possam gerar informações importantes para a tomada de decisão além de apontar as ações para a melhoria contínua da assistência (FERREIRA *et al*, 2017).

Considerando os requisitos do padrão para segurança previstos no nível 1 do manual ONA, os resultados da pesquisa demonstraram que foram encontrados 159 itens NC, do total de 259 itens do instrumento, que correspondiam a 61% de não conformidades.

Com base nesses resultados e simulando um processo de avaliação regular realizado por uma IAC, o hospital seria considerado como não acreditado.

Segundo a ONA (2018), para uma instituição ser considerada acreditada, deve alcançar o cumprimento aos requisitos no percentual de maior ou igual a 70% conforme, por subseção relativa ao nível 1.

Quando as NC identificadas nesta pesquisa foram classificadas, observou-se que das 159 NC, 124 NC eram sistêmicas, apontando a necessidade de ações para adequação das mesmas. As NC sistêmicas mais frequentes estavam relacionadas aos registros formais previstos nos requisitos do manual, dada a importância da segurança no processo, como por exemplo: registros de comunicação entre as áreas, instrução de trabalho ou POP das rotinas, registros em prontuários, registros relacionados aos transportes de pacientes, entre outros, reforçando a necessidade de definir fluxos e critérios formais.

No sistema de acreditação da ONA (2018), se ao término de uma avaliação for evidenciada uma ou mais não conformidades sistêmicas, mesmo que a instituição atinja o percentual definido, deverá ocorrer nova avaliação. A nova avaliação se dá quando uma nova visita for realizada após a oportunidade que a instituição tiver para realizar as ações de adequação das NC apontadas.

Considerando ainda o sistema de avaliação ONA (2018), as não conformidades pontuais também merecem atenção no processo de acreditação, sendo que a instituição deve elaborar um plano de ação para sanar a NC o qual será verificado nas visitas de manutenção. Na pesquisa foram identificadas 35 NC pontuais, que corresponderam a 22% das não conformidades.

O nível 1 refere-se basicamente a questões relacionadas à segurança do paciente e dos processos. A segurança de paciente é um tema de grande relevância na assistência à saúde e é um requisito importante na gestão da qualidade. A instituição, em todos os níveis, precisa ter como meta o fortalecimento da cultura de segurança do paciente visando a melhoria contínua e, com isso

estabelecendo ações para a redução de eventos adversos, que causam danos ao paciente (FERREIRA *et al*, 2017).

A Resolução de Diretoria Colegiada Nº 36 /MS, de 25/07/2013 define que estratégias e ações que devem ser previstas no Plano de Segurança do Paciente como, por exemplo: na identificação do paciente e na comunicação efetiva entre os profissionais e entre os serviços. Quanto aos resultados da pesquisa, conforme evidenciado nas NC sistêmicas que tratam: sistemática para confirmação de dados pessoais, fortalecer a política de identificação do paciente, conferência dos dados cadastrais, entre outras, os dados mostraram a necessidade da incorporação de medidas para melhorias no que tange à segurança da paciente.

Acredita-se que a pesquisa contribuiu ao apresentar a priorização das ações necessárias para a melhoria dos processos. O instrumento de coleta dos dados que foi elaborado para o detalhamento dos requisitos da subseção e pode ser utilizado como ferramenta tanto para a instituição, quanto para outras organizações que busquem conhecer os itens verificados na gestão do acesso, bem como por avaliadores como norteador nas visitas de avaliação.

Os registros foram feitos por anotações em campo, de forma analítica e interpretativa das ocorrências, tendo mais evidências do que um simples registro. A qualidade do estudo está intimamente ligada à riqueza das anotações em campo (POLIT e BECK, 2011). Os mesmos autores afirmam que, por outro lado, o pesquisador precisa ter habilidade para anotações mentais, que possam mais tarde ser passadas para o papel, ou, no caso dessa pesquisa, para o instrumento de coleta dos dados.

Importante registrar que uma vantagem no estudo se deu pelo fato da pesquisadora atuar como avaliadora da ONA e possuir habilidades na coleta de dados, além do conhecimento das atividades nas áreas e nos processos em questão.

Outros autores apresentam os benefícios acarretados para hospitais que participam de processo de acreditação. Dentre alguns exemplos destaca-se a melhoria qualidade da assistência aos usuários do hospital, mediante a organização do processo de trabalho e comprometimento dos profissionais. Estas instituições destacam-se de outros hospitais que ainda não possuem certificação, além da oferta de serviços de maneira eficaz, rápida, necessária e suficiente para atender à demanda (CAMILLO, *et al* 2016)

A acreditação determina um processo constante de aprendizado em todos os níveis organizacionais e, por isso, precisa ser fonte de interesse e de investimento pelos dirigentes da instituição (ONA, 2014). Por outro lado, estudos revelam que o déficit de suporte da alta direção pode ocasionar desistência da busca pela certificação (TERRA e BERSSANETI, 2016; CERVILHERI *et al*, 2017).

No que tange ao aprendizado e interesse no processo de acreditação, a instituição estudada demonstrou iniciativas importantes na área da qualidade. Inicialmente foi criada uma área para

coordenar as ações de qualidade e segurança do paciente e, em seguida, definiu indicadores estratégicos para monitoramento e avaliação.

No que diz respeito ao perfil das instituições que aderem ao processo de acreditação, estudos apontam que a maior parte das pesquisas que tratam da acreditação em saúde possuem os hospitais privados como campo de estudo (CAMILO *et al*, 2015).

Segundo Cecílio (2010) os serviços hospitalares públicos são responsáveis por grande parte do atendimento da população brasileira, sendo muito importante que esses serviços estejam preparados para atender com qualidade e de forma segura. O autor reforça a importância da liderança participativa entre gestores da organização e os profissionais, bem como, com os gestores SUS, para o planejamento de estratégias com vistas a assistência segura e humanizada.

Segundo a Portaria 3.410, de 30/12/2013 do Ministério da Saúde é responsabilidade dos hospitais elaborar o fluxo formal (protocolo) de referência, contra referência e de alta, protocolo de acesso às ações e serviços do hospital, bem como o fluxo de cuidado após a alta (MS, 2013). Nesta pesquisa foram apresentadas as conformidades e não conformidades relacionadas a estes fluxos de acordo com os requisitos previstos para a gestão do acesso corroborando com a portaria supracitada.

Segundo a lógica da ONA, é a evidência que estabelece o cumprimento do requisito, sendo necessário que as informações sejam comprovadas em fatos ou dados obtidos por meio de observação ou documentação. Nessa direção, reforça a importância de se estabelecer formalmente os registros, fluxos, critérios, protocolos e rotinas (ONA, 2018).

Conforme consta na Norma Orientadora n.01 da ONA (2018), caso haja a indicação da prática do requisito, mas não existem evidências documentadas que a comprovem, será considerada não conformidade do requisito. Os resultados demonstraram que algumas não conformidades apontaram a ausência, ou não foram evidenciadas algumas ações e/ou documentos para comprovar o cumprimento do requisito e, nesse sentido, foram consideradas não conforme.

Os resultados encontrados com relação às não conformidades sistêmicas abrangeram ações de recepção, admissão, transferência, orientação e alta dos pacientes que podem prejudicar a articulação e comunicação, comunicação com outras instituições, fluxo para transporte de pacientes, ações para alta hospitalar responsável, fluxo de transferência, referência e contra referência com a Rede de atenção, entre outros processos. De acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação da ONA (2018) a gestão do acesso compreende a articulação das relações necessárias para a continuidade do cuidado, comunicação eficiente entre as áreas e com outras instituições para o encaminhamento e retorno de pacientes (ONA, 2018). Portanto, os resultados da pesquisa podem contribuir com a instituição para a adequação destes requisitos.

Quanto à eficácia dos processos, autores afirmam que pode ser alcançada a partir de indicadores e capacitações para trabalhadores, fazendo com que os processos sejam desenvolvidos segundo um

padrão de qualidade desejado, adequado a real necessidade do paciente (TERRA e BERSSANETI, 2016). No que diz respeito a indicadores e capacitações, identificou-se no presente estudo a terceira NC sistêmica mais frequente referente ao uso de indicadores e, a sétima NC que mais aparece em vários processos estava relacionada aos registros de capacitações. Os mesmos autores observaram instituições que vinculam metas e treinamentos aos bônus e promoções, alcançam resultados positivos pois os profissionais adquirem maior conhecimento dos procedimentos e rotinas, gerando qualidade, com boas práticas na assistência em saúde.

Outros autores reforçam a necessidade de instituir ferramentas e boas práticas para o alcance da qualidade do serviço (CAMILO *et al*, 2015).

A orientação do paciente é um dos processos previstos na gestão do acesso. Os autores Terra e Berssaneti (2016) afirmam que a orientação ao paciente quanto aos procedimentos realizados e com processos padronizados, aumenta a eficiência de serviço e o nível de segurança dos pacientes, com consequente melhoria na qualidade do atendimento e boas práticas. Com relação à orientação aos pacientes, foram priorizadas duas ações na matriz GUT, sendo uma relacionada ao uso do TCLE e, outra relacionada à divulgação dos serviços, normas e documentos obrigatórios para atendimento aos usuários dos serviços da instituição.

As instituições de saúde buscam novas ferramentas e tecnologias para a melhoria contínua dos processos, prevenção de problemas, tendo como foco assistência de qualidade e segura. (TERRA e BERSSANETI, 2016). Nesse sentido, essa pesquisa optou pelo uso da matriz de gravidade, urgência e tendência – GUT como ferramenta para a priorização das NC encontradas.

Em consulta à página do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA, 2019), em parceria com a Joint Commission International apresenta as 6 metas internacionais de Segurança do paciente, sendo que a primeira meta internacional é “Identificar os pacientes corretamente”, a segunda meta internacional é “Melhorar a comunicação efetiva”.

As cinco não conformidades sistêmicas de maior pontuação no ranking de priorização da matriz GUT trataram de: Identificação do paciente, atualização, conferência e confirmação de dados cadastrais, comunicação entre as áreas e com outras instituições, demonstrando a necessidade da incorporação de medidas para melhorias no que tange à segurança do paciente, corroborando com a importância do tema de Segurança do paciente.

Como limitação dessa pesquisa considera-se o lançamento do Manual 2018, as mudanças não prejudicaram a pesquisa, visto que a maioria dos requisitos foi mantido e as informações coletadas podem ser utilizadas. A segunda limitação a ser considerada deu-se pelo fato da pesquisadora trabalhar na instituição e área estudada, que pode gerar um viés nos resultados.

7. CONCLUSÃO

O tema proposto foi a análise dos processos relacionados a gestão do acesso hospitalar (recepção, admissão, transferência, orientação e alta) frente aos requisitos de acreditação da ONA. Estes processos ocorrem em mais de uma área do hospital e a metodologia da organização nacional de acreditação define que os processos são interligados e, portanto, deve ser avaliado sistemicamente de maneira que o funcionamento interfere no todo e no resultado final.

A pesquisa possibilitou um diagnóstico com as intervenções necessárias, (mais relevantes) com vistas a melhoria dos serviços relacionados a recepção, admissão, transferência, orientação e alta na instituição estudada, de forma que pode beneficiar a sociedade uma vez que o cenário em um hospital público e o estudo apresenta as ações necessárias para a melhoria destes processos da Gestão do Acesso, bem como a priorização conforme a matriz de gravidade, urgência e tendência para nortear a execução e melhoria do serviço prestado à população do SUS.

Esta pesquisa também apresentou os requisitos que não estão sendo atendidos na situação atual, ou seja, no momento que houve a coleta de dados, referente ao manual da ONA (2014) para avaliar as ações voltadas para a gestão do acesso. Atualmente a instituição não participa de programas de qualidade, assim, pode ser oportuno trabalhar os itens não conformes para futuramente obter o cumprimento ou conformidade, caso venha solicitar a participação em um processo de acreditação.

Outro possível benefício é a utilização do instrumento criado para a coleta de dados por avaliadores em visitas na área de gestão do acesso. Segundo a lógica e método da ONA, o avaliador habilitado, ou seja, vinculado a uma IAC avalia áreas da instituição seguindo os requisitos do manual e para o cumprimento do requisito ocorre análise das rotinas e atividades, checagem de documentos em observações que podem ter variação de um avaliador para outro, a depender da experiência e trajetória profissional do avaliador bem como o número de visitas já realizadas. Neste aspecto, quanto mais atua em avaliações, mais desenvolve o olhar sistêmico e conhecimento de diferentes formas, métodos e ferramentas para tornar processos seguros. Diante disso, a presente pesquisa poderá possibilitar o uso do instrumento a ser utilizado como norteador do avaliador para a subseção gestão do acesso, bem como poderá ser norteadora para a instituição, uma vez que contém os itens que precisam ser atendidos na preparação para um processo de acreditação.

A partir desta pesquisa novos instrumentos a serem utilizados em outras subseções poderão ser desenvolvidos de maneira a nortear avaliadores nas visitas e pelas instituições que se preparam para aderir o processo de acreditação.

Espera-se que o resultado dessa pesquisa fortaleça o processo de avaliação para a acreditação de serviços de saúde, bem como beneficie avaliadores a utilizar instrumentos para coleta dos dados com maior detalhamento do requisito do padrão ONA, além da instituição estudada com a apresentação do

ranking de prioridades dos problemas, com o objetivo fornecer informações úteis para que a administração do hospital possa adequar os seus processos relacionados a gestão do acesso aos requisitos exigidos pela ONA para o nível 1 que trata de Segurança.

Acredita-se que essa pesquisa contribuiu para a população usuária dos serviços do hospital, espera-se que possam ser beneficiados após as intervenções para a melhoria do processo, segurança e cultura da qualidade a ser difundida para a conscientização e preparo dos profissionais no que tange à importância da segurança do paciente, segurança do processo e, conseqüentemente qualidade da assistência em saúde.

Ademais, o resultado da pesquisa poderá ser utilizado como um diagnóstico da gestão do acesso, com a análise da situação atual nas áreas visitadas e interface com outras áreas. Assim, as ações de melhorias desencadeadas nestes processos, podem causar um impacto bastante positivo em toda a instituição.

Por fim, o presente estudo demonstra que o processo de acreditação ajuda os hospitais no esforço pelas boas práticas de serviços da saúde, através da padronização de serviços e melhoria de processos.

8. REFERÊNCIAS

AMORIM, G.M. et. al. Prestação de serviços de manutenção predial em estabelecimentos assistenciais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 18(1): 145-158, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2012.

CAMILLO, N. R.S. *et al.* Acreditação em hospital público: percepções da equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 3, p.423-430, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690306i>.

CECÍLIO, L.C.O. **Colegiado de gestão em serviços de saúde**: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3); 557-566, mar, 2010.

CERVILHERI, A.H. *et al.* Hospital accreditation: implications of the waiver of the search for the certification. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Maringa, v. 21, n. 1, p.21-28, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170018>.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – CBA. Metas Internacionais. Disponível em: <<http://cba.provisorio.ws/acreditacao/metas-internacionais.asp>>. Acesso em 12/02/2019.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990; 114(11):1115-8.

_____. Quality, cost and health: an integrative model. **Med Care**, 1982

EBSERH. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSERH**: diretrizes técnicas. versão 1.0, Março 2013

FERREIRA AMD, OLIVEIRA JLC, INOUE KC, *et al.* Acreditação internacional em hospital brasileiro: perspectivas da equipe multiprofissional. **Rev Enf UFPE** online dez, 2017. 5177-85. Acesso em 20 dez. 2018

FRANZOSI, Fábio. **Diagnóstico do gerenciamento de resíduos sólidos de saúde dos hospitais do extremo oeste do estado de Santa Catarina**. UNISC, Santa Catarina. 2017.

MANZO BF, RIBEIRO HCTC, BRITO MJM, ALVES M, FELDMAN LB. **As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva dos profissionais de enfermagem.**

Enfermería Global [Internet]. 2012 [Mar 25 2015]; 25:272-81. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_administracion6.pdf> Acesso em 21 dez. 2018

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do Trabalho Científico.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2015. 225p.

MARTINS, R.A; MELLO, C.H.P; TURRIONI, J.B. **Guia para elaboração de monografia e TCC em engenharia de produção.** São Paulo: Atlas, 2014.

MENDES, V.M.P. **Qualidade no serviço nacional de saúde:** evolução recente e perspectivas futuras.

Universidade Nova de Lisboa; 2012. Available from: <http://run.unl.pt/handle/10362/9400>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conceitos e definições em saúde.** Brasília. 1977 39p.

_____. **CNES:** ficha estabelecimentos. Disponível em:

<<http://cnes2.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/atendimento/3548905586348>>

Acesso em: 27 fev. 2018

_____. **CNES:** ficha estabelecimentos. Disponível em:

<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HOSPITAL>> Acesso em: 10 fev.

2019

_____. **Portaria nº3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em 20 dez.

2018

_____. **Portaria nº3.410, de 30 de dezembro de 2013.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html> Acesso em 20 dez.

2018

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada Nº 36 /MS, de 25/07/2013.** Disponível em:

<http://anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/html> Acesso em 28 dez.

2018

MOREIRA, C.E. **Aplicação do lean manufacturing em empresa metalúrgica fabricante de componentes metálicos para o ramo da construção civil.** Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (Dissertação) - Universidade Metodista de Piracicaba, 2013.

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde.** 3 ed. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003. 71p.

OLIVEIRA, A.A.P. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde.** 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-17052007-101339/en.php>>. Acesso em 22 de nov. /2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. **Organizações Certificadas.** Disponível em: <<http://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>>. Acesso em 03/01/2019.

_____. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.** Brasília: ONA 2014. 159p.

_____. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - São Paulo: Organização Nacional de Acreditação,** ONA 2018. 151p.

_____. **Norma Orientadora 01. Diretrizes do Sistema Brasileiro de Acreditação.** Revisão nº2, Brasília, ONA, 2018. 8p.

_____. **Norma Orientadora 02 – Inscrição na Organização Nacional de Acreditação.** Revisão nº 3. Brasília, ONA, 2018, 5p.

_____. **Norma Orientadora 03. Avaliação de Diagnóstico Organizacional.** Revisão nº3, Brasília, ONA, 2018. 11p.

_____. **Norma Orientadora 04 – Avaliação para a Acreditação.** Revisão nº 4. Brasília, ONA, 2018, 13p.

QUEIROZ, J. V.; HÉKIS, H. R.; NASCIMENTO, H. M.; NELSON, R. B.; ALMEIDA, V. D. Franchising e especialização de serviços como estratégia de crescimento e manutenção: uma análise através da Matriz SWOT e GUT na DDEx – Direct to Door Express. **GEPROS. Gestão da Produção, Operações e Sistemas**, Ano 7, no 1, jan-mar/2012, p. 49-64.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA R.A. *et al.* Acreditação dos Hospitais das cidades sede Brasileiras na copa do mundo de futebol em 2014. **Revista de Ciências da Administração**, v 13, n 30, p 178-197, maio-ago 2011.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304p.

TERRA, J.D.R.; BERSSANETI, F.T. Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2017;41(1):11-17. DOI: 10.15343/0104-7809.201741011117

TRISTÃO, R.G.C. **A importância das ações corretivas e ações preventivas nos sistemas de gestão da qualidade - um estudo em empresas certificadas ISO 9001 no estado do Rio de Janeiro**. Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão (Dissertação)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, 2011.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

9. ANEXOS

ANEXO 1

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**Hospital
Universitário**
Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci
Universidade Federal de São Carlos

Ministério da
Educação

OFÍCIO Nº 001-2018/GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA/EBSERH/MEC

São Carlos, 09 de Janeiro de 2017

Ilma, Sra.
Profa. Dra. Sílvia Helena Zem Mascarenhas
Departamento de Enfermagem da UFSCar
Orientadora do Projeto

AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DO PROJETO DE PESQUISA "CONFORMIDADE DOS PROCESSOS DA GESTÃO DO ACESSO HOSPITALAR E REQUISITOS DE ACREDITAÇÃO ONA"

Prezada Profa. Dra.

Agradecemos seu interesse em desenvolver Projetos de Pesquisa no HU-UFSCar.

Recebemos o aceite do parecer do Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos da UFSCar e solicitamos que preencha o Termo de Compromisso para Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa no Hospital Universitário – HU-UFSCar antes do início do projeto no Hospital.

Após a devolução do Termo devidamente preenchido e assinado, favor alinhar o cronograma das atividades com as Chefias das áreas que participarão do projeto.

Atenciosamente,

P/ Luciana B. Agnelli Martinez

Profa. Dra. Tania de Fátima Salvini

Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica
Gerência de Ensino e Pesquisa

Hospital Universitário Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci - UFSCar

Luciana B. Agnelli Martinez
Chefe da Unidade de Gerenciamento de
Atividade de Graduação e Ensino Técnico
HU-UFSCar/EBSERH
SUAPE-3715455

ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conformidade dos Processos da Gestão do Acesso Hospitalar e requisitos de Acreditação da ONA **Pesquisador:** JULIANA RANALLI RINALDI **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 80848517.9.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.446.207

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal, exploratório, com análise qualitativa. Vinte voluntários serão convidados a participarem da pesquisa. Serão realizadas entrevistas e análise de documentos do local onde será realizada a pesquisa. Os voluntários serão funcionários da mesma instituição ou de empresas terceirizadas prestadoras de serviço para o mesmo hospital.

Objetivo da Pesquisa:

O principal objetivo desta pesquisa é analisar a conformidade dos processos relacionados da gestão do acesso hospitalar em relação aos requisitos de acreditação da ONA. Outros objetivos: identificar as atividades relacionadas aos processos de recepção, admissão, transferência e alta dos pacientes no hospital, descrever os requisitos do padrão da subseção gestão do acesso, analisar a conformidade dos processos da recepção, admissão, transferência e alta dos pacientes em relação aos requisitos do padrão da ONA e identificar oportunidades de melhorias para os processos analisados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, a pesquisadora aponta que são mínimos e, que, havendo qualquer intercorrência com relação aos aspectos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, culturais ou espirituais em um dos profissionais selecionados para entrevista, em qualquer fase da pesquisa, o participante poderá se retirar da pesquisa podendo agendar a entrevista para outro momento ou desistir da participação, ficando livre o tempo todo para tal decisão, sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. Não há benefício direto, mas aponta que a pesquisa poderá contribuir para a melhoria dos processos da gestão do acesso no hospital para que sejam alcançadas as conformidades aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação – ONA 2014.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa é pertinente. O cronograma aponta o início da pesquisa para janeiro de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi anexada e encontra-se preenchida e assinada corretamente. A pesquisadora apresentou o TCLE, faltando apenas os dados deste CEP, conforme determina a Resolução CNS 466/12. A pesquisadora apresentou documento de autorização por parte do local onde será realizada a pesquisa.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado com a seguinte recomendação: acrescentar ao TCLE as informações quanto ao CEP UFSCar (modelo no website deste CEP).

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado com a seguinte recomendação: acrescentar ao TCLE as informações quanto ao CEP UFSCar (modelo no website deste CEP).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1040816.pdf	07/12/2017 09:49:33		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	06/12/2017 14:36:53	Juliana Ranalli Rinaldi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_Final_projeto_juliana.pdf	04/12/2017 17:27:59	Juliana Ranalli Rinaldi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Juliana.docx	04/12/2017 17:26:44	Juliana Ranalli Rinaldi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_julianaranalli.docx	04/12/2017 17:25:28	Juliana Ranalli Rinaldi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

São Carlos, 18 de dezembro de 2017

**Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)**

ANEXO 3

APONTAMENTOS E ANÁLISE DA ESPECIALISTA NO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Apontamentos e análise do instrumento da especialista	Ocorrências nos Detalhamento dos requisitos
● Infraestrutura acessível a pessoas com necessidades especiais;	1.1.9 – 7.1.2
● Protocolo de identificação do paciente;	1.1.6 – 1.3.2 – 1.4.2
● Gestão da fila de espera;	11.2.2 – 11.2.3 – 14.2.2 – 14.2.3
● Critérios para transferência, referência e contra referência de pacientes;	6.2.2 – 6.3.2 – 10.1.4 – 10.2.3
● Monitoramento e registro de informações na liberação do paciente para o transporte;	2.4.2
● Definição do processo para pacientes/clientes que são transferidos para realização de exames e/ou procedimentos cirúrgicos;	6.3.1 – 8.3.1

10. APÊNDICES

APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf
Departamento de Enfermagem
Fones/FAX: (16) 3351-8334
e-mail: denf@ufscar.br



São Carlos, 06 de novembro de 2017.

Ilma.

Profa. Dra. Tânia de Fátima Salvini

Chefe do Setor de Pesquisa/Gerência de Ensino e Pesquisa/HU-UFSCar

Venho por meio deste solicitar avaliação do projeto de pesquisa intitulado “Conformidade dos Processos da Gestão do Acesso Hospitalar e requisitos de Acreditação da ONA” apresentado pela pesquisadora, Juliana Ranalli Rinaldi e que tem como objetivo principal analisar a conformidade dos processos da Gestão do acesso hospitalar em relação aos requisitos de acreditação da Organização Nacional de Acreditação - ONA e identificar as oportunidades de melhorias para os processos analisados, sob orientação da Profa. Dra. Silvia Helena Zem Mascarenhas do Departamento de Enfermagem da UFSCar. Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSCar. Somente participarão da pesquisa os profissionais que derem a anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Comunico que após o parecer dessa comissão o mesmo será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar e o início da pesquisa somente ocorrerá mediante parecer favorável do Comitê. Ainda esclarecemos:

1. Contrapartida solicitada ao HU: ressaltamos que não será necessária a utilização de materiais e equipamentos do HU-UFSCar. Será necessária a programação de visitas nas áreas de: recepção, núcleo interno de regulação e demais áreas correlatas aos processos de Gestão do acesso que compreende: recepção, admissão, orientação, transferência e alta para que a pesquisadora possa avaliar as atividades e posteriormente analisar a conformidade dos processos em relação aos requisitos do padrão da ONA.
2. Com base na análise das atividades será possível elaborar uma proposta detalhada de ações de melhoria para que sejam alcançadas as conformidades aos requisitos preconizados pelo Manual da ONA – 2014. A pesquisadora se propõe a elaborar uma proposta e apresentar aos gestores do hospital.
3. Frequência e período de tempo que a pesquisadora pretende visitar as áreas do hospital: será organizado em um cronograma de acordo com a disponibilidade dos profissionais para realizar as entrevistas e análise documental das atividades inerentes a gestão do acesso. O tempo estimado para a visita em cada área é de aproximadamente 02 horas.
4. O projeto não tem apoio financeiro. Os custos com impressões serão de responsabilidade da pesquisadora.
5. O pesquisador não solicita apoio da equipe do hospital para realizar atividades administrativas do projeto e não será necessário compra de material ou elaboração de relatório financeiro para agências de fomento.

Estamos à disposição para qualquer outro esclarecimento que se fizer necessário.

Atenciosamente,

Mestranda Juliana Ranalli Rinaldi

Profa. Dra. Sílvia H. Zem Mascarenhas

PPGEnf/DENf/UFSCar Email: julianaranalli@gmail.com / Fone: (16) 996366843

APÊNDICE 2A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - A

“CONFORMIDADE DOS PROCESSOS DA GESTÃO DO ACESSO HOSPITALAR E REQUISITOS DE ACREDITAÇÃO DA ONA”

A pesquisa tem por objetivo analisar a conformidade dos processos da Gestão do acesso hospitalar, que compreende as atividades de: recepção, admissão, orientação, transferência e alta hospitalar em relação aos requisitos de acreditação da Organização Nacional de Acreditação - ONA e identificar as oportunidades de melhorias para os processos analisados. Serão realizadas entrevistas aos profissionais que atuam nas atividades de Gestão do acesso, os documentos incluindo formulários, protocolos, procedimentos, fluxogramas e prontuários serão consultados. Será aplicado pelas responsáveis do projeto um instrumento de registro das informações obtidas por meio da entrevista e análise documental para analisar a conformidade do padrão de qualidade, segundo Manual da ONA – 2014, considerando os 14 requisitos da subseção Gestão do acesso. O tempo estimado para a coleta das informações e análise documental é de aproximadamente 02 horas para cada uma das atividades (recepção, admissão, orientação, transferência e alta hospitalar).

Pelos objetivos do estudo, a metodologia empregada e a técnica de coleta de dados, considera-se que os riscos serão mínimos, mas havendo qualquer intercorrência com relação aos aspectos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, culturais ou espirituais em qualquer fase da pesquisa, o participante poderá se retirar da atividade podendo agendar a entrevista para outro momento ou desistir da participação, ficando livre o tempo todo para tal decisão, sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. A participação na pesquisa consistirá da validação de instrumento de coleta de dados e/ou realização do piloto. Não existe nenhum tipo de compensação financeira em função da sua participação neste estudo. As informações obtidas durante toda pesquisa serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem a sua autorização. As informações assim obtidas, no entanto, poderão ser usadas para fins de pesquisa científica, e sua privacidade será sempre resguardada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. As dúvidas relacionadas aos aspectos éticos dessa pesquisa, poderão ser consultadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Pró-Reitoria de Pesquisa – ProPq - Rodovia Washington Luis s/n, km 235 - CEP: 13565-905 - São Carlos – SP/e-mail: propq@ufscar.br - Fone: (16) 3351-8028)

Pesquisadora Responsável: Juliana Ranalli Rinaldi -Fone:(16) 996366843 e-mail: julianaranalli@gmail.com

Juliana Ranalli Rinaldi

São Carlos,de.....de 2018.

Eu _____ RG _____, concordo voluntariamente em participar deste projeto de pesquisa. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou ciente que poderei desistir de participar do projeto a qualquer momento, mediante aviso prévio ao pesquisador e sem qualquer tipo de ônus a minha pessoa. Estou de acordo com a minha participação neste estudo de livre e espontânea vontade e entendo sua relevância.

Assinatura do participante

APÊNDICE 2B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - B

“CONFORMIDADE DOS PROCESSOS DA GESTÃO DO ACESSO HOSPITALAR E REQUISITOS DE ACREDITAÇÃO DA ONA”

A pesquisa tem por objetivo analisar a conformidade dos processos da Gestão do acesso hospitalar, que compreende as atividades de: recepção, admissão, orientação, transferência e alta hospitalar em relação aos requisitos de acreditação da Organização Nacional de Acreditação - ONA e identificar as oportunidades de melhorias para os processos analisados. Serão realizadas entrevistas aos profissionais que atuam nas atividades de Gestão do acesso, os documentos incluindo formulários, protocolos, procedimentos, fluxogramas e prontuários serão consultados. Será aplicado pelas responsáveis do projeto um instrumento de registro das informações obtidas por meio da entrevista e análise documental para analisar a conformidade do padrão de qualidade, segundo Manual da ONA – 2014, considerando os 14 requisitos da subseção Gestão do acesso. O tempo estimado para a coleta das informações e análise documental é de aproximadamente 02 horas para cada uma das atividades (recepção, admissão, orientação, transferência e alta hospitalar).

Pelos objetivos do estudo, a metodologia empregada e a técnica de coleta de dados, considera-se que os riscos serão mínimos, mas havendo qualquer intercorrência com relação aos aspectos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, culturais ou espirituais em qualquer fase da pesquisa, o participante poderá se retirar da atividade podendo agendar a entrevista para outro momento ou desistir da participação, ficando livre o tempo todo para tal decisão, sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. A participação na pesquisa por meio da observação participativa, utilizando a técnica de entrevista trará como benefício possíveis melhorias nos processos com a proposta de ações de melhorias para que sejam alcançadas as conformidades aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação – ONA 2014. Não existe nenhum tipo de compensação financeira em função da sua participação neste estudo. As informações obtidas durante toda pesquisa serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas, sem a sua autorização. As informações assim obtidas, no entanto, poderão ser usadas para fins de pesquisa científica, e sua privacidade será sempre resguardada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. As dúvidas relacionadas aos aspectos éticos dessa pesquisa, poderão ser consultadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Pró-Reitoria de Pesquisa – ProPq - Rodovia Washington Luis s/n, km 235 - CEP: 13565-905 - São Carlos – SP/e-mail: propq@ufscar.br - Fone: (16) 3351-8028)

Pesquisadora Responsável: Juliana Ranalli Rinaldi -Fone:(16) 996366843 e-mail: julianaranalli@gmail.com

Juliana Ranalli Rinaldi

São Carlos,de.....de 2018.

Eu _____ RG _____, concordo voluntariamente em participar deste projeto de pesquisa. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou ciente que poderei desistir de participar do projeto a qualquer momento, mediante aviso prévio ao pesquisador e sem qualquer tipo de ônus a minha pessoa. Estou de acordo com a minha participação neste estudo de livre e espontânea vontade e entendo sua relevância.

Assinatura do participante

APÊNDICE 3

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

nº requisito	Requisito do padrão	Processos	Número	Detalhamento do requisito	Forma de obtenção da resposta: A (análise), E (entrevista) e O (Observação)	Conformidade S/N	Sistêmico ou Pontual S/P
1	1 - Condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades	1.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	1.1.1	Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente (forma filas para atendimento)	O	C	
2			1.1.2	Formulário para cadastro em caso de queda de energia	A	C	
3			1.1.3	Registro de capacitação dos colaboradores	A	NC	S
4			1.1.4	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S
5			1.1.5	Fluxo de acesso definido para os clientes conforme serviço a ser prestado (pronto atendimento, consultas, realização de exames)	O	C	
6			1.1.6	Protocolo de identificação do paciente, com dois identificadores do paciente.	A	NC	S
7			1.1.7	Os casos urgentes são priorizados?	O	C	
8			1.1.8	Identificação do balcão para atendimento inicial	O	NC	P
9			1.1.9	Infraestrutura acessível a pessoas com necessidades especiais (acamados, cadeirantes, deficientes visuais, auditivos).	O	NC	S
10			1.1.10	Cadastro seguro e definição dos documentos obrigatórios para atendimento.	E	NC	S
11		1.2 ADMISSÃO (NIR)	1.2.1	Cadastro seguro e definição dos documentos obrigatórios para atendimento.	E	NC	S
12			1.2.2	Protocolo de identificação do paciente	O	C	
13			1.2.3	Gestão da fila de espera para realização de exames, consultas e internações	E	NC	S
14			1.2.4	Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente (filas)	O	NC	P
15			1.2.5	Formulário em caso de queda de energia	A	C	

16			1.2.6	Registro de capacitação dos colaboradores	A	NC	S	
17			1.2.7	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S	
18			1.2.8	Fluxo de acesso definido para os clientes conforme serviço a ser prestado.	O	NC	P	
19		1.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	1.3.1	Registro seguro das informações relativas a transferência, documentação mínima para a transferência definida e completa	E	NC	S	
20			1.3.2	Protocolo de identificação do paciente, com dois identificadores do paciente.	O	NC	S	
21			1.3.3	Gestão da fila de espera para internações (triagem clínica no caso de pronto atendimento/emergência com grande volume de pacientes, no qual o atendimento médico não seja imediato) Equipe capacitada quanto ao seu papel nos protocolos assistenciais gerenciados desde a entrada do paciente (ex: sepse, dor torácica, AVC, etc)	O	C		
22			1.3.4	Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente (filas)	O	C		
23			1.3.5	Formulário (s) em caso de queda de energia	A	C		
24			1.3.6	Registro de capacitação dos colaboradores	A	NC	S	
25			1.3.7	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S	
26			1.3.8	Infraestrutura acessível (ex: balcões adequados ao atendimento a cadeirantes)	O	C		
27			1.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	1.4.1	Registro seguro e documentação mínima definida e completa	E	NC	S
28				1.4.2	Protocolo de identificação do paciente, com dois identificadores do paciente.	O	NC	S
29		1.4.3		Gestão da fila de espera	O	NC	S	
30		1.4.4		Número de profissionais e microcomputadores em número suficiente (filas)	O	C		
31		1.4.5		Formulário (s) em caso de queda de energia	A	C		
32		1.4.6		Registro de capacitação dos colaboradores	A	NC	S	
33		1.4.7		Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S	
34		1.4.8		Fluxo definido para os clientes conforme serviço a ser prestado	O	C		

35	2 - Serviços de remoção que disponham de estrutura para o transporte seguro dos pacientes/cliente;	2.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	2.1.1	Comunicação eficaz entre as áreas	O	NC	S	
36			2.1.2	Monitoramento dos chamados para transferências (registros e rastreabilidade das informações)	O	NC	S	
37		2.2 ADMISSÃO (NIR)	2.2.1	Remoção em tempo hábil	E	NC	P	
38			2.2.2	Equipe suficiente para acompanhamento no transporte	E	C		
39			2.2.3	Registros em prontuários dos casos de remoção, data/hora, condições do paciente/cliente no momento da alta (saída da instituição)	O	NC	S	
40		2.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	2.3.1	Ambulância própria	E	NC	P	
41			2.3.2	Contrato de serviço (se terceiro)	O	NC	P	
42			2.3.3	Material e equipamento de suporte básico e avançado suficiente	E	NC	P	
43			2.3.4	Controle do material disponível na ambulância	E	NC	P	
44			2.3.5	Capacitação dos profissionais	O	NC	P	
45			2.3.6	Manutenção do veículo	O	NC	P	
46			2.3.7	Ambulância para transporte em caso de contingência	O	NC	P	
47			2.3.8	Definição do tipo de transporte a ser utilizado conforme perfil do paciente (estável ou grave)	E	NC	S	
48			2.3.9	Equipe suficiente para acompanhamento no transporte	O	NC	S	
49			2.3.10	Comunicação eficaz entre as áreas	O	C		
50			2.3.11	Monitoramento dos chamados (registros e rastreabilidade das informações)	O	NC	S	
51		2.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	2.4.1	Registros em prontuários dos casos de remoção, data/hora, condições do paciente/cliente no momento da alta (saída da instituição)	O	NC	S	
52			2.4.2	Monitoramento e registro de informações na liberação do paciente para o transporte.	O	NC	S	
53		3 - Identifica os riscos dos processos e	3.1 RECEPÇÃO (consultas,	3.1.1	Dados pessoais (cadastrais) são confirmados e estão completos (excluir possibilidade de homônimos)	O	NC	S
54				3.1.2	Entrega de exames mediante a protocolo/ confirmação	O	C	
55	3.1.3			Confirmação de consultas	O	C		

56	desenvolve ações para eliminá-los;	exames, internação)	3.1.4	Confirmação de internações	O	C		
57			3.1.5	Monitoramento dos resultados de exames previamente ao dia da consulta	E	NC	P	
58			3.1.6	Indicadores de atraso de exames	E	NC	P	
59			3.1.7	Índice de absenteísmo.	E	NC	P	
60			3.1.8	Vigilância ou Guarda na área da recepção	O	C		
61			3.1.9	Reposição de funcionários em caso de faltas	E	NC	P	
62			3.1.10	Segurança de trabalho, calor, aerossóis	O	C		
63			3.1.11	Gerenciamento de riscos clínicos (ex: queda, alergia).	O	C		
64			3.1.12	Possui sistemática para agendamento em casos de queda de energia	E	C		
65			3.1.13	Atendimento aos critérios de atendimento humanizado (ex: atendimento preferencial)	O	C		
66			3.2 ADMISSÃO (NIR)	3.2.1	Solicitação de internação conforme perfil da instituição.	A	NC	S
67				3.2.2	Definição da documentação mínima obrigatória para cadastro de exames, consultas e internação	A	NC	S
68				3.2.3	Gerenciamento de riscos clínicos (ex: queda, alergia).	O	C	
69		3.2.4		Atendimento aos critérios de atendimento humanizado (ex: atendimento preferencial)	O	C		
70		3.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	3.3.1	Disponibilização de vaga e transporte em tempo hábil para transferência do tratamento	O	NC	S	
71			3.3.2	Comunicação formal entre as áreas e entre instituições	E	NC	S	
72			3.3.3	EXAMES: Quebra de equipamentos x exames eletivos	E	C		
73			3.3.4	Gerenciamento de riscos clínicos (ex: queda, alergia).	O	C		
74			3.3.5	Dados pessoais (cadastrais) são confirmados e estão completos (incluindo risco de homônimos)	O	NC	S	
75			3.3.6	Processo definido para atualização cadastral (inclusive de desconhecidos)	O	NC	S	
76			3.3.7	Gerenciamento de riscos clínicos (ex: queda, alergia).	O	C		
77			3.3.8	Atendimento aos critérios de atendimento humanizado (ex: atendimento preferencial)	O	C		
78		3.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	3.4.1	Registro da alta em prontuário (PA e Enfermaria)	O	NC	S	
79			3.4.2	Gerenciamento de riscos clínicos (ex: queda, alergia).	O	C		
80			3.4.3	Define ações a serem tomadas em caso de evasão	E	NC	p	
81		4 - Define planos de contingência	4.1 RECEPÇÃO (consultas,	4.1.1	Agenda dos pacientes programados para o dia (consultas e exames)	E	C	
82				4.1.2	Lista de espera para internação	E	NC	P

83	que assegurem o acesso;	exames, internação)	4.1.3	Organização da fila de espera em caso de queda de sistema	O	C		
84			4.1.4	Formulários para cadastro manual.	O	C		
85			4.1.5	Protocolo de identificação do paciente em caso de queda do sistema	O	C		
86		4.2 ADMISSÃO (NIR)	4.2.1	Agenda dos pacientes programados para o dia (consultas e exames)	O	C		
87			4.2.2	Organização da fila de espera em caso de queda de sistema	O	C		
88			4.2.3	Formulários para cadastro manual.	O	C		
89			4.2.4	Definição do meio de comunicação interna/externa para a admissão de pacientes	E	NC	P	
90			4.2.5	Protocolo de identificação do paciente em caso de queda do sistema	O	C		
91			4.2.6	Geração de prontuários	O	C		
92		4.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	4.3.1	Definição do meio de comunicação interna/externa para a transferência de paciente	O	C		
93			4.3.2	Transporte de contingência	E	NC	P	
94		4.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	4.4.1	Emissão da documentação mínima obrigatória para a alta em caso de queda de sistema	E	NC	S	
95		5 - Fluxos e critérios definidos para a admissão de pacientes/clientes, incluindo os provenientes de outros serviços;	5.1 RECEPÇÃO	5.1.1	EXAMES: Definição dos documentos mínimos obrigatórios para realização de exames.	O	C	
96				5.1.2	Conferência dos dados cadastrais	O	NC	P
97	5.1.3			Fluxo de encaminhamento (agendamento prévio)	O	C		
98	5.1.4			Destruição de senhas para organização da ordem de chegada	O	C		
99	5.1.5			Monitoramento do tempo de espera (indicadores)	O	C		
100	5.1.6			CONSULTAS: solicitação dos prontuários ao SAME	O	C		
101	5.1.7			Disponibilização dos resultados de exames para avaliação médica durante a consulta	E	NC	P	
102	5.1.8			Conferência da realização do preparo para exames.	O	C		
103	5.1.9			Disponibilização ao público dos documentos obrigatórios para atendimento na instituição.	O	NC	S	
104	5.2 ADMISSÃO (NIR)		5.2.1	INTERNAÇÃO: Definição do perfil assistencial,	E	NC	S	
105			5.2.2	Definição dos documentos mínimos obrigatórios para a internação	E	NC	S	
106			5.2.3	Conferência dos dados cadastrais	O	NC	S	
107			5.2.4	Atualização do cadastro	O	NC	S	

108			5.2.5	Fluxo de encaminhamento/entrada (conforme regulação)	O	C		
109			5.2.6	Acompanhamento da fila de espera (indicadores)	E	NC	S	
110			5.2.7	Monitoramento do tempo de espera (indicadores)	E	NC	S	
111			5.2.8	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	E	NC	S	
112			5.2.9	Suspeita de casos de isolamento, casos prioritários	O	C		
113		5.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	5.3.1	Comunicação formal e eficaz entre as áreas	O	NC	S	
114			5.3.2	Comunicação formal e eficaz com outras instituições	O	C		
115			5.3.3	Programação de transferências (admissões PA e externas) horários e documentação	O	NC	S	
116			5.3.4	Protocolo para a movimentação de pacientes (deambulando, acamados e cadeirantes).	E	NC	S	
117			5.3.5	Gerenciamento de riscos clínicos (ex: queda, alergia).	O	C		
118			5.3.6	INTERNAÇÃO: Definição do perfil assistencial,	A	C		
119			5.3.7	Definição dos documentos mínimos obrigatórios para a internação	O	NC	S	
120			5.3.8	Conferência dos dados cadastrais	O	NC	S	
121			5.3.9	Atualização do cadastro	O	NC	S	
122			5.3.10	Fluxo de encaminhamento/entrada (conforme regulação)	O	NC	S	
123			5.3.11	Acompanhamento da fila de espera (indicadores)	A	C		
124			5.3.12	Monitoramento do tempo de espera (indicadores)	A	C		
125			5.3.13	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S	
126			5.3.14	Suspeita de casos de isolamento, casos prioritários	O	C		
127		5.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	5.4.1	Alta do Pronto atendimento são registradas em prontuários	O	NC	S	
128			5.4.2	Alta após exame	O	NC	P	
129			5.4.3	As transferências recusadas são formalmente registradas	A	C		
130	6 - Fluxos e critérios definidos para a alta de pacientes/clientes;	6.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	6.1.1	Definição da documentação mínima obrigatória	O	C		
131				6.1.2	Fluxo de saída conforme condição clínica do paciente/cliente (deambulando, acamados e cadeirantes)	O	NC	S
132				6.1.3	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S
133				6.1.4	Critérios para transferência, referência e contra referência de pacientes	A	C	
134				6.1.5	Comunicação eficaz entre as áreas	O	NC	S
135			6.2 ADMISSÃO (NIR)	6.2.1	Acompanhamento e comunicação das altas de internação compulsória	A	C	
136				6.2.2	Critérios para transferência, referência e contra referência de pacientes	A	NC	S
137			6.3 TRANSFERÊNCIA	6.3.1	Definição do processo para pacientes/clientes que são transferidos para realização de exames e/ou procedimentos cirúrgicos,	A	NC	S

138		(NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	6.3.2	Crítérios para transferência, referência e contra referência de pacientes	A	NC	S	
139			6.3.3	Fluxo de saída conforme condição clínica do paciente/cliente (deambulando, acamados e cadeirantes)	O	NC	S	
140			6.3.4	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S	
141			6.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	6.4.1	Comunicação formal e eficaz entre as áreas para a liberação do leito	O	NC	S
142				6.4.2	Checagem e encerramento do prontuário e posterior envio ao faturamento	O	NC	S
143				6.4.3	Registro formais e emissão da documentação obrigatória de alta	O	NC	S
144				6.4.4	Fluxo de saída conforme condição clínica do paciente/cliente (deambulando, acamados e cadeirantes)	O	NC	S
145				6.4.5	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S
146	7 - Considera as características individuais dos pacientes/clientes, respeitando suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do acesso;	7.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	7.1.1	Controle de entrada e liberação de acompanhantes e visitantes,	A	C		
147			7.1.2	Infraestrutura acessível a pessoas com necessidades especiais (acamados, cadeirantes, deficientes visuais, auditivos).	O	NC	S	
148			7.1.3	Registro da religião	A	NC	P	
149		7.2 ADMISSÃO (NIR)	7.2.1	Opções de alimentação conforme tradição/preferência do paciente/cliente (vegetariano, vegano)	A	C		
150			7.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	7.3.1	Municípios de outras regiões	O	C	
151				7.3.2	Planejamento da alta considerando o deslocamento do paciente/cliente para residência (transporte público/próprio)	O	NC	S
152				7.3.3	Registro da religião	A	NC	P
153				7.3.4	Controle de entrada e liberação de acompanhantes e visitantes,	O	NC	S
154				7.3.5	Registro da religião	A	NC	P
155		7.3.6	Opções de alimentação conforme tradição/preferência do paciente/cliente (vegetariano, vegano)	A	C			
156		7.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	7.4.1	Alta para o serviço e/ou profissional de preferência do paciente/cliente	A	C		
157			8.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	8.1.1	CONSULTAS: Indicadores do tempo de atendimento (recepção, classificação de risco e consulta médica)	A	C	
158		8.1.2		EXAMES: Indicadores do tempo de atendimento (recepção, triagem enfermagem e realização do exame)	A	C		

159	em tempo e condições adequadas;		8.1.3	INTERNAÇÃO: definição das portas de entrada, fluxo formal definido)	O	NC	S
160			8.1.4	Gestão dos status dos leitos (manutenções e restrições de uso)	O	NC	S
161		8.2 ADMISSÃO (NIR)	8.2.1	Pactuação formal da disponibilização dos serviços (número de vagas e exames e leitos) para a RAS	A	C	
162			8.2.2	Status dos leitos (manutenções e restrições de uso)	O	NC	S
163		8.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	8.3.1	Definição do processo para pacientes/clientes que são transferidos para realização de exames e/ou procedimentos cirúrgicos,	O	NC	S
164			8.3.2	Status dos leitos (manutenções e restrições de uso)	A	NC	S
165			8.3.3	Pactuação formal da disponibilização dos serviços (número de vagas e exames e leitos) para a RAS	A	NC	S
166			8.3.4	INTERNAÇÃO: definição das portas de entrada, fluxo formal definido)	O	C	
167		8.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	8.4.1	Comunicação formal e eficaz entre as áreas para a liberação do leito	O	NC	S
168			8.4.2	Checagem e encerramento do prontuário e posterior envio ao faturamento	O	NC	S
169			8.4.3	Registro formais e emissão da documentação obrigatória de alta	A	NC	S
170			8.4.4	Fluxo de saída conforme condição clínica do paciente/cliente (deambulando, acamados e cadeirantes)	O	NC	S
171			8.4.5	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S
172		9 - Desenvolve plano de encaminhamento do paciente/cliente, com envolvimento da equipe multidisciplinar;	9.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	9.1.1	Interconsultas no pronto atendimento - PA	A	C
173	9.1.2			Interconsultas de emergência para pacientes ambulatoriais e pacientes que vieram realizar exames eletivos	A	C	
174	9.1.3			Comunicação eficaz para os chamados de interconsultas	O	NC	S
175	9.2 ADMISSÃO (NIR)		9.2.1	Participa das discussões de planejamento da internação para monitoramento da permanência conforme cada tipo de tratamento	O	C	
176	9.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)		9.3.1	PRONTO ATENDIMENTO: Interconsultas, plano terapêutico	A	C	
177			9.3.2	EXAMES/SADT: Interconsultas e revisão de exames	A	C	
178			9.3.3	ENFERMARIA: Plano terapêutico	O	NC	P
179			9.3.4	Interconsultas no PA	A	C	
180			9.3.5	Interconsultas de emergência para pacientes ambulatoriais e pacientes que vieram realizar exames eletivos	O	NC	P
181			9.3.6	Comunicação eficaz para os chamados de interconsultas	A	C	
182			9.3.7	Participa das discussões de planejamento da internação para monitoramento da permanência conforme cada tipo de tratamento	O	NC	P

183		9.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	9.4.1	Registros das interconsultas em prontuários,	A	NC	S
184	10 - Estabelece formalmente relação com a rede de referência, para onde devem ser transferidos os referidos os casos em que a organização não tenha capacidade resolutiva;	10.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	10.1.1	Fluxo de referência e contra referência está formalizado	A	NC	S
185			10.1.2	Registro de capacitação dos colaboradores	A	NC	S
186			10.1.3	Instrução de trabalho ou POP das rotinas	A	NC	S
187			10.1.4	Critérios para transferência, referência e contra referência de pacientes	A	NC	S
188		10.2 ADMISSÃO (NIR)	10.2.1	Definição do perfil atendido na instituição	A	C	
189			10.2.2	Definição formal dos meios de comunicação com a rede municipal e regional	A	C	
190			10.2.3	Critérios para transferência, referência e contra referência de pacientes	A	NC	S
191		10.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	10.3.1	Pacientes do pronto atendimento: fluxo de referência e contra referência,	A	NC	S
192			10.3.2	Internados: protocolo de transferência (documentação mínima e instituições parceiras)	A	NC	S
193			10.3.3	Definição formal dos meios de comunicação com a rede	A	NC	S
194		10.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	10.4.1	Registro dos casos transferidos	A	C	
195			10.4.2	Acompanhamento de indicadores (Pronto atendimento e enfermaria)	A	NC	S
196		11 - Estabelece o método de articulação com a rede de referência e contra referência, e acompanha a sua eficácia;	11.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	11.1.1	CONSULTAS: agendamento eficaz para ocupação das vagas e disponibilização em tempo hábil para a marcação	A	C
197	11.1.2			EXAMES: agendamento eficaz para ocupação das vagas e disponibilização em tempo hábil para a marcação	A	C	
198	11.1.3			INTERNAÇÃO: definição dos canais para pedidos dos leitos de internação e de exames.	A	C	
199	11.2 ADMISSÃO (NIR)		11.2.1	Monitoramento e tempo de resposta eficazes para os pedidos dos leitos de internação	O	NC	P
200			11.2.2	Gestão da fila de espera de serviços e exames (fono, nutri, fisio, psicologia)	O	NC	S
201			11.2.3	Gestão da fila de espera por consultas de especialidades	O	NC	S
202	11.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto		11.3.1	Definição dos canais de comunicação para articulação da transferência do tratamento (internados e PA)	A	C	
203			11.3.2	Comunicação formal entre as áreas e entre instituições	O	NC	S

204		atendimento e Enfermaria)	11.3.3	Definição das instâncias onde devem ser solucionadas questões não resolvidas rotineiramente	A	NC	S
205			11.3.4	INTERNAÇÃO: definição dos canais para pedidos dos leitos de internação	A	NC	S
206			11.3.5	Monitoramento e tempo de resposta eficazes para os pedidos dos leitos de internação	O	NC	S
207		11.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	11.4.1	Ações relativas a alta responsável: equipe multidisciplinar	O	C	
208			11.4.2	Fluxo de alta estabelecido com a RAS conforme perfil de paciente/cliente	O	NC	S
209			11.4.3	Acompanha se a contra referência foi absorvida pela RAS?	O	NC	S
210	12 - Registra em ficha de atendimento, informações sobre o paciente/cliente, que oriente a continuidade da assistência, incluindo solicitação do serviço ou motivo de transferência, interna e externa;	12.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	12.1.1	CONSULTAS: Registro formal e rastreabilidade dos agendamentos de retornos e consultas extras	A	C	
211			12.1.2	EXAMES: reconvocação e/ou repetição	O	NC	P
212			12.1.3	INTERNAÇÕES: retorno ambulatorial dos pacientes/clientes que receberam alta hospitalar	O	NC	P
213		12.2 ADMISSÃO (NIR)	12.2.1	Monitoramento da taxa de reinternação	O	NC	S
214			12.2.2	Fluxo definido de informações para a RAS quanto ao Plano pós alta? Multidisciplinar?	O	NC	S
215			12.2.3	Monitoramento da eficácia da Rede de Atenção à Saúde - RAS quanto as demandas da continuidade da assistência	O	NC	P
216		12.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	12.3.1	PRONTO ATENDIMENTO: Registro nas FAAs no caso do PA quanto aos casos que foram transferidos	A	C	
217			12.3.2	Descrição do motivo/serviço da transferência	A	C	
218			12.3.3	ENFERMARIA: Registro em prontuários das informações relativas aos pacientes /clientes que foram transferidos (inclusive os que retornam para a instituição)	A	NC	S
219			12.3.4	INTERNAÇÕES: retorno ambulatorial dos pacientes/clientes que receberam alta hospitalar	O	NC	P
220		12.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	12.4.1	Monitoramento do tempo de internação	O	NC	P
221			12.4.2	Taxa de reinternação	A	NC	S
222			12.4.3	Equipe multidisciplinar define do plano pós alta	A	C	
223			12.4.4	Registro em prontuário das informações relativas a alta hospitalar	A	NC	S
224	12.4.5		Informação transmitida para a RAS conforme perfil clínico do paciente/cliente (Atenção básica)	A	C		

225			12.4.6	Informação transmitida para a RAS conforme perfil clínico do paciente/cliente - Saúde mental	A	C	
226			12.4.7	Informação transmitida para a RAS conforme perfil clínico do paciente/cliente - outros municípios	A	C	
227	13 - Canais de comunicação eficazes entre equipes e serviços, que assegurem as transferências;	13.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	13.1.1	Monitoramento dos pedidos de transferência.	A	C	
228			13.1.2	Fluxo formal dos meios de comunicação para solicitação de transferência externa.	A	C	
229			13.1.3	Registros de capacitações para as rotinas de trabalho	A	NC	S
230			13.1.4	Sistemática de comunicação interna entre as áreas para solicitação de transferências	O	NC	S
231			13.1.5	Orientações e comunicação visual a pacientes e familiares	O	NC	P
232			13.1.6	Meio de contato eficiente entre as equipes (desde uma outra instituição, SAMU, com médicos)	O	C	
233			13.1.7	Registro das informações trocadas junto aos serviços de transporte e atendimento do paciente transferido, bem como junto à central reguladora de leitos (se houver na região).	O	NC	S
234		13.2 ADMISSÃO (NIR)	13.2.1	Definição formal da rede de referência	O	NC	S
235			13.2.2	Monitoramento dos indicadores (pedidos de transferência recusados, tempo de espera da vaga e do transporte)	O	NC	S
236			13.2.3	Definição formal dos tipos de transporte conforme perfil (condição clínica) do paciente/cliente.	O	NC	S
237			13.2.4	Registro formal dos pedidos de transferência.	A	C	
238			13.2.5	Meio de contato eficiente entre as equipes (desde uma outra instituição, SAMU, com médicos)	A	C	
239			13.2.6	Fluxo de chamada do Time de Resposta Rápida ou Atendimento de Emergência, no caso de intercorrências clínicas na recepção e admissão do paciente,	A	C	
240		13.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	13.3.1	Monitoramento dos pedidos de transferência.	A	C	
241			13.3.2	Fluxo formal dos meios de comunicação para solicitação de transferência externa	O	NC	S
242			13.3.3	Registros de capacitações para as rotinas de trabalho	A	NC	S
243	13.3.4		Sistemática de comunicação interna entre as áreas para solicitação de transferências	O	NC	S	

244			13.3.5	Registro das informações trocadas junto aos serviços de transporte e atendimento do paciente transferido, bem como junto à central reguladora de leitos (se houver na região).	A	C	
245			13.3.6	Fluxo de chamada do Time de Resposta Rápida ou Atendimento de Emergência, no caso de intercorrências clínicas na recepção e admissão do paciente,	O	NC	S
246			13.3.8	Orientações e comunicação visual a pacientes e familiares	O	NC	S
247			13.3.9	Meio de contato eficiente entre as equipes (desde uma outra instituição, SAMU, com médicos)	O	NC	S
248			13.3.10	Registro das informações trocadas junto aos serviços de transporte e atendimento do paciente transferido, bem como junto à central reguladora de leitos (se houver na região).	O	NC	S
249		13.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	13.4.1	Registro da alta do paciente em prontuário. Orientações formais de alta.	A	C	
250		13.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	13.4.2	Meio de contato eficiente entre as equipes (desde uma outra instituição, SAMU, com médicos)	O	NC	S
251	14 - Compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes a decisão sobre os encaminhamentos necessários para a continuidade do tratamento;	14.1 RECEPÇÃO (consultas, exames, internação)	14.1.1	Política do termo de consentimento livre e esclarecido	A	NC	S
252		14.2 ADMISSÃO (NIR)	14.2.1	Monitoramento da taxa de continuidade do tratamento (retornos agendados x confirmados)	O	C	
253			14.2.2	Gestão da fila de espera por consultas de especialidades	A	NC	S
254			14.2.3	Gestão da fila de espera de serviços e exames (fono, nutri, fisio, psicologia)	A	NC	S
255		14.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	14.3.1	Política do termo de consentimento livre e esclarecido	A	NC	S
256		14.3 TRANSFERÊNCIA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	14.3.2	Compartilha plano terapêutico/ plano pós alta com paciente/cliente e ou acompanhantes.	O	NC	S
257		14.4 ALTA (NIR, Pronto atendimento e Enfermaria)	14.4.1	Os planos pós alta são entregues ao paciente/cliente	O	C	
258			14.4.2	Seguimento do tratamento e/ou consultas /exames necessários são agendados pela RAS?	A	NC	S
259			14.4.3	Os documentos relativos ao tratamento pós alta são conferidos antes da liberação do paciente/cliente	O	NC	S