



Autoridade
Reguladora
da Qualidade
dos Serviços
de Saúde

GUIA INSTRUTIVO PARA AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS

Serviços Hospitalares



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESÁ
AUTORIDADE REGULADORA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE - ARQS**

**GUIA INSTRUTIVO PARA AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS
SERVIÇOS HOSPITALARES**

1^a edição

Ceará

2022



Governo do Estado do Ceará

Maria Izolda Cela Arruda Coelho
Governadora do Ceará

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Carlos Hilton Albuquerque Soares
Secretário da Saúde

Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde - ARQS

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Diretora Presidente

Naara Régia Pinheiro Cavalcante
Diretora Técnica

Ficha Catalográfica Elaborada por:
João Araújo Santiago Martins. CRB-769/3

C387g Ceará. Secretaria da Saúde do Estado.

Guia instrutivo para avaliação das boas práticas: serviços hospitalares / Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde - ARQS - Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2022.

179 p.

ISBN: 978-65-86649-24-6 Impresso
ISBN: 978-65-86649-23-9 Online

1. Promoção da Saúde. 2. Serviços Hospitalares. 3. Avaliação em Saúde. 4. Boas Práticas. 5. Qualidade em Saúde. I. Título.

CDD: 613

Avenida Almirante Barroso - 600, Praia de Iracema - Fortaleza - Ceará - CEP: 60.060-440

Permitida a reprodução destas obras, desde que citada a fonte. Disponíveis em:
<https://www.saude.ce.gov.br/download/arqs-publicacoes/>

ORGANIZAÇÃO DO GUIA

Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Naara Régia Pinheiro Cavalcante

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Carlos Bruno Silveira
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Maria Ludimila Arruda Frota Rocha
Naara Régia Pinheiro Cavalcante

COLABORADORES

Ana Patrícia Oliveira Moura Lima
Ana Claudia de Brito Passos
Andreza Lívia Martins Rocha
Araguacy Rebouças Simplicio
Ariane Alves Barros
Breno Araújo Portes Pereira
Carlos Bruno Silveira
Cecília Saldanha de Lima Ferreira Simeão
Daniele Holanda Mendes
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Djane Ribeiro Filizola
Elisângela Tavares da Silva Barros
Grace Mendes de Deus
Gerlaine Monteiro Gouveia
Hilda Ponciano Lima
Ianne Chaves Freitas
Ítalo Lennon Sales de Almeida
Jane Cris de Lima Cunha
Jhennifer de Sousa Góis
Jonisvaldo Pereira Albuquerque

Juliano de Moraes Ferreira Silva

Kleyriane Câmara Castelo Branco Silveira
Lady Rosany Silva Almeida Venâncio

Leilson Lira de Lima

Liana de Meneses Fiúza

Maria Carolina Moreno

Maria Ludimila Arruda Frota Rocha

Marina Castro Sobral

Moema Diogo Pompeu Bezerra

Moniky Keuly Marcelo Rocha

Naara Régia Pinheiro Cavalcante

Nayana Nayla Vasconcelos Rocha

Renna Carneiro de Oliveira

Sebastiana Shirley de Oliveira Lima

Talita Mara Lima Pimentel

Telma Régia Bezerra Sales de Queiroz

Teresinha Neide de Oliveira

Valéria Maria Viana Barbosa

Viviane Nascimento Cavalcante

Waldélia Maria Santos Monteiro

Zenewton André da Silva Gama

REVISÃO

Maria Ludimila Arruda Frota Rocha
Naara Régia Pinheiro Cavalcante

FORMATAÇÃO

Bianca Soares da Silva
Francisca Danielle Guedes

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	5
2 SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	7
2.1 Critérios para a Classificação do Serviço de Saúde quanto à Sua Qualidade.....	7
2.2 Formas de Verificação dos Requisitos.....	9
2.3 Avaliação Externa.....	10
3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES QUANTO ÀS BOAS PRÁTICAS DE QUALIDADE.....	11
3.1 Metodologia para Elaboração dos Requisitos para o Segmento Hospitalar.....	11
4 EIXOS ORGANIZATIVOS.....	13
4.1 Eixo/ Subeixo I - Boas Práticas para Gestão Organizacional.....	13
4.2 Eixo/ Subeixo II - Boas Práticas para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente.....	13
4.3 Eixo/ Subeixo III - Boas Práticas para o Acesso ao Cuidado.....	14
4.4 Eixo/ Subeixo - IV - Boas práticas para Atenção Centrada no Paciente.....	14
5 REQUISITOS DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES.....	15
APÊNDICE - QUESTIONÁRIO DE BOAS PRÁTICAS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES.....	171

1. APRESENTAÇÃO

A Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde – ARQS foi criada pela Lei Estadual N° 17.195, em 27 de março de 2020, e regulamentada pelo Decreto N° 34.089-A, de 31 de maio de 2021. Trata-se de um órgão colegiado que integra a estrutura orgânica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, constituindo-se em uma estratégia estruturante e inovadora, sendo uma marca registrada da SESA/CE para promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde que integram o sistema de saúde do Estado do Ceará.

Quais os objetivos da ARQS?

- | |
|--|
| 1. Primar pela qualidade dos serviços de saúde para a população; |
| 2. Melhorar a capacidade de resposta dos serviços, a sua efetividade, a segurança, o uso racional, os prazos adequados e centrados na pessoa; |
| 3. Evitar a duplicidade de serviços e meios para os mesmos fins para a sua racional organização; |
| 4. Prevenir práticas de indução artificial da procura e do uso de serviço de saúde, sob todas as formas, visando ao seu uso sóbrio e racional; |
| 5. Garantir que o planejamento regional de saúde seja respeitado no tocante à instalação geográfica de serviços públicos para diminuir os vazios assistenciais territoriais e melhor atender às necessidades do usuário; |
| 6. Ouvir, sob todas as formas, o usuário dos serviços de saúde para o aperfeiçoamento deles; |
| 7. Conscientizar o cidadão sobre a importância do autocuidado, em especial quanto às doenças crônicas e as que podem ser evitadas em razão de atitudes pessoais e coletivas; |
| 8. Recuperar e elevar a qualidade dos serviços públicos de saúde essenciais à população, mediante apoio técnico-sanitário, financeiro e formação de pessoal na medida das disponibilidades orçamentárias do Fundo Estadual da Saúde; |
| 9. Valorizar a experiência e competência técnica e profissional na área da saúde como critério para escolha dos cargos de chefia e liderança no âmbito do sistema público de saúde do Estado do Ceará. |

Dentre as competências estabelecidas pela Lei 17.195/2020 a ARQS deve:

- IV- definir critérios para a classificação do serviço de saúde quanto à sua qualidade, de modo objetivo e verificável, e instituir regras para a concessão do Certificado de Qualidade da Saúde - CQS;
- V- estabelecer rol de indicadores de qualidade dos serviços para o alcance de maior segurança, capacidade de resposta, eficiência, eficácia, custo-efetividade e centrado na pessoa;
- VI- conceder periodicamente o Certificado de Qualidade - CQ - aos serviços de saúde e promover amplamente a sua divulgação.

Tendo definido os critérios para classificação do serviço de saúde quanto à sua qualidade, elaborou-se este **GUIA INSTRUTIVO PARA AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES**, que traz os principais elementos da trajetória dessa construção e que objetiva orientar profissionais verificadores/avaliadores da qualidade, como também profissionais integrantes dos serviços de saúde incumbidos da realização da autoavaliação das boas práticas dos serviços. Trata-se de questionário de requisitos, um instrumento de aplicação obrigatória, para avaliação e classificação dos serviços hospitalares.

Nesse sentido, as informações e orientações contidas neste documento estão direcionadas a apoiar gestores, profissionais de saúde e avaliadores de requisitos, cujo trabalho está diretamente relacionado à avaliação e regulação da qualidade dos serviços de saúde localizados no território do estado do Ceará.

2. SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Critérios para a Classificação do Serviço de Saúde quanto à sua Qualidade

A estruturação dos critérios para a classificação do serviço de saúde pela ARQS considerou as dimensões da qualidade apontadas pelo *Institute of Medicine* (IOM) que colocou que os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos. Essas dimensões são trazidas pelo texto da Lei nº17.195/2020, que de maneira relevante traduzem as seguintes diretrizes estabelecidas, no Art. 4º da lei:

- ✓ a qualidade do atendimento é o grau em que os serviços de saúde para o indivíduo e para a população são acessíveis, seguros, eficazes, efetivos e centrados na pessoa;
- ✓ a segurança do usuário é parte integrante do conceito de qualidade do serviço de saúde;
- ✓ a capacidade de resposta do serviço ao usuário, compreendido o prazo adequado ao atendimento, é condição essencial para a sua qualidade;
- ✓ a escuta do usuário do serviço quanto à inadequação do serviço às suas necessidades e a sua capacidade de resposta são elementos essenciais para a melhoria da qualidade;
- ✓ a regulação assistencial adequada é a que atende o usuário em tempo oportuno e no serviço adequado.

Na perspectiva de contemplar todos os aspectos citados, a ARQS agrupou o conjunto de requisitos de boas práticas em 04 (quatro) eixos organizativos denominados de:

- Eixo I - Boas Práticas para Gestão Organizacional;
- Eixo II - Boas Práticas para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente;
- Eixo III - Boas Práticas para Acesso ao Cuidado;
- Eixo IV - Boas Práticas para a Atenção Centrada no Paciente.

Cada um dos eixos é composto por subeixos que, por sua vez, se subdividem em requisitos de boas práticas para organização e funcionamento dos serviços de saúde em cada uma das dimensões tratadas nos eixos anteriormente mencionados. Essa estratificação dos processos e das tarefas de verificação que compõem a ferramenta “**Questionário de Requisitos para Classificação da Qualidade dos Serviços de Saúde do Estado do Ceará**”, possibilita a avaliação dos vários elementos de práticas do Serviço e a identificação de situações mais críticas, e que necessitam de intervenção imediata para melhorias.

Como forma de tornar o processo prático quando da avaliação de cada requisito, o questionário estabeleceu um padrão de respostas que indica se o serviço atende ou não ao item verificado. São três as possibilidades de respostas: SIM, NÃO e NÃO SE APLICA.

Com a resposta “SIM” o serviço assume que cumpre com o requisito e que possui os necessários elementos comprobatórios. A resposta “NÃO”, remete ao não cumprimento do requisito avaliado e ausência de documentação com probatória. Caso seja constatada a não aplicabilidade de um ou mais requisitos atribuídos ao serviço, a opção a ser considerada é a “NÃO SE APLICA”.

A partir da quantidade de requisitos atendidos, definiu-se uma métrica de conformidade por níveis, sendo:

- **Nível I:** $\geq 90\%$ dos requisitos atendidos - Conjunto de requisitos apresentados refletem uma *performance* adequada na prestação do cuidado com alto padrão de qualidade.
- **Nível II:** Entre 50% e 89% dos requisitos atendidos - Conjunto de requisitos apresentados refletem uma *performance* parcial na prestação do cuidado de qualidade e requerem implementação de melhorias.
- **Nível III:** <50% dos requisitos atendidos - Conjunto de requisitos apresentados refletem uma *performance* insuficiente na prestação do cuidado de qualidade, e requerem implementação de melhorias e atenção.

A contabilização das respostas emitidas para cada requisito, excluído a resposta NÃO SE APLICA, permitirá a indicação da classificação de cada eixo avaliado, como exemplificado na figura 1.

Figura 1 - Classificação dos Eixos

EIXO	Atende Requisitos?			Níveis de Conformidade		
	Sim	Não	Não se aplica	Total (I)	Parcial (II)	Insuficiente (III)
EIXO 1 - BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL				$\geq 90\%$ dos requisitos atendidos	Entre 50 e 89% dos requisitos atendidos	<50% dos requisitos atendidos
EIXO 2 - BOAS PRÁTICAS PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE						
EIXO 3 - BOAS PRÁTICAS PARA ACESSO AO CUIDADO						
EIXO 4 - BOAS PRÁTICAS PARA ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE						

Fonte: Elaborada pelos autores.

A definição de um critério a partir de níveis possibilita a classificação em forma de *rating*, ou seja, que fornece uma medida que pode ser comparada sem contudo gerar um *ranking*. Nesse

processo, exemplificado na figura 2, o *rating* de cada serviço avaliado será apresentado com a indicação de um nível para cada eixo de modo a permitir uma classificação indicadora.

Figura 2- Exemplo da visualização do Rating de cada serviço, por Eixo avaliado.

SERVICO DE SAÚDE	NÍVEL DE CLASSIFICAÇÃO DE CONFORMIDADE ALCANÇADO			
	BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL	BOAS PRÁTICAS PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE	BOAS PRÁTICAS PARA ACESSO AO CUIDADO	BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE
XXXXXXXXXX	III	II	III	III
YYYYYYYYYY	II	I	II	II
ZZZZZZZZZZ	II	III	II	III

Nível I - Conjunto de requisitos apresentados refletem uma performance adequada na prestação do cuidado com alto padrão de qualidade.

Nível II- Conjunto de requisitos apresentados refletem uma performance parcial na prestação do cuidado de qualidade e requerem implementação de melhorias.

Nível III - Conjunto de requisitos apresentados refletem uma performance insuficiente na prestação do cuidado de qualidade, requerem implementação de melhorias e atenção.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Essa classificação permitirá a avaliação dos serviços de saúde a partir da sinalização do grau de qualidade para o conjunto de requisitos, possibilitando a elaboração de planos de recuperação dos serviços públicos. Quando associada ao cumprimento de um conjunto de indicadores, definidos pela ARQS e acompanhados pelos serviços de saúde do Estado, a situação da classificação dos serviços avaliados permitirá também, em tempo oportuno, uma certificação do nível de excelência dos mesmos.

2.2 Formas de Verificação dos Requisitos

Como já descrito, cada eixo apresentado traz subeixos e requisitos que possuem coerência ao que está sendo avaliado, bem como os apontamentos acerca da forma de verificação dos requisitos. A apresentação de cada requisito no Guia Instrutivo é realizada através de três componentes fundamentais: uma descrição, formas de verificação e referência científica.

Esse conjunto de instruções objetiva orientar o Autoavaliador e o Verificador/Avaliador quanto ao seu cumprimento. Objetiva ainda garantir o alinhamento, homogeneidade e interpretação do observador em qualquer situação de verificação.

Assim, cada componente de requisito tem as seguintes instruções:

DESCRIÇÃO: fundamenta o requisito e sua importância.

MEIOS DE VERIFICAÇÃO: exemplifica algumas evidências que comprovam o cumprimento do requisito.

REFERÊNCIAS: Referência(s) bibliográfica(s), para consulta.

Entendendo a relevância das informações prestadas, é válido dizer que o gestor, ou técnico designado do serviço de saúde efetuará, em plataforma disponibilizada pela ARQS, a autoavaliação do serviço de saúde. Ele declarará, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos comprobatórios apresentados por ocasião do preenchimento da autoavaliação, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realizada dos fatos á época). Ressalta-se que a falsidade da declaração - dados ou documentos falsos e/ou divergentes a fim de prejudicar ou alterar a verdade sobre os fatos alegados, constitui crime de falsidade ideológica previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, com base no art.4º, II da Lei nº 12.527/11, bem como arts. 5º, V e 6º, I, II, da Lei nº 12.846/13, passível de apuração na forma da Lei.

O cronograma para autoavaliação será divulgado obedecendo a temporalidade de avaliações definida pela ARQS.

2.3 Avaliação Externa

A validação das informações prestadas por cada serviço se dará através de uma análise dos dados e documentos comprobatórios recebidos, podendo ser sucedida por uma avaliação *in loco*/avaliação externa, na qual o serviço receberá visita de avaliadores autorizados pela ARQS e que obedecerão um calendário a ser divulgado pelo Órgão. A avaliação *in loco* tem o objetivo de verificar a conformidade autodeclarada pelo serviço.

A análise dos dados e documentos e a avaliação *in loco* (se indicada) são etapas que precedem a VALIDAÇÃO pela ARQS dos dados autodeclarados pelo serviço, possibilitando a emissão do *rating* final/ oficial de cada estabelecimento.

Cumpre destacar que a VALIDAÇÃO pela ARQS poderá alterar a classificação inicial decorrente do processo de AUTOAVALIAÇÃO e emitida apenas com os dados autodeclarados.

3. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES QUANTO ÀS BOAS PRÁTICAS DE QUALIDADE

De acordo com a lei estão sujeitos a regulação da qualidade pela ARQS todos os serviços de saúde prestados no âmbito do Estado e pelo conjunto de seus municípios. A lei também impõe para todos os Estabelecimento Assistenciais de Saúde-EAS a obrigatoriedade de estar cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES - do Ministério da Saúde. Atualmente o CNES registra o cadastro de 13.810 estabelecimentos assistenciais de saúde operando no estado do Ceará. Desses, 292 são serviços hospitalares.

Considerando a complexidade de suas atividades e a densidade tecnológica presente nesse tipo de serviço, e embora se apresentem em menor número, a avaliação desses estabelecimentos consiste numa prioridade para a ARQS, o que levou, nesta primeira etapa, ao desenvolvimento de requisitos e critérios de classificação para este segmento.

3.1 Metodologia para Elaboração dos Requisitos para o Segmento Hospitalar

Para o estabelecimento dos requisitos hospitalares, realizou-se extensa pesquisa, nas mais diversas fontes, nacionais e internacionais, na busca de boas práticas aplicáveis para avaliação do objeto serviços de saúde.

A Entidade Reguladora da Saúde de Portugal - ERS, o *Institute of Medicine* - IOM dos Estados Unidos, a Organização Nacional de Acreditação - ONA, *National Health Service* - NHS sistema de saúde no Reino Unido, *Medicare* sistema de saúde do Canadá, *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* - ACSA, *Joint Commission International* - JCI, e Instituto Qualisa de Gestão - IQG, foram algumas das fontes consultadas para elaboração de requisitos da ARQS.

O consolidado dos estudos realizados deu origem a um compilado de requisitos que foram submetidos a uma validação de conteúdo que contou com uma rede colaborativa de especialistas, denominados Juízes de Conteúdo. Estes com *expertises* nas áreas da pesquisa, docência e técnica, e tendo como objeto em comum o desenvolvimento de ações no campo da Qualidade dos Serviços de Saúde e Segurança do Paciente.

Os Juízes de Conteúdo realizaram a análise do conteúdo do Questionário de Requisitos para Classificação da Qualidade dos Serviços Hospitalares do Estado do Ceará, emitindo suas considerações em um instrumento de avaliação específico e apontando para cada item analisado o Índice de Validade de Conteúdo - IVC . A aferição da análise do conteúdo utilizou uma escala ordinal de concordância. No instrumento, foi fornecido um espaço para o parecer do juiz, para justificativas

referentes aos itens elencados e para sugestões que eles considerassem necessárias.

Na etapa seguinte do processo de validação a equipe técnica da ARQS analisou sistematicamente, uma por uma, todas as contribuições recepcionadas e ajustou o instrumento de classificação no que os IVC apontaram como necessário e no que tecnicamente foi considerado pertinente, mesmo com IVC adequado. Faz-se destaque para a relevante contribuição dos juízes que aceitaram esse desafio.

No total, foram contabilizadas 506 contribuições/sugestões. Dessas, 416 (82,21%) sugestões foram acatadas, e as demais 90 (17,77%) geraram processo de revisão para adequação.

A versão resultante do processo de validação do instrumento foi comparada às colaborações da consultoria portuguesa constante no Termo de Referência: *Projeto OE-6 - Fortalecer a Governança em Saúde no Ceará: a saúde mais próxima de você*.

4. EIXOS ORGANIZATIVOS

O questionário validado para os Serviços hospitalares do Estado do Ceará está composto por um conjunto de 226 requisitos que foram agrupados nos eixos organizativos (Eixo I - Boas Práticas para Gestão Organizacional / Eixo II - Boas Práticas para o Cuidado e Segurança do Paciente/ Eixo III - Boas Práticas para Acesso ao Cuidado/ Eixo IV - Boas Práticas para a Atenção Centrada no Paciente) e respectivos subeixos referentes aos componentes hospitalares.

4.1 Eixo/ Subeixo - I

EIXO 1. BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL
1.1 GESTÃO E PLANEJAMENTO
1.2 GESTÃO DA QUALIDADE
1.3 GESTÃO DE PESSOAS
1.4 GESTÃO DA SEGURANÇA DAS OPERAÇÕES
1.5 GESTÃO DE INSUMOS, MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS
1.6 GESTÃO DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
1.7 GESTÃO AMBIENTAL

4.2 Eixo/ Subeixo - II

EIXO 2 - BOAS PRÁTICAS PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE
2.1 GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE
2.2 GESTÃO DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO, VIGILÂNCIA E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS
2.3 GESTÃO DOS PROTOCOLOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE
2.4 GESTÃO E COMUNICAÇÃO DO RISCO
2.5 GESTÃO DA SEGURANÇA DO PROCESSAMENTO DE MATERIAIS

4.3 Eixo/ Subeixo - III

EIXO 3 - BOAS PRÁTICAS PARA ACESSO AO CUIDADO

3.1 GESTÃO PARA ACESSO AO CUIDADO

3.2 GESTÃO DA INTERNAÇÃO

4.4 Eixo/ Subeixo - IV

EIXO 4. BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

4.1 GESTÃO DAS AÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE

4.2 GESTÃO DA EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

5 REQUISITOS DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Eixo 1 – Boas Práticas para Gestão Organizacional

1.1 Gestão e Planejamento

1.1.1 Possui e dissemina a sua identidade organizacional (Missão, Visão, Valores) entre seus colaboradores

Descrição: A identidade organizacional pode ser entendida quando uma organização se torna específica na mente dos seus integrantes, compreendendo as crenças partilhadas pelos membros da organização sobre o que é central, o que a distingue e deverá ser duradouro na organização. Pode ser entendida como diretrizes que compreendem a Missão, a Visão e o conjunto de Valores da instituição. São ferramentas estratégicas, que direcionam a organização para o caminho mais vantajoso ao seu desenvolvimento.

Meios de verificação: Missão, Visão e Valores descritos e disseminados na organização, de modo que possam ser sempre lidos e recordados pelos funcionários, através de quadros, *banners*, *displays*, placas informativas, páginas e mídias sociais etc, dispostos em locais de ampla circulação.

Referências:

MACHADO, Hilka Vier. A Identidade e o contexto Organizacional: perspectivas de análise. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, pp.51-73, 2003. Edição Especial. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rac/a/Y7KdVD3kD5NKdmjQJCWtkYS/?lang=pt&format=pdf>.

1.1.2 Possui organograma com a sua estrutura formal estabelecida e disseminada entre seus colaboradores

Descrição: Organograma é a representação gráfica dos cargos e das relações hierárquicas travadas no ambiente organizacional. É o gráfico que representa a estrutura formal da empresa. Apesar de não revelar os relacionamentos informais, traduz de forma inequívoca a divisão do trabalho e as posições existentes nas organizações, seu agrupamento em unidades e a autoridade formal.

Meios de verificação: Documento formal da organização definindo o organograma, com descrição das áreas, dos cargos e referidas competências. Ata de atualização do organograma. Meios de esclarecimento sobre o desenho da organização. Organograma da organização acessível aos colaboradores.

Referências:

CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001. 385 p. 6ª edição Revista e Atualizada.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995. 304p.

1.1.3 Possui e dissemina código de conduta institucional entre os colaboradores

Descrição: Código de conduta é um documento que busca estabelecer diretrizes de comportamento e ação para os colaboradores (internos e externos) e representantes de uma organização. Trata-se de uma norma interna que alinha os valores éticos aos objetivos da instituição e os princípios e valores que norteiam as ações e os compromissos de conduta institucional.

Meios de verificação: Código de conduta da instituição. Documento de verificação de notificação de desvio de conduta. Documentação que demonstre acompanhamento de casos relacionados a condutas.

Referências:

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Código de Ética e Conduta**. Brasília: Ebserh, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebsrh/pt-br/governanca/etica-e-integridade/sobre-etica-e-integridade/cee_codigo_de_etica_jun2020.pdf>.

1.1.4 Possui Regimento Interno ou documento equivalente atualizado, contemplando a descrição das atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências

Descrição: Documento que apresenta um conjunto de normas estabelecidas para regulamentar a organização e o funcionamento da instituição. Trata-se de uma exigência sanitária no Art. 9º da RDC N° 63/2011 “*O serviço de saúde deve possuir regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências*”.

Meios de verificação: Regimento interno ou documento equivalente aprovado. Atas de reuniões acerca das deliberações e atualizações do regimento interno.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.1.5 Designa formalmente o Responsável Técnico pelo estabelecimento de saúde

Descrição: O Responsável Técnico do estabelecimento deve ser um profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde. Ter um RT e um substituto é uma exigência sanitária estabelecida no Art. 14 da RDC Nº 63/2011.

Meios de verificação: Ato administrativo de nomeação do Responsável Técnico e seu substituto. Documento do conselho de classe, com validade vigente, ao qual está registrado como RT.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.1.6 Designa profissional responsável nas unidades funcionais do estabelecimento de saúde, conforme definido em legislações e regulamentos específicos

Descrição: De acordo com a RDC Nº 63/2011 em seu Art.15 as unidades funcionais do serviço de saúde devem ter um profissional responsável, conforme definido em legislações e regulamentos específicos.

Meios de verificação: Ato administrativo de designação/ nomeação do profissional responsável por cada unidade funcional.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.1.7 Notifica ao órgão sanitário competente quando da mudança do Responsável Técnico

Descrição: De acordo com a RDC Nº 63/2011 o serviço de saúde deve notificar ao órgão sanitário competente sempre que houver alteração de responsável técnico ou de seu substituto.

Meios de verificação: Documento de notificação da alteração do Responsável Técnico(RT) à Vigilância Sanitária local. Documento do conselho de classe, com validade vigente, ao qual está registrado como RT.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.1.8 Possui Planejamento Estratégico Institucional com desdobramento dos objetivos e metas por áreas

Descrição: O Planejamento Estratégico Institucional é um processo que deve guiar o processo de tomada de decisão da organização, decidir de maneira antecipada, o que fazer, como fazer, quem vai fazer, onde e como fazer, tendo como foco principal o alcance dos objetivos pré-estabelecidos pela organização. A prática do planejamento institucional com periodicidade definida, evidencia compromisso, responsabilidade e modernização institucional, visto que são planejadas ações, indicadores e utilização de instrumentos para medir alcances de objetivos, metas e, portanto, resultados. O planejamento deve utilizar ferramentas que permitam acompanhar e implementar as ações com vista a aprimorar a qualidade da gestão.

Meios de verificação: Documento do Planejamento Estratégico da instituição com o período de vigência, com os planos que serão executados, com os profissionais envolvidos em sua elaboração e os instrumentos utilizados. Relatório de indicadores de desempenho da organização/ Painel de Gestão. Relatório com mensuração e acompanhamento dos resultados. Documentos que comprovem os contratos internos/ as metas setoriais entre as equipes.

Referências:

PARRA, J. F. G; ALVES, V. L. S. Planejamento e Organização. In: BALSANELLI, Alexandre Pazetto *et al* (org.). **Competências Gerenciais:** desafio para o enfermeiro. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011. pp.193-207.

1.1.9 Monitora periodicamente a disseminação do Planejamento Estratégico, sua execução e os resultados obtidos, corrigindo desvios e gerando ações de melhoria

Descrição: A disseminação do planejamento estratégico possibilita o engajamento e a integração das pessoas, o pensar estratégico, e se constitui em etapa fundamental para o alcance de bons resultados, e para a certificação de que todas as atividades estão sendo desenvolvidas conforme os parâmetros adequados e que orientam a organização.

Meios de verificação: Documentação que comprove a avaliação (ata e/ou pauta de reunião ou outro tipo de documento) do Planejamento Institucional atual e o monitoramento dos resultados. Plano de acompanhamento de indicadores. Documentos com etapas do gerenciamento das ações e atividades

para alcance de metas do Plano. Relatórios de indicadores de resultados. Documentos com encaminhamentos das resolução dos problemas com indicação das medidas adotadas e das ações de melhorias. Monitoramento das ações de melhoria.

Referências:

PARRA, J. F. G.; ALVES, V. L. S. Planejamento e Organização. In: BALSANELLI, Alexandre Pazetto *et al* (org.). **Competências Gerenciais:** desafio para o enfermeiro. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011. PP. 193-207.

PENA, Fábio Patrus M; MALIK, Ana Maria; VIANA, F. M. Gestão Estratégica em Saúde. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 113-129.

1.1.10 Utiliza informações gerenciais para tomada de decisão, na busca do alcance de resultados e de forma alinhada às estratégias organizacionais

Descrição: As informações gerenciais, construídas a partir da interação entre os que tomam decisões e os que organizam e gerenciam os sistemas de informação, são necessárias aos gestores dos serviços de saúde uma vez que contribuem para decisões mais acertadas, considerando as estratégias organizacionais. Ressalta-se que a qualidade da decisão não se baseia exclusivamente em recursos informacionais extremamente avançados, depende mais do processo de compartilhamento da informação e do conhecimento nas organizações.

Meios de verificação: Relatórios de Gestão com indicação de seleção de conjunto de informações gerenciais que subsidiam a tomada de decisão. Atas de Reuniões que evidenciem a disseminação e a utilização de informações gerenciais para a tomada de decisão. Documentos que demonstrem a utilização das informações e dos indicadores de gestão e de assistência de acordo com os resultados deles, para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais.

Referências:

ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro. A Epidemiologia e o Processo de Assistência à Saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 15-31.

1.1.11 Acompanha o desempenho orçamentário da organização

Descrição: O orçamento consiste em um conjunto de relatórios que reúnem as estimativas quanto aos aspectos operacionais, financeiros e à política financeira da organização, sendo sensível aos objetivos gerais, setoriais e padrões de desempenho, os quais são inter-relacionados para constituir o plano de ação do hospital. As despesas e custos na saúde representam grandes desafios para gestores e gerentes,

devido a poucos recursos, constantes aumentos em produtos médicos hospitalares e constantes advento de novas tecnologias dentre outros fatores que encarecem a prestação dos serviços de saúde. A implantação de sistemas de apuração de custos por serviços e unidades como os Centro de Custo nas organizações permite acompanhamento, cálculos de custo e benefício que possibilitam escolhas e tomadas de decisões. O sistema de apuração de custos permite a previsão de alocação de recursos financeiro implicando no planejamento e aporte financeiro orçamentário da organização e ainda na transparência nos gastos institucionais.

Meios de verificação: Existência de Sistema de Custo por unidade ou serviço; planilha/ relatório demonstrativo de centro de custos por serviço, ou procedimento ou paciente; Documento que comprove a Programação Orçamentária para o ano do exercício atual; Relatório de no mínimo de 1 ou 2 anos do desempenho orçamentário da Organização.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde. Investimentos e Desenvolvimentos. **Glossário Temático**. 3^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

MATOS, Afonso José de. Gestão Financeira e de Custos. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 177-191.

1.1.12 Possui Política e Programa de *Compliance*, de Gestão de Risco e de Transparência Organizacional

Descrição: A implementação de programas de compliance vem sendo cada vez mais difundida nos ambientes organizacionais, se destacando o compliance, com vistas a estar em conformidade com as questões jurídicas, aumentando a eficiência e minimizando os riscos. O Programa de Compliance, envolve um conjunto de conformidades que a organização deve adotar que se baseia com as regras internas e externas organizadas em três áreas: 1)conformidade com a legislação dos direitos humanos e trabalhistas; 2) conformidade legislativa com técnicas ambientais, e 3) conformidade com a área socioeconômica, transparência, financeira e anticorrupção. Para que o programa de compliance seja implementado de maneira efetiva e tenha êxito devem ser levados em consideração os seguintes pilares: i) compromisso da empresa com o programa; ii) mapeamento de riscos; iii) código de conduta e políticas; iv) controles internos; v) comunicação e treinamentos; vi) canais de denúncia; vii) due diligence(voltado para os aspectos internos da organização. O segundo concentra-se nas partes terceiras que mantêm relações com a instituição: fornecedores, parceiros, distribuidores, representantes, entre outros) e viii) auditorias e monitoramento.

Meios de verificação: Política e Programa de compliance. Política e Programa de gestão de risco.

Política e Programa de transparência. Relatório de Gestão que abordem compliance, gestão de risco e transparência. Relatórios de auditoria interna que abordem compliance, gestão de risco e transparência.

Referências:

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS - FGV. MBA Live. **Compliance:** uma nova realidade. [S.l.]: FGV, 2020. (62 min.), Webinar, son., color. Disponível em: <https://youtu.be/JPnOgN1_ek8>.

OLIVEIRA, B. B. et al. A gestão da informação como ferramenta para o compliance: uma perspectiva preliminar no contexto da diminuição de riscos e aumento de competitividade nas organizações brasileiras do setor da saúde. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, v.31, n.2, abr./jun. 2020. DOI: 10.36512/rcics.v31i2.1487. Disponível em: <<https://brapci.inf.br/index.php/res/v/139881>>.

PAZ, N. **Os oito (08) pilares de um programa de compliance.** Id Blog. São Paulo, 11 jun. 2020. Disponível em: <<https://blog.idwall.co/programa-de-compliance-8-pilares/>>.

1.1.13 Realiza auditoria interna com atividades periódicas

Descrição: A auditoria interna é uma atividade de avaliação voluntária realizada por uma organização para fornecer garantia sobre a eficácia dos controles internos, gerenciamento de riscos e governança para facilitar a execução dos objetivos organizacionais.

Meios de verificação: Cronogramas da auditoria interna. Relatórios da auditoria interna.

Referências:

SCHRAGLE, Israela. **Auditoria interna:** base para o trabalho da auditoria externa numa instituição financeira. 2003. 68 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ciências Contábeis, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/123939>>.

VIANA, Claudenilson dos Santos. O papel da auditoria nas instituições hospitalares. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v.11, n.7, p.05-20, 2019. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/papel-da-auditoria#>>.

1.1.14 Possui e dissemina a Política de Comunicação Institucional (Interna e Externa) que atenda as necessidades da organização

Descrição: A comunicação institucional está ligada a elaboração de uma imagem e de uma identidade da empresa, por meio de técnicas capazes de angariar a empatia dos seus colaboradores e seu público externo, é orientada por uma política estratégica de relações públicas, que se torna a principal responsável pela a formação de uma imagem forte e positiva de uma empresa, tem-se então a comunicação institucional como principal forma que uma organização tem para consolidar e preservar

sua imagem diante dos seus públicos (interno e externo). A comunicação interna é a forma oficial de a organização estabelecer o diálogo entre a empresa e o público interno, além disso é o meio pelo qual a instituição consegue reforçar e repassar valores e disseminar informações que influenciam na relação empresa-empregado.

Meios de verificação: Política de Comunicação Institucional documentada e disseminada na instituição. Banners. Totens. Revistas. Jornais. Internet. Televisões. Rádios corporativos. Vídeos. Murais digitais. Cartilhas. Notas para imprensa.

Referências:

ROCHA, Vinicius N. **As estratégias de comunicação interna nas organizações militares de saúde do Exército Brasileiro:** um estudo de caso no Hospital Geral de Santa Maria. Santa Maria, RS.. 2021. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão de Organizações Públicas, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2021. Disponível em:
https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/22465/DIS_PPGGOP_2021_ROCHA_VINICIUS.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

1.1.15 Possui e gerencia o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - ativo e atualizado

Descrição: O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde - MS no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não. De acordo com o Art. 13 da RDC Nº 63/2011 o serviço de saúde deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Meios de verificação: CNES atualizado e ativo no sistema.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.** CNESNet: DataSUS. Brasília - DF, 2022. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 311, de 14 de maio de 2007.** Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2007. Disponível em:
<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=202003>.

OLIVEIRA, Diana Carmen Almeida Nunes de; CAVALCANTE, Naara Régia Pinheiro. Cadastro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: Instrumento para o planejamento, a programação, o controle e a avaliação de ações do sistema de saúde. **Informação Objetivas de Qualidade - IOQ**, Fortaleza: Secretaria da Saúde; Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde, n.4, 13p., 2022. ISSN 2764-7684. Bimestral. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/IOQ-CNES-N4-agosto-22_V2.pdf>.

1.1.16 Possui licença sanitária atualizada de acordo com a legislação local, afixada em local visível ao público

Descrição: Licença Sanitária é um documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, que contém permissão para o funcionamento dos serviços de saúde e deve estar atualizado, segundo o item IV do Art. 4º da RDC Nº 63/2011 da ANVISA. Contudo, os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local.

Meios de verificação: Fixação e exposição da Licença Sanitária atualizada em lugar visível ao público.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.2 Gestão da Qualidade

1.2.1 Possui Política de Gestão da Qualidade e estabelecida e disseminada

Descrição: Política de qualidade refere-se às intenções e diretrizes globais relativas à qualidade, e é formalmente expressa e autorizada pela direção do serviço de saúde, esta definição foi estabelecida pela RDC Nº 63/2011 da ANVISA. E em seu Art. 5º exige-se que o serviço de saúde desenvolva ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade garantindo a estrutura e os processos necessários, bem como os resultados na gestão dos serviços e em seu Art. 18 determina à direção e ao responsável técnico a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos.

Meios de verificação: Política de Qualidade da instituição. Atos administrativos que estabeleçam a Política de Qualidade. Plano de Ação para a disseminação da Política de qualidade. Atas de reuniões que indiquem a disseminação da Política de Qualidade.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.2.2 Possui Núcleo da Qualidade em funcionamento

Descrição: Trata-se de estrutura ou instância da instituição para coordenar e monitorar as atividades voltadas à gestão da qualidade objetivando definir e implantar a política da qualidade. Tem entre outras tarefas: ser um catalisador da mudança da cultura da organização, elevar a segurança e a qualidade dos processos, mapear e gerenciar as interações sistêmicas dos processos, capacitar pessoas sobre gestão da qualidade e acreditação, coordenar a atuação de comitês/comissões institucionais, estimular o uso de ferramentas da qualidade, especialmente pelos líderes dos processos, realizar auditorias internas, acompanhar os objetivos estratégicos da instituição.

Meios de verificação: Espaço físico estruturado para o funcionamento do Núcleo de Qualidade. Atos administrativos que estabelecem a implantação do Núcleo da Qualidade; Relatórios específicos e atas de reuniões sobre realização de atividades do núcleo da qualidade.

Referências:

BRASIL. Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde - IBES. **Quais as funções de um escritório de qualidade em organizações de saúde?** São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www.ibes.med.br/quais-as-funcoes-de-um-escritorio-de-qualidade-em-organizacoes-de-saude>>.

1.2.3 Gerencia os processos de trabalho de forma sistêmica e integrada com as unidades funcionais

Descrição: Um processo é composto por um conjunto definido de atividades com a finalidade de organizar os trabalhos e os recursos de uma empresa a fim de atingir seus objetivos. Trata-se de um fluxo de trabalho, com entradas (*input*) e saídas (*output*) bem definidas e tarefas discretas que seguem uma sequência e que dependem umas das outras em uma sucessão clara. Repetitivos e contínuos, os processos estabelecem um circuito de tarefas ordenadas para atender uma demanda específica, que em sua maioria são destinadas à satisfação dos clientes. A organização possui processos que podem ser definidos, medidos e melhorados. Esses processos interagem para entregar resultados consistentes com os objetivos da organização e fronteiras multifuncionais. Alguns processos podem ser críticos, enquanto outros não são. Os processos têm atividades inter-relacionadas com entradas para prover saídas. As pessoas colaboram para atuar dentro de um processo para realizar suas atividades diárias.

Algumas atividades são prescritas e dependem de uma compreensão dos objetivos da organização, enquanto outras não são e reagem a estímulos externos para determinar sua natureza e execução.

Meios de verificação: Mapeamento dos processos assistenciais e de apoio. Atas de reunião que evidenciem os gerenciamentos de processos de trabalho e as interrelações dos processos. Relatório do gerenciamento das inter-relações dos processos. Documento que evidencie o acompanhamento e cumprimento de contratos estabelecidos entre as Unidades funcionais. Planos de Ação. Ciclos de Melhorias. Indicadores de processos. Indicadores de resultados.

Referências:

AGANETTE, E. C.; TEIXEIRA, L.M.D; AGANETTE, K. J. P. Modelagem de processos em empresa do setor de saúde pública: I-CISMEP, um relato de caso. **Agora**, Florianópolis, v. 28, n. 56, pp. 92-110, jan./jun. 2018. ISSN 0103-3557. Disponível em:

<https://www.brappci.inf.br/_repositorio/2018/05/pdf_5e5f6862f0_0000029766.pdf>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR ISO 9000: 2015**: Sistema de gestão da qualidade – fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

1.2.4 Possui método de elaboração, padronização, validação, controle e revisão de documentos

Descrição: Trata-se do estabelecimento de regras para elaboração, padronização, validação, atualização, controle, distribuição/divulgação e hierarquia dos documentos internos do Hospital. Esse processo está relacionados ao Sistema de Gestão da Qualidade-SGQ, e objetiva garantir a correta rastreabilidade dos documentos, manter a qualidade e clareza e rastreabilidade das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação, de acordo com os requisitos exigidos pela ISO 9001.

Meios de verificação: Política de Gestão Documental. Atos administrativos que estabelecem as regras para a gestão de documentos. Documentos da rotina que demonstrem que foram elaborados, padronizados, validados e que são controlados e revisados conforme métodos estabelecidos pelo serviço.

Referências:

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. Norma Operacional para Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. In: **Boletim de Serviço nº 637, de 06 de agosto de 2019**. Brasília: Ebserh, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2019/boletim-de-servico-no-637-06-08-2019/view>>.

MAEKAWA, Rafael; CARVALHO, Marly Monteiro de; OLIVEIRA, Otávio José de. Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades.

Gestão & Produção, [S.L.], v. 20, n. 4, pp. 763-779, 5 nov. 2013. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/gp/a/rdyRynHz9g56J4KGSCWndKf/abstract/?lang=pt>>.

1.2.5 Adota logística e padronização dos prontuários

Descrição: Prontuário é documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, devendo ser padronizado no Serviço.

Meios de verificação: *Checklist* de padronização de prontuários. Registros no prontuário entre outras evidências de cumprimento das exigências de padronização. Siglário(siglas padronizadas para registro nos prontuários).

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília - DF, 09 ago. 2002. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>>.

1.2.6 Identifica o perfil assistencial do serviço

Descrição: Perfil assistencial é toda a oferta de atendimento ou de serviços assistenciais do hospital e que também é caracterizado por mudança a introdução de um novo serviço assistencial, o atendimento de um novo agravo à saúde ou a introdução de uma nova tecnologia, bem como a exclusão de serviços, a diminuição ou a ampliação de sua oferta de atendimento. Em se tratando de serviços públicos, de acordo com o Art. 4º da Portaria N° 3.390 de 30 de dezembro de 2013 os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da Rede de Atenção à Saúde - RAS, loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

Meios de verificação: Documento que contenha a descrição do perfil assistencial e da capacidade do serviço.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção hospitalar brasileira.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 164p.

1.2.7 Identifica o perfil epidemiológico de seus usuários

Descrição: O perfil epidemiológico consiste em um estudo para conhecer e identificar o quadro geral de saúde de uma população específica. Possui a finalidade de identificar as necessidades de saúde e perfil dos pacientes/clientes atendidos pela organização de saúde. O Perfil Epidemiológico deve ser utilizado para o planejamento de recursos, estrutura, estratégias e tomadas de decisões na organização baseando-se em informações técnicas e científicas que definem as necessidades e avaliam os resultados do ponto de vista dos pacientes/clientes.

Meios de verificação: Relatório com o levantamento e acompanhamento do perfil epidemiológico. Mapa do perfil epidemiológico atualizado. Sala de Situação.

Referências:

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação - ONA. **Sistema de Gestão da Qualidade:** Norma Orientadora nº 23. Termos e Conceitos - normas e manuais. São Paulo: ONA, 2022. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/biblioteca>>.

1.2.8 Dissemina os processos assistenciais aos profissionais e às unidades funcionais

Descrição: Os processos assistenciais formalizados pelo estabelecimento de saúde (POP's, Protocolos, Rotinas etc.) precisam ser disseminados aos profissionais e às unidades funcionais, considerando que são instrumentos da Gestão da Qualidade e que neles estão estabelecidos os equipamentos e materiais necessários, quais as atividades críticas, a descrição das atividades e os indicadores de monitoramento e medição do processo.

Meios de verificação: Ata de reunião referente a disseminação dos processos assistenciais formalizados. Lista de frequência de capacitações sobre processos assistenciais. Processos Assistenciais disponibilizados nos postos de trabalho.

Referências:

BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.5, n.35, pp.319-331, 2011. Disponível

em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>.

BRASIL. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria De Estado Da Saúde. Instituto Santé Hospital Regional Terezinha Gaio Basso. **Sistema de Gestão da Qualidade**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. 49p. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/comissao-de-qualificacao-hospitalar-das-unidades-hospitalares-ses/escritorios-da-qualidade-nas-unidades/hrtgb/15807-sistema-de-gestao-da-qualidade-hrtgb-2018/file>>.

1.2.9 Define critérios de avaliação, incorporação e aquisição de novas tecnologias

Descrição: Consideram-se tecnologias em saúde os medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população, conforme a Portaria Nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005. De acordo com a Política Nacional de Gestão em Tecnologias de Saúde a Avaliação de Tecnologias em Saúde é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde, das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias, considerando os seguintes aspectos: segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e aspectos de equidade, impactos éticos, culturais e ambientais envolvidos na sua utilização.

Meios de verificação: Documento que estabeleça equipe técnica para a avaliação de novas tecnologias. Lista de presença em treinamentos acerca da avaliação de tecnologias em saúde. Relatórios específicos e atas de reuniões sobre realização de atividades da equipe técnica. Documento contendo critérios e processos explícitos na priorização da incorporação de tecnologias

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Institui a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2005. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 52 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>.

1.2.10 Estabelece e documenta ciclos de melhoria contínua da qualidade para intervenção em problemas prioritários

Descrição: A melhoria contínua refere-se ao compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.

Meios de verificação: Documentos de registros do uso de ferramentas de melhoria contínua como: Planejamento, Desenvolvimento, Checagem e Ação Corretiva - PDCA, Lean Thinking, Six Sigma, método Kaizen etc. Plano de Ação de melhorias. Monitoramento das ações de melhoria.

Referências:

CRUZ, Péricles Góes da; LOLATO, Gilvane (coords.). **Manual para Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde - OPSS**: roteiro de construção do manual brasileiro de acreditação ONA 2022. Brasília: Organização Nacional de Acreditação - ONA, 2021. 93p. (Edição especial). Disponível em: <https://www.ona.org.br/uploads/Edicao_Comemorativa_Manual_OPSS_2022_-Roteiro_de_Construcao_do_Manual_Brasileiro_0.pdf>.

1.2.11 Desenvolve capacitações sobre o uso de ferramentas da qualidade

Descrição: O conceito de Ferramentas da Qualidade abrange qualquer metodologia e/ou técnica que cause melhorias para o seu processo. Na área da saúde são denominadas de ferramentas, técnicas de planejamento, métodos ou técnicas que facilitam o processo de trabalho do dia a dia. São ferramentas da qualidade: Ciclo PDCA, fluxogramas, Diagrama de Causa e Efeito, Pareto, Histograma, Diagrama de Ishikawa, 5W2H etc. Capacitações são necessárias para o uso dessas ferramentas.

Meios de verificação: Cronograma de treinamentos sobre o assunto. Lista de presença dos treinamentos. Materiais utilizados nos treinamentos.

Referências:

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação - ONA. ONA Educare. **Curso de Ferramentas da Qualidade**. 2017. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/ona-educare>>.

GALDINO, Simone Vasconcelos *et al.* Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.7, pp. 1023-1057, 2016. Supl. 1. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569/3252>>.

1.2.12 Realiza auditorias de qualidade dos processos assistenciais sistematicamente

Descrição: Auditoria é um processo de avaliação sistematizada que visa o cumprimento de objetivos e metas propostos dentro de um serviço, utiliza tais informações de forma analítica, para implementar ações de prevenção e correção, e diz respeito à associação da qualidade da assistência, com foco na experiência e satisfação do paciente, e da gestão de custos com a preocupação com aspectos financeiros institucionais decorrentes dos serviços prestados.

Meios de verificação: Documentos administrativos para analisar as conformidades dos serviços prestados em relação às normas existentes. Relatórios com diagnóstico sobre o desempenho do processo assistencial auditado. *Checklist* de análise de prontuários. Cronograma de auditorias. Plano de Ação das auditorias de qualidade. Registro das Ações de melhorias provenientes das auditorias de qualidade.

Referências:

FABRO, Gisele Caroline Richi *et al.* Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. **Cuid.Arte Enfermagem**, [S.L], v. 2, n. 14, pp. 147-155, 2020. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.147-155.pdf>>.

1.2.13 Acompanha e avalia as atividades das comissões técnicas obrigatórias

Descrição: As Comissões Técnicas Obrigatórias são formadas por profissionais técnicos, como médicos e enfermeiros, entre outras profissões. Tem como objetivo principal ser um instrumento de gestão, prestar assessoria à alta liderança na busca contínua da melhoria da segurança e da qualidade dos processos assistenciais, promover o gerenciamento de riscos e a implantação de protocolos. Possuir mecanismos que garantam o funcionamento de Comissões, Comitês e Programas estabelecidos em legislações e normatizações vigentes é uma exigência sanitária da RDC N° 63/2011 da ANVISA expressa no Art. 20.

Meios de verificação: Atos administrativos de nomeação. Pareceres. Manuais. Orientações e Protocolos emitidos pelas comissões. Plano de Ação das Comissões. Relatórios das Comissões. Projetos e ações propostos pelas Comissões Técnicas Obrigatórias - CTO.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.2.14 Possui acreditação de serviços vigente e emitida por entidades devidamente reconhecidas em certificação da qualidade de estabelecimentos de saúde

Descrição: As certificações da qualidade são um verdadeiro atestado de competência técnica e gerencial para a empresa, são uma prova de que as empresas atendem a determinados requisitos com relação aos seus processos, práticas, produtos e serviços. É importante destacar que elas não causam impacto apenas nos serviços ou produtos em si, mas também, na forma como os clientes e o mercado de forma geral veem as empresas. A certificação é responsável por passar um pente fino nos processos da organização, sendo assim, elas auxiliam o gestor a tomar decisões de forma mais segura, já que permite analisar a empresa como um todo, garantindo mais organização e satisfação dos clientes.

Meios de verificação: Certificado de qualidade vigente.

Referências:

SOUSA, F. F. **O impacto de certificações da qualidade no desempenho de empresas do setor privado da saúde em Portugal.** 2021. 130f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Gestão de Empresas, Departamento de Ciências Econômicas e Empresariais, Universidade Autônoma de Lisboa, Lisboa - PT, 2019. Disponível em:
[<http://hdl.handle.net/11144/5392>](http://hdl.handle.net/11144/5392).

1.3 Gestão de Pessoas

1.3.1 Possui Política de Gestão de Pessoas independente do tipo de vínculo

Descrição: A Política de Gestão de Pessoas estabelece princípios e diretrizes, de forma a integrar a gestão de pessoas aos objetivos estratégicos da instituição, onde, define-se um modelo de gestão saudável e eficaz dos colaboradores nos aspectos legais, maximizando a assertividade dos processos que conferem melhor desempenho às organizações. A Política de Gestão de Pessoas deve estabelecer minimamente: Processos para Recrutamento; Processo para Seleção; Processo para Admissão; Processo para Integração; Processo para Avaliação de desempenho; Processo para Desenvolvimento; Processo para Retenção; Processo para Valorização e desligamento, a partir das competências definidas.

Meios de Verificação: Política de Gestão de Pessoas atualizada.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS:** balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 31 p. (Série C - Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf>.

1.3.2 Dimensiona o quantitativo de profissionais de acordo com as necessidades operacionais de cada unidade funcional

Descrição: Os profissionais devem ser dimensionados de acordo com o perfil epidemiológico, as necessidades dos usuários e as resoluções de classe (critérios de dimensionamento para a provisão de pessoal nas unidades baseado nos critérios de quantidade e qualidade do cuidado prestado por categoria profissional). As necessidades dos pacientes a serem atendidos, o padrão de cuidado pretendido, a produtividade, nível de preparo, capacitação e desenvolvimento dos profissionais envolvidos na assistência são um dos fatores que em conjunto oferecem impacto sobre a carga de trabalho e sobre a adequação do número de profissionais necessários à assistência.

Meios de Verificação: Dimensionamentos documentados. Ferramentas de avaliação do dimensionamento. Escalas de serviço por Unidade funcional.

Referências:

VECINA NETO, Gonzalo. Serviços Técnicos. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp.248-255.

1.3.3 Recruta, seleciona, desenvolve e desliga pessoas de acordo com as competências essenciais e individuais, definidas na Política de Gestão de Pessoas

Descrição: Consiste em estabelecer as etapas e os critérios para os processos de recrutamento, seleção e desligamento dos profissionais. O processo de recrutamento e seleção deve assegurar competências alinhadas às necessidades da organização e às especificidades dos cargos e definir os requisitos qualitativos/pessoais para o exercício da função.

Meios de Verificação: Procedimento descrito de recrutamento, seleção e desligamento; Perfil da função/ descrição de cargo: documento com requisitos técnicos e comportamentais da vaga a ser preenchida; Registros das etapas realizadas: entrevistas de seleção, questionários, provas, análise de currículos e entrevista de desligamento; Documento com a Análise dos resultados obtidos através das entrevistas de desligamento; Registro formal do *Feedback* aos avaliados; Documentação do Processo de acompanhamento e desligamento (assinatura das partes do processo).

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS**: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 31 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf>.

CRUZ, Péricles Góes da; LOLATO, Gilvane (coords.). **Manual para Organizações Prestadoras de Serviço de Saúde - OPSS**: roteiro de construção do manual brasileiro de acreditação ONA 2022. Brasília: Organização Nacional de Acreditação - ONA, 2021. 93p. (Edição especial). Disponível em:

<https://www.ona.org.br/uploads/Edicao_Comemorativa_Manual_OPSS_2022_-Roteiro_de_Construcao_do_Manual_Brasileiro_0.pdf>.

1.3.4 Identifica devidamente os colaboradores de acordo com a Política de Gestão de Pessoas

Descrição: Os serviços de saúde identificam devidamente os colaboradores de acordo com a política de gestão de pessoas. A Resolução N°63 de 25/11/2011 em seu Art. 22 expressa que o serviço de saúde deve garantir mecanismos de identificação dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes. A identificação dos colaboradores se constitui em processo fundamental na Política de Gestão de pessoas, considerando que suas características, formações e perfis são fundamentais para o desenvolvimento dos mesmos e da organização.

Meios de Verificação: Bancos de dados onde todas as informações sobre os colaboradores do serviço são registradas de forma organizada (softwares de ficha cadastral, de *curriculum vitae*, perfil de personalidade e de liderança dos colaboradores do hospital; Inscrição no Conselho de Classe; qualificações; Titulações e Diplomas). Prontuário individual do profissional devidamente atualizado com os dados de identificação do colaborador. Arquivo físico ou digital, que permita o cadastro, o controle e o acompanhamento da identificação dos colaboradores e suas atualizações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE - IBES. **Curso Avançado de Consultores para Acreditação em Saúde 3.0.** 2021. Disponível em:
<https://ibes.ac-page.com/curso_avancado_consultores>.

1.3.5 Gerencia as necessidades de capacitações e treinamentos de seus colaboradores

Descrição: Capacitações e/ou treinamentos são elementos fundamentais para o desenvolvimento dos colaboradores e devem considerar as competências gerenciais, técnicas ou comportamentais para o exercício das suas funções atuais ou futuras, alinhadas às necessidades estratégicas da organização.

Meios de Verificação: Documento com mapeamento das necessidades de treinamento; Cronograma anual ou semestral de treinamentos; Projeto de capacitação para colaboradores; Ata de reunião de planejamento de capacitações e treinamentos; Listas de frequência; Relatório de Execução do Plano de Educação Permanente; Política de Educação Permanente.

Referências:

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 588 p.

1.3.6 Capacita e treina seus colaboradores de forma contínua, alinhado às necessidades advindas da prestação de cuidados, por meio de programa de educação permanente

Descrição: O Programa de Educação Permanente deve considerar a capacitação conforme as necessidades identificadas, deve promover e desenvolver a cultura da aprendizagem em equipe, o compartilhamento de informações, inovações e melhores práticas.

Meios de Verificação: Cronograma de capacitação; Projetos de atividades de educação permanente; Listas de frequência assinada; Comprovação de Cursos presenciais e à distância. Registros de ações de Aprendizagem em serviço. Registro de Grupos formais de estudos, intercâmbios, estágios, seminários e congressos.

Referências:

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 588 p.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE - IBES. **Curso Avançado de Consultores para Acreditação em Saúde 3.0**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://ibes.ac-page.com/curso_avancado_consultores>.

1.3.7 Realiza avaliação periódica de desempenho do colaborador

Descrição: A avaliação periódica é um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de aferição do cumprimento de metas individuais dos colaboradores estabelecidas com base em indicadores definidos na Política de Gestão de Pessoas. Pode-se citar alguns exemplos para aplicação da avaliação de desempenho como: I - Avaliação: ato de medição e atribuição de valor às ações desenvolvidas pelo colaborador na execução de suas atividades, a partir de critérios pré-definidos; II - Desempenho: conjunto de fatores e características da atuação profissional do colaborador; III- Fator de Competência: elemento de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes do colaborador para a realização de suas atividades; IV -Indicador de Desempenho: unidade mínima de verificação de desempenho em um fator de competência; V - Ciclo de Desempenho: intervalo entre processos de avaliação de desempenho individual, no qual será analisado o desempenho do colaborador para realização da autoavaliação e avaliação pela liderança; VI- *Feedback*: consiste na informação a respeito do desempenho do colaborador avaliado, passada pela chefia imediata, apontando os pontos fortes e ressaltando os aspectos que devem ser melhorados no desempenho do colaborador.

Meios de Verificação: Ficha Funcional de Avaliação de Desempenho; Planilha de acompanhamento das avaliações funcionais.

Referências:

CEARÁ. **Decreto nº 33.545, de 20 de abril de 2020.** Regulamenta as leis nº17. 132, de 12 de dezembro de 2019 e nº 17.184, de 23 de março de 2020 que dispõe, respectivamente, sobre a concessão da gratificação de desempenho institucional e a gratificação de incentivo às atividades especiais, no âmbito da secretaria de saúde, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, 2020. Disponível em: <https://www.sindsaudeceara.org.br/arquivos/files/leis/Servidores%20Estaduais/Dec_33545_20abr2020_Doe_20abr2020.pdf>.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 588 p.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE - IBES. **Curso Avançado de Consultores para Acreditação em Saúde 3.0.** São Paulo, 2021. Disponível em: <https://ibes.ac-page.com/curso_avancado_consultores>.

1.3.8 Valoriza a experiência e competência técnica e profissional como critério para escolha dos cargos de chefia e liderança

Descrição: A avaliação dos conhecimentos, habilidades, atitudes, aptidão, esforços e demais competências integradas a um conjunto de diferentes saberes, deve possibilitar a identificação de potencialidades para o exercício da liderança.

Meios de Verificação: Programa de Desenvolvimento de Líderes documentado. Relatórios de critérios de seleção com as competências necessárias para o exercício da liderança. Relatório com a descrição da identificação da necessidade de desenvolvimento da liderança para o alcance das metas e estratégias da organização.

Referências:

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 588 p.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE - IBES. **Curso Avançado de Consultores para Acreditação em Saúde 3.0.** São Paulo, 2021. Disponível em: <https://ibes.ac-page.com/curso_avancado_consultores>.

1.3.9 Desenvolve a liderança com foco nas ações necessárias para o desempenho das funções exercidas

Descrição: A Liderança é um dos princípios do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ, conforme a NBR ISO 9001, sendo elemento fundamental para a manutenção do propósito e direcionamento estratégico da organização. É necessário o desenvolvimento de habilidades, conexões, reputação,

credibilidade que proporcionem lideranças transformadoras.

Meios de Verificação: Programa de Desenvolvimento de Líderes; Certificados registrados no centro de Estudos; Fichas de desempenho funcional; Pesquisa de satisfação do colaborador com as lideranças.

Referências:

ASSEN, Marcel Van; BERG, Gerben van Den; PIETERSMA, Paul. **Modelos de Gestão:** os 60 modelos que todo gestor deve conhecer. 2. ed. Tradução de Milena Steger. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010. 226 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR ISO 9001:** Sistema de Gestão da Qualidade - Requisitos. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
[<https://fatecsenai.com.br/arquivos/9001-Sistema-de-Gestao-da-Qualidade-Requisitos.pdf>](https://fatecsenai.com.br/arquivos/9001-Sistema-de-Gestao-da-Qualidade-Requisitos.pdf).

1.3.10 Avalia sistematicamente a satisfação do colaborador

Descrição: O Engajamento de pessoas é um dos princípios do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ, conforme a NBR ISO 9001. Avaliar sistematicamente a satisfação dos colaboradores de forma a identificar suas expectativas, habilidades, sentimentos de pertencimento e ambiente de trabalho possibilita engajá-los de forma que produzam seus melhores resultados com foco no sucesso da instituição.

Meios de Verificação: Pesquisa de satisfação do colaborador com níveis de detalhamento; Pesquisa de clima organizacional; Instrumento de direcionamento das ações para o indicador de satisfação do colaborador. Resultados da pesquisa de satisfação com plano de ação e ações de melhorias.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR ISO 9001:** Sistema de Gestão da Qualidade - Requisitos. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
[<https://fatecsenai.com.br/arquivos/9001-Sistema-de-Gestao-da-Qualidade-Requisitos.pdf>](https://fatecsenai.com.br/arquivos/9001-Sistema-de-Gestao-da-Qualidade-Requisitos.pdf).

1.3.11 Promove cultura justa visando identificar e abordar problemas de sistemas que levam os indivíduos a se envolverem em comportamentos inseguros

Descrição: O modelo de cultura justa prevê a criação de uma cultura aberta e honesta baseada no aprendizado, projetando um sistema mais seguro e gerenciando escolhas comportamentais. Assim, este modelo encara os eventos como flexíveis e passíveis de mudança, podendo sempre ser aprimorados. A cultura justa extermina a abordagem punitiva e o sentimento de culpa. Com esta prática em vigor, ocorre: aumento da segurança do paciente; empoderamento dos colaboradores; engajamento dos colaboradores; redução de riscos, incidentes e eventos adversos; redução da

morbimortalidade; treinamento e melhor preparo dos profissionais para lidar com erros; promoção de mudanças (nos pontos críticos apontados) visando melhorias; promoção de trabalho multidisciplinar; melhora da comunicação interna.

Meios de Verificação: Comunicado/ campanha que estimule os colaboradores a relatarem erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição. Documento que comprove o encorajamento para a colaboração dos funcionários na busca de soluções para problemas de segurança dos pacientes. Processos que demonstrem a condução da organização frente ao problema apresentado. Documento que demonstre que o modelo de Cultura Justa está incorporado à gestão do hospital. Documento que comprove o gerenciamento do comportamento e das ações dos colaboradores. Treinamentos para colaboradores que abordem o “lidar com erros” e listas de frequência. Planilha de Gerenciamento de Notificação de Incidentes/ eventos adversos com indicação dos desfechos junto aos colaboradores.

Referências:

CAVALCANTE, Naara Régia Pinheiro; OLIVEIRA, Diana Carmen Almeida Nunes de; SILVEIRA, Carlos Bruno. A Cultura da Segurança nos Serviços de Saúde: um caminho para práticas seguras.

Informações Objetivas da Qualidade - IOQ, Fortaleza, Secretaria da Saúde; Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde, n.3, 2021. ISSN 2764-7684. Bimestral. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2021/08/IOQN32021.pdf>>.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Lei nº 17.195 de 27 de março de 2020**. Dispõe sobre a criação da Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde - ARQS - no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, Ceará, 2020. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=39187391873>>.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE - IBES. **Como nasceu o conceito de Cultura Justa na saúde**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.ibes.med.br/como-nasceu-o-conceito-de-cultura-justa-na-saude/>>.

OLIVEIRA, Diana Carmen Almeida Nunes de; CAVALCANTE, Naara Régia Pinheiro; SILVEIRA, Carlos Bruno. Boas práticas para o acesso oportuno: Acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno.

Informação Objetivas de Qualidade - IOQ, Fortaleza: Secretaria da Saúde; Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde, n.6, dez. 2021. ISSN 2764-7684. Bimestral. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/IOQN62021.pdf>>.

1.3.12 Executa Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO

Descrição: A Norma Regulamentadora NR 7 estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

Meios de Verificação: Documento escrito do PCMSO e as medidas de segurança implementadas (Prevenção, Rastreamento, Diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho,

Constatação da existência de casos de doenças profissionais, Constatação de danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores); *Checklist* de verificação dos respectivos pontos; Capacitações realizadas em relação à segurança e saúde ocupacional; Atestados de Saúde Ocupacional - ASO. Política institucional relacionada à saúde do trabalhador com ações relacionadas ao fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador.

Referências:

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria SEPRT Nº 6734 de 09 de março de 2020.** Aprovar o texto da Norma Regulamentadora nº 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-07-atualizada-2022.pdf>>.

1.3.13 Disponibiliza informações e formações necessárias aos colaboradores para que conheçam os riscos do seu posto de trabalho, assim como as medidas a implementar para a sua eliminação, mitigação e controle

Descrição: A Norma Regulamentadora - NR 9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, para a preservação da saúde e a integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Os empregadores deverão informar os trabalhadores de maneira apropriada e suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos.

Os riscos também estão pontuados na nova redação da Norma Regulamentadora nº 01 (NR 01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Risco Ocupacional, que coloca que as organizações deverão implementar o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais- GRO e elaborar seu respectivo Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR.

Meios de Verificação: Documento do PPRA/ PGR contendo todos os aspectos estruturais previstos na NR 9. Documento que comprove a execução do PPRA/ PGR em todas as suas fases. Ficha funcional com descriptivo de formação e cursos especializados; Cursos e capacitações realizadas pela instituição com as respectivas frequências. Treinamentos oferecidos dentro do PPRA/PGR. Mapa de Riscos.

Referências:

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria MTP Nº 422 de 07 de outubro de 2021.** NR 5 - Estabelece os parâmetros e os requisitos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-05-atualizada-2021-1-1.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Economia/Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. **Portaria Nº 6.730, de 9 de março de 2020.** Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 01 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-6.730-de-9-de-marco-de-2020-24753898>>.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria SEPRT Nº 6735 de 10 de março de 2020.** Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 09 - Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2020b. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181316#:~:text=9.1.1%20%2D%20Esta%20Norma%20Regulamentadora,e%20da%20integridade%20dos%20trabalhadores%2C>>.

1.3.14 Estabelece programa de acolhimento, integração e acompanhamento de novos colaboradores independente do vínculo

Descrição: O treinamento de integração consiste em um momento no qual será apresentada ao novo empregado a estrutura organizacional da unidade, a missão, a visão e os valores, as tarefas que lhe serão exigidas no cargo, benefícios e direitos, bem como outras informações sobre os setores da unidade.

Meios de Verificação: Programa de acolhimento/integração de novos colaboradores. Fluxos definidos e oficializados da "trilha" do colaborador na Instituição; Temáticas do programa de capacitação para colaboradores; Registros do treinamento na ficha funcional do colaborador. Treinamento de integração realizados e suas listas de frequência.

Referências:

BRASIL. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH. **Regulamento de Pessoal.** Fortaleza: ISGH, 2017. 15p. (Versão 02: Junho de 2017). Disponível em: <https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/ISGH/Regulamento_ISGH__REGULAMENTO_DE_PESSOAL_170118.pdf>.

1.3.15 Possui práticas de gestão visando promover a integração dos colaboradores

Descrição: Na NBR ISO 9001, o princípio relacionado à liderança informa que a alta direção demonstra liderança quando promove o engajamento, dirige e apoia as pessoas a contribuir com a eficácia do Sistema de Gestão da Qualidade, promovendo melhorias e apoiando papéis que são pertinentes à aplicação da gestão em cada área da instituição. Nessa perspectiva, as práticas de

integração devem agregar valor para os colaboradores, uma vez que os aproxima dos valores e objetivos da organização. Integrar o colaborador é possibilitar que ele reconheça a sua importância dentro da organização, e clarear as nuances das atividades que ele irá desenvolver na empresa.

Meios de Verificação: Programa de integração documentado; Cronograma de treinamento de integração; Treinamentos realizados e lista de frequências. Relatórios de avaliação do processo de integração dos colaboradores. Relatórios de avaliação de desempenho de Equipes de Trabalho. Documento que comprove o acompanhamento do desempenho do colaborador.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR ISO 9001**: Sistema de Gestão da Qualidade - Requisitos. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:

<<https://fatecsenai.com.br/arquivos/9001-Sistema-de-Gestao-da-Qualidade-Requisitos.pdf>>.

DUTRA, Joel Souza. **Gestão de Pessoas**: modelos, processos, tendências e perspectivas. 1^a ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SILVA, Luziane de Nazaré; NASCIMENTO, Rossicléa Ferreira do; BOTELHO, Mario Augusto da Silva. A importância do programa de integração: um estudo da perspectiva dos gestores da empresa Lopes & Cia. SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA - SEGET: 23, 24 e 25 de outubro de 2013, 10., 2013, Volta Redonda - RJ [Evento Online]. Anais... Volta Redonda - RJ: Associação Educacional Dom Bosco - AEDB, 2013. 14p. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/32518575.pdf>>.

1.3.16 Garante a resolução de eventuais conflitos éticos

Descrição: Ética refere-se ao conjunto de princípios, valores e normas morais e de conduta de um indivíduo ou de grupo social ou de uma sociedade. A ética profissional abrange todos os setores profissionais e tem por objetivo interrogar mais amplamente o papel social da profissão, sua responsabilidade, sua função, e sua atitude frente aos riscos e ao meio ambiente. A ética deve ser a base fundamental da atividade profissional e a conduta ética deve ser aperfeiçoada todos os dias. Os agentes públicos, de acordo com o Decreto nº 31.198, de 30 de abril de 2013, que institui o Código de Ética e Conduta da Administração Pública Estadual, são regidos pelos princípios da boa fé; honestidade; fidelidade ao interesse público; imparcialidade, moralidade, dignidade e decoro no exercício de suas funções; lealdade; cortesia; transparência; eficiência; presteza e tempestividade; compromisso. Caso haja violação do código este prevê sanções que perpassam pelo julgamento das comissões de ética as quais poderão formalizar um Termo de Ajustamento de Conduta.

Meios de Verificação: Código de conduta/ética e sua divulgação; Comitê/Comissão de Ética; Atas de reuniões com os encaminhamentos pertinentes a resolução de conflitos éticos; Processos e documentos abertos diante de apuração destes conflitos.

Referências:

BRASIL. Controladora-geral da União - CGU. **Curso Ética na Administração Pública.** [2022?]. Disponível em: <<https://avamec.mec.gov.br/ava-mec-ws/instituicao/cgu/conteudo/modulo/1221/c10/mod1/uni1/slide1.html>>.

CEARÁ. Governo do Estado. Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado. **Decreto nº 31.198, de 30 de abril de 2013.** Institui o Código de Ética e Conduta da Administração Pública Estadual e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, 2013. Disponível em: <https://www.sda.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/60/2021/05/Decreto_Estadual_31198_2013_Cod_Etica.pdf>.

ÉTICA. In: **MICHAELIS:** dicionário brasileiro da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2022. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/etica/>>.

1.4 Gestão da Segurança das Operações

1.4.1 Possui Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT- implantado e em funcionamento

Descrição: Por orientação da Norma Regulamentadora Nº 04 do Ministério do Trabalho e Emprego, a direção do serviço de saúde deve constituir o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Meios de Verificação: Existência do serviço *in loco*. Comprovação da contratação de profissionais da área de segurança e saúde do trabalho. Documento que formalize a implantação do SESMT, determinando sua composição e o coordenador responsável.

Referências:

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria MTPS nº 510, de 29 de abril de 2016.** NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-4-nr-4>>.

1.4.2 Possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA/ Programa de Gerenciamento de Riscos PGR - implantado e atualizado

Descrição: O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA é estabelecido pela Norma Regulamentadora nº 09 - NR 09 que visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos

ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Considerando a nova redação da Norma Regulamentadora nº 01 - NR 01 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Risco Ocupacional, as organizações deverão implementar o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais- GRO e elaborar seu respectivo Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR. A transição do PPRA para o PGR deve considerar a legislação vigente.

Meios de Verificação: PPRA/ GRO- PGR atualizado. PPRA/ GRO- PGR implantado. Documento que comprove a implantação do programa.

Referências:

BRASIL. Ministério da Economia/Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. **Portaria Nº 6.730, de 9 de março de 2020.** Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 01 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2020a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-6.730-de-9-de-marco-de-2020-24753898>>.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **NR 09 – Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos:** Norma Regulamentadora. Brasília, 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-9-nr-9>>.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Nota Técnica - SEI nº 51363/2021/ME, 28 de outubro de 2021.** Esclarecimentos acerca da transição entre o Programa de Prevenção a Riscos Ambientais - PPRA da NR 9 e o Programa de Gerenciamento de Risco - PGR da NR 1. Brasília - DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/canpat-2/canpat-2021/sei_me-19774091-nota-tecnica.pdf>.

1.4.3 Dispõe de documentação legal e técnica atualizada emitidas pelos órgãos competentes em matéria de segurança estrutural

Descrição: Os serviços de saúde devem possuir documentação legal de acordo com as normas técnicas referentes à segurança estrutural. Quanto a segurança estrutural, destaca-se a Portaria Nº 108, de 12 de julho de 2019 que institui o Modelo Nacional de Regulamento de Segurança Contra Incêndio e Emergências, e coloca a Licença do Corpo de Bombeiros Militar como um ato administrativo pelo qual se verifica todas as exigências legais constantes no processo de segurança contra incêndios e emergências e autoriza a ocupação e funcionamento das edificações ou áreas de risco.

Meios de Verificação: Certificado de Conformidade do Corpo de Bombeiros. Alvará de funcionamento. Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros.

Referências:

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Segurança Pública.

Portaria nº 108, de 12 de julho de 2019. Institui o Modelo Nacional de Regulamento de Segurança Contra Incêndio e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-108-de-12-de-julho-de-2019-201842597>>.

1.4.4 Estabelece e cumpre cronograma para realização de inspeção das instalações

Descrição: Os serviços de saúde devem realizar de forma periódica as inspeções das instalações possibilitando a avaliação das condições operacionais e de infraestrutura. O estabelecimento de um cronograma permite o acompanhamento/ monitoramento das inspeções / manutenções da infraestrutura (Manutenção Predial), Sistemas de Segurança Elétrica, Gases Medicinais, Geradores de Emergência, Elevadores, controle do ar, vetores e água, e demais elementos relacionados às instalações, viabilizando recursos para a execução dos processos de trabalho de forma segura.

Meios de Verificação: Cronograma de inspeções. Registros ou listas de verificação contendo as inspeções realizadas. Relatórios das inspeções realizadas, não conformidades encontradas e plano contendo as ações corretivas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20confere%20o%20art>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MEDICINA LABORATORIAL - SBPC/ML. **Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC:** norma 2021. [S.L]: SBPC/ML, 2021. 72 p. Disponível em: <http://bibliotecasbpc.org.br/arcs/pdf/NormaPALC2021_web.pdf>.

1.4.5 Estabelece e cumpre cronograma para realização de inspeção dos equipamentos

Descrição: Os serviços de saúde cumprem cronograma para a realização de inspeção de equipamentos. A realização periódica de inspeção das condições de uso e guarda dos equipamentos, inclusive dos equipamentos de tecnologia da informação, tem, dentre suas finalidades a prevenção do mau uso dos equipamentos e detecção precoce de possíveis falhas.

Meios de Verificação: Cronogramas e relatórios de visitas e inspeções, sinalizando o uso adequado ou não dos equipamentos. Plano contendo as ações corretivas para as não conformidades encontradas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20confere%20o%20art>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MEDICINA LABORATORIAL - SBPC/ML. **Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC:** norma 2021. [S.L]: SBPC/ML, 2021. 72p. Disponível em: <http://bibliotecasbpc.org.br/arcs/pdf/NormaPALC2021_web.pdf>.

1.4.6 Realiza sistematicamente a manutenção preventiva das instalações, mobiliários e equipamentos

Descrição: Os serviços de saúde devem conter um programa de monitoração periódica das instalações, mobiliários e equipamentos, incluindo manutenção preventiva que atenda, no mínimo, às orientações do fabricante, com o objetivo de garantir a qualidade e manter o funcionamento seguro e da organização. As manutenções preventivas devem ocorrer em intervalos predeterminados ou de acordo com critérios predeterminados, buscando reduzir a probabilidade de falha ou a degradação do funcionamento.

Meios de Verificação: Plano ou programa de manutenção preventiva. Cronograma de calibrações e manutenções preventivas. Registros ou listas de verificação contendo as calibrações e manutenções realizadas. Contratos de calibrações e manutenções preventivas vigentes. Relatórios das manutenções realizadas com a descrição dos serviços, emitidos pela empresa e/ou técnico responsável pela sua realização, devidamente assinado com RG ou CPF do técnico que executou a manutenção do tipo preventiva ou corretivas, com data e horário da realização.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20confere%20o%20art>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MEDICINA LABORATORIAL - SBPC/ML. **Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC:** norma 2021. [S.L]: SBPC/ML, 2021. 72 p. Disponível em: <http://bibliotecasbpc.org.br/arcs/pdf/NormaPALC2021_web.pdf>.

1.4.7 Realiza sistematicamente a manutenção corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos

Descrição: Os serviços de saúde devem conter um programa de monitoração periódica das instalações, mobiliários e equipamentos, incluindo manutenção corretiva que atenda, no mínimo, às orientações do fabricante, com o intuito de restaurá-los ou substituí-los quando da ocorrência de falhas. Seu objetivo principal é manter e melhorar a regularidade da operação e do seu funcionamento.

Meios de Verificação: Sistema ou sistemática de abertura de chamados, contendo: Criticidade dos equipamentos, instalações e mobiliários, chamados abertos, chamados atendidos e ordens de serviço, identificando o problema e sua solução. Documentação vigente que comprove a existência de rotinas para a manutenção corretiva e preventiva. Relatórios e laudos que comprovem as ações de manutenção.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20he%20confere%20o%20art>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MEDICINA LABORATORIAL - SBPC/ML. **Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC:** norma 2021. [S.L]: SBPC/ML, 2021. 72p. Disponível em: <http://bibliotecasbpc.org.br/arcs/pdf/NormaPALC2021_web.pdf>.

1.4.8 Implementa melhorias nas condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura

Descrição: A direção deve analisar todos os recursos necessários de modo a permitir a execução das atividades propostas segundo os critérios mínimos de legislação, complexidade e demanda dos clientes atendidos na organização. A implementação de melhorias nas condições operacionais e de infraestrutura possibilita a entrega dos resultados esperados, de forma eficiente e segura. Neste processo de melhoria inclui-se recursos humanos, equipamentos, insumos, infraestrutura como: água potável; climatização e ventilação; combustível do gerador de energia elétrica; encanamento; energia elétrica; gás de cozinha; gases medicinais e vácuo; gerenciamento de resíduos; sistemas de comunicação e dados; iluminação; refrigeração; sistemas de esterilização, entre outros.

Meios de Verificação: Processo/ Projetos que identifiquem as condições operacionais e de infraestrutura, com planejamento, monitoramento, execução de melhorias; Documentos que comprovem a implementação de ações de melhorias nas condições operacionais e de infraestrutura; Atas de reuniões sobre implementação de melhorias nas condições operacionais e de infraestrutura; Registros formais sobre o impacto da implementação de melhorias nas condições operacionais e de infraestrutura. Monitoramento das ações de melhoria.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html#:~:text=Disp%C3%B3e%20sobre%20o%20Regulamento%20T%C3%A9cnico,que%20lhe%20confere%20o%20art>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MEDICINA LABORATORIAL - SBPC/ML. **Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC:** norma 2021. [S.L]: SBPC/ML, 2021. 72 p. Disponível em: <http://bibliotecasbpc.org.br/arcs/pdf/NormaPALC2021_web.pdf>.

1.4.9 Dispõe de procedimento de controle e seguimento da qualidade do ar nas zonas e dependências críticas

Descrição: A climatização artificial (ar-condicionado) em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS é normatizada pela ANVISA. A exigência é a presença de ar-condicionado em diversos ambientes considerados críticos para evitar contaminação dos pacientes através do ar. De modo geral, os ambientes principais de assistência que precisam de ar-condicionado devem ter filtragem absoluta (Filtro HEPA – antibactericida, antifungicida etc.)

Meios de Verificação: Em locais com exigência do Filtro HEPA, documento que comprove a existência do referido filtro no ar-condicionado (contrato de manutenção, nota fiscal de compra); POP de monitoramento da qualidade do ar; Cronograma de manutenção e de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass:** Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 66p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf.

1.4.10 Sinaliza os ambientes adequadamente

Descrição: Os ambientes hospitalares são habitualmente frequentados por um público heterogêneo, com diferenças em diversos aspectos: culturas, idades, camadas sociais, condições financeiras, autonomia de mobilidade ou com diversas deficiências. Nos hospitais o indivíduo experimenta alto grau de incerteza, medo e estresse. Nesse sentido é necessário haver uma sinalização que oriente o paciente e acompanhante quanto à circulação na área interna do hospital através de informações claras, objetivas e seguras para que transitem com autonomia.

Meios de Verificação: Sinalizações (placas fixadas na parede ou no teto, totens) em ambiente com iluminação, espaço e condições de visibilidade adequadas, em pontos estratégicos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass:** Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 66p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf.

GÁLVEZ, Carmen; VILLAROUCO, Vilma. A relação entre o *design* e a arquitetura no projeto de sinalização de ambientes hospitalares. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DESIGN DA INFORMAÇÃO - CIDI, 9, 2019. **Anais eletrônicos**. São Paulo: Blucher Proceedings, 2019. ISSN 2318-6968, DOI 10.5151/9cidi-congic-1.0353. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east1.amazonaws.com/designproceedings/9cidi/1.0353.pdf>.

1.4.11 Dispõe de planos de contingência específicos para abastecimentos essenciais e críticos, tais como eletricidade, água, combustível, gases medicinais, telefonia

Descrição: Plano de Contingência é um documento que registra o planejamento elaborado a partir da percepção e análise de um ou mais cenários de risco de desastres e estabelece os procedimentos para ações de monitoramento (acompanhamento das ameaças), alerta, alarme, fuga, socorro, assistência às vítimas e restabelecimento de serviços essenciais.

Meios de Verificação: Plano de contingência específico com as ações e medidas necessárias à eliminação e controle dos riscos envolvidos. Lista de frequência sobre a divulgação e treinamento acerca do plano de contingência.

Referências:

BRASIL. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil - SEDEC. Ministério da Integração Nacional - MI. **Capacitar**: Elaboração de plano de contingência. Rio Grande do Sul: Ministério da Integração Nacional, 2017. 12p. Disponível em:

<<https://www.defesacivil.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/05172056-02-plano-de-contingencia.pdf>>.

CEARÁ. Governo do Estado. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH. Hospital Regional do Sertão Central - HRSC. **Plano de Contingência**: infraestrutura. Diário Oficial do Estado, Quixeramobim: HRSC, 2020. 25p. Disponível em:

<https://www.isgh.org.br/intranet/images/Dctos/PDF/HRSC/HRSC_MANUAIS/HRSC_PLA_DE_INFRAESTRUTURA_051120_PP.pdf>.

1.4.12 Possui plano de contingência atualizado para prevenção e combate de sinistros, tais como situações de incêndio, acidente, explosão e desastres naturais

Descrição: Por desastre natural entende-se a ocorrência de um evento físico muito perigoso (tal como um sismo, desabamento, furacão, inundação, incêndio, entre outros). Um desastre natural provoca diretamente ou indiretamente danos à propriedade, ou faz um grande número de vítimas, ou ambas. Plano de contingência é um documento que registra o planejamento elaborado a partir da percepção e análise de um ou mais cenários de risco de desastres e estabelece os procedimentos para ações de monitoramento (acompanhamento das ameaças), alerta, alarme, fuga, socorro, assistência às vítimas e restabelecimento de serviços essenciais. O objetivo de um plano de contingência é o de possibilitar que preparação e resposta sejam eficazes, protegendo a população e reduzindo danos e prejuízos.

Meios de Verificação: Plano de contingência específico com as ações e medidas necessárias à eliminação e controle dos riscos envolvidos (indicação das responsabilidades de cada setor, definição dos sistemas de alerta, organização dos exercícios simulados, a serem realizados com a participação dos profissionais, organização do sistema de atendimento emergencial à população). Lista de frequência sobre a divulgação e treinamento acerca do plano de contingência.

Referências:

BRASIL. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil - SEDEC. Ministério da Integração Nacional - MI. **Capacitar**: Elaboração de plano de contingência. Rio Grande do Sul: Ministério da Integração Nacional, 2017. 12p. Disponível em:

<<https://www.defesacivil.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/05172056-02-plano-de-contingencia.pdf>>.

WIKIPEDIA. **Desastre natural**. [s.l], 02 mai. 2022. Disponível em:

<https://pt.wikipedia.org/wiki/Desastre_natural>.

1.4.13 Estabelece planos para enfrentamento de surtos, epidemias e pandemias

Descrição: Uma enfermidade se torna uma pandemia quando atinge níveis mundiais. Quem define quando uma doença se torna esse tipo de ameaça global é a Organização Mundial da Saúde- OMS. Uma pandemia pode começar como um surto ou epidemia; ou seja, surtos, pandemias e epidemias têm a mesma origem - o que muda é a escala da disseminação da doença. Situações de emergência sanitária, a exemplo da pandemia de COVID-19, exige que os serviços hospitalares estabeleçam um plano de enfrentamento e preparação de respostas rápidas ao problema em curso. O plano deve adotar as medidas de prevenção e controle voltadas para evitar e conter a disseminação do agente infeccioso durante a assistência à saúde. Os gestores dos serviços devem fornecer condições para a implementação das medidas de prevenção e controle da infecção, incluindo estratégias de controle de engenharia, de controle administrativo e segurança ocupacional e de proteção individual e coletiva. Outras medidas necessárias incluem a gestão e regulação dos leitos, do estoque de produtos para saúde, e a sensibilização, proteção e capacitação dos profissionais , além de ações educativas com foco nos pacientes, acompanhantes e visitantes.

Meios de Verificação: Planos para enfrentamento de surtos, epidemias e pandemias. Documentos que demonstrem a adoção das medidas. Relatórios sobre a situação dos casos. Documentos sobre o planejamento das atividades de resposta à pandemia.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Nota Técnica – GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020, 25 de fevereiro de 2021.** Orientações para serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2). Brasília - DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf/view>.

1.4.14 Possui mecanismos e ações para movimentação, rastreabilidade e controle dos mobiliários e equipamentos

Descrição: A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 509 de 27 de maio de 2021 exige que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde tenham critérios mínimos para o gerenciamento de tecnologias em saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, de modo a garantir a sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança, e quando couber, seu desempenho. Por gerenciamento de tecnologias em saúde, incluindo aqui equipamentos gerais e médico-assistencial, entende-se o conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases

científicas e técnicas, normativas e legais, abrangendo cada etapa do gerenciamento, desde o planejamento e entrada no estabelecimento de saúde até seu descarte.

Meios de Verificação: Plano de Gerenciamento, que aponta e descreve os critérios estabelecidos pelo estabelecimento de saúde para a execução das etapas do gerenciamento das diferentes tecnologias.

Referências:

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. **Norma operacional de gestão de equipamentos médico-hospitalares.** Brasília: EBSERH, 2020. 29p. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/legislacao-e-normas-de-engenharia-clinica/norma-operacional-de-gestao-de-equipamentos-medico-hospitalares-ebserh.pdf/view>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 509, de 27 de maio de 2021.** Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0509_27_05_2021.pdf>.

1.4.15 Identifica e controla a entrada e saída das pessoas na instituição e nas áreas críticas

Descrição: O controle de acesso auxilia no fluxo de pessoas dentro do hospital, bem como ajuda a garantir mais segurança a todos que frequentam o local. Para o acesso dos funcionários e colaboradores. Um sistema de controle de acesso deve abranger a identificação, a permissão e o registro de entrada e saída de pessoas no âmbito da Instituição e áreas/ unidades/setores.

Meios de Verificação: Registro do controle de acesso por meio de planilhas, softwares entre outros. Sinalização dos diferentes pontos de acesso (entradas e portarias). Crachás, pulseiras de identificação, símbolos, adesivos etc. Catracas. Biometria. Controle manual ou informatizado de entradas e saídas. Controle de visitantes. Controle de ambulância, carros de funerária e transportes sanitários.

Referências:

VEOLINK. **Qual o controle de acesso ideal para os hospitais?** São Paulo, 09 jul. 2021. Disponível em: <<https://veolink.com.br/qual-o-controle-de-acesso-ideal-para-hospitais/#:~:text=O%20controle%20de%20acesso%20auxilia,e%20assertividade%20pode%20ser%20otimizada>>.

1.4.16 Estabelece procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas e agressão

Descrição: Os serviços de saúde devem ter dispositivos para a identificação de situações de evasão, invasão, porte de armas e agressão, estabelecendo um plano para a adoção de procedimentos, ações e decisões que devem ser tomadas na ocorrência de um evento crítico. O plano deve estabelecer normas e rotinas com o objetivo de disciplinar o gerenciamento de crises e condensar os princípios que deverão ser observados antes, durante e depois da ocorrência do evento.

Meios de Verificação: Política de Gerenciamento de Riscos Organizacionais. Documento elaborado sobre o plano de contingência para cada risco identificado. Equipe de Segurança Patrimonial. Central de Sistema de Segurança Patrimonial. Lista de frequência de treinamento sobre os planos de contingências para as situações de riscos.

Referências:

MAIA, A. C. **Gerenciamento de crises na administração hospitalar:** Planos de Contingência para enfrentamento de desastres internos e outras crises. São Paulo: CRASP, 2019. Disponível em: <<https://www.crasp.gov.br/centro/conteudo/25>>.

1.5 Gestão de Insumos, Materiais, Equipamentos e Serviços

1.5.1 Gerencia a logística de insumos, materiais e equipamentos de forma adequada para evitar o desabastecimento

Descrição: A logística hospitalar deve assegurar que todos os recursos necessários para o tratamento dos pacientes estejam disponíveis na hora certa. Sendo, portanto, necessário que haja um eficiente esquema de planejamento das atividades de compras, armazenagem, gerenciamento de materiais em estoque, bem como na distribuição desses materiais destinados ao uso em atividades hospitalares. Por consequência, um bom sistema de gerenciamento dessas atividades deve procurar minimizar os elevados custos com a manutenção desses estoques.

Meios de Verificação: Política de Aquisição de insumos, materiais e equipamentos. Planilha de controle de estoque. Sistema de compras e estoque. Planilha de controle de compras.

Referências:

WINKERT, A.; PESAMOSCA, D. Luciane; ROSPIRSKI, A.; CESCON, J. Antonio; SANTOS, Manoela Silveira dos. Custos Hospitalares na Pandemia SARS-CoV-2: Um Estudo Sobre Equipamentos de Proteção Individual - EPI's em duas Unidades Hospitalares no Oeste do Paraná. **Anais do Congresso Brasileiro de Custos - ABC**, [S. l.], 2021. Disponível em: <<https://anaiscbc.abcustos.org.br/anais/article/view/4904>>.

1.5.2 Possui plano de contingência para situações de desabastecimento de insumos, materiais e equipamentos de forma adequada

Descrição: Os serviços de saúde possuem plano de contingência para situações de desabastecimento de materiais e equipamentos. De acordo com a Portaria N° 4283 de dezembro de 2010 o conceito de Plano de contingência consiste em um plano que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, por um estabelecimento de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em

que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição.

Meios de Verificação: Plano de Contingência.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010.** Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html>.

1.5.3 Acompanha e gerencia compras de urgência de insumos, materiais e equipamentos, incluindo os não-padronizados

Descrição: Comprar é buscar o atendimento às necessidades de produtos e serviços conforme os requisitos de qualidade estabelecidos pelo processo produtivo, no tempo correto, com os melhores preços e condições de pagamento. Nas empresas particulares, dependendo de sua complexidade, existem diferentes graus de controle do processo de compra, diversos graus de complexidade e instâncias do processo. Nas empresas públicas, as normas estão estabelecidas em dispositivos legais, cuja complexidade varia conforme o valor do compromisso financeiro envolvido. Licitação é o processo formal de aquisição executado por órgãos públicos, desenvolvido conforme os preceitos estabelecidos para tal fim, com o objetivo de atender às necessidades da organização quanto à compra de produtos, bens ou serviços.

Meios de verificação: Relatórios com análise crítica das compras de urgência. Ações de melhorias implementadas.

Referências:

REINHARDT FILHO, Wilson. Gestão de suprimentos e medicamentos. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp.199-211.

1.5.4 Acompanha e gerencia a contratação de urgência de fornecedores de serviços

Descrição: Os serviços de saúde acompanham e gerenciam os contratos de urgência de fornecedores de serviços. O contrato de prestação de serviços é um documento que formaliza o negócio jurídico firmado entre as partes. Nele, o prestador se obriga a realizar algum tipo de atividade em troca de uma contraprestação (ou seja, uma remuneração) do chamado tomador (cliente). É um tipo de contrato disciplinado pelo Código Civil em seu artigo 594, aplicável a qualquer tipo de atividade lícita.

Meios de Verificação: Lista de todos os fornecedores com os respectivos contratos e a vigência de cada um deles. Contratos. Planilha de contratos que comprove processo de acompanhamento e gerenciamento dos mesmos. Política de Qualificação de fornecedores.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em:
[<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm#art2045>](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm#art2045).

1.5.5 Gerencia o uso de tecnologias de apoio assistencial, da aquisição ao descarte

Descrição: Os serviços de saúde gerenciam o uso de tecnologias de apoio assistencial desde a entrada do produto até o seu descarte. Conforme a RDC 509/2021, o Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) deve definir e padronizar critérios mínimos para o gerenciamento de tecnologias em saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, de modo a garantir a sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança e, no que couber, desempenho, desde a entrada no EAS até o seu destino final, incluindo o planejamento dos recursos físicos, materiais e humanos, bem como, da capacitação dos profissionais envolvidos no processo destes. Os produtos para saúde (incluindo equipamentos de saúde), os produtos de higiene e cosméticos, os medicamentos e os saneantes, são as tecnologias em saúde abrangidas por esta Resolução.

Meios de Verificação: Plano de Gerenciamento. Inventário atualizado no mínimo anualmente. Ordens de Serviço de Manutenção Preventiva, Corretiva, Calibração e Ensaio de Segurança Elétrica. Registros das execução das atividades de cada etapa do gerenciamento de tecnologias em saúde.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 509, de 27 de maio de 2021.** Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2021. Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0509_27_05_2021.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0509_27_05_2021.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto REFORSUS. **Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção:** capacitação a distância. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 379 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipamentos_gerenciamento1.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipamentos_gerenciamento1.pdf).

1.5.6 Adota critérios para obsolescência e inativação de tecnologias de apoio assistencial

Descrição: Os serviços de saúde estabelecem critérios para obsolescência e inativação de tecnologias de apoio assistencial. Obsolescência é o processo que se torna obsoleto por força de progresso, da

ciência, condições de mudanças econômicas e legislação, e pode surgir independentemente da deterioração física, causando a todos os elementos a diminuição do seu valor. Pode-se emitir o Parecer Técnico de obsolescência do equipamento analisando os seguintes pontos: i) ocioso: quando embora em perfeitas condições de uso, o equipamento fica parado por falta de manutenção, causando a perda de produtividade; ii) recuperável: quando não se encontra em condições de uso e cujo custo de recuperação seja até 50% do seu valor de mercado ou cujo análise de custo e benefício demonstre ser justificável a sua recuperação; iii) antieconômico: cuja manutenção seja onerosa ou cujo rendimento seja precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoleto; iv) irrecuperável: quando não pode ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão de ser o seu custo de recuperação mais de cinquenta por cento (50%) do seu valor de mercado ou a análise do seu custo e benefício demonstrar ser injustificável a sua recuperação. O método de avaliação e suporte para substituição de equipamentos médicos deve incorporar questões importantes relacionadas à segurança do paciente, nível tecnológico e grau de importância do equipamento do ponto de vista estratégico para a organização, seja no aspecto de retornos financeiros ou até mesmo relacionados à visão, missão e valores da instituição.

Meios de Verificação: Carta de obsolescência fornecida pelo fabricante. Relatório atestando o baixo uso do equipamento pela equipe assistencial. Ordens de serviço de manutenção corretiva do equipamento, comprovando manutenções ou falhas recorrentes em um curto espaço de tempo.

Referências:

ORTIZ, A; ARAÚJO, E. Sistema Inteligente de Parque Tecnológico Médico-Hospitalar para Substituição de Equipamentos Médicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA, 26 de out. 2020, Vitória - BA. **Anais...** Vitória - BA: CBEB, 2020. 6p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/346461588_Sistema_Inteligente_de_Parque_Tecnologico_Medico-Hospitalar_para_Substituicao_de_Equipamentos_Medicos>.

1.5.7 Identifica, monitora e avalia a utilização inadequada das tecnologias de apoio assistencial propondo ações preventivas e corretivas

Descrição: A instituição de saúde deve realizar a identificação, o monitoramento e a avaliação da utilização inadequada das tecnologias de apoio assistencial através do setor de Engenharia Clínica o qual obtém as informações advindas dos vários setores assistenciais, da segurança do trabalho, da gerência de risco, da educação continuada e de ensino e pesquisa e também tem como base na análise da técnica dos indicadores estratégicos (os setores que possuem alto índice de reincidência de intervenção corretiva dos equipamentos e com o alto índice de defeito ocasionado por imperícia do usuário, dentre outros). O desenvolvimento de ações preventivas e corretivas eleva a qualidade da

assistência.

Meios de Verificação: Registros de utilização inadequada das tecnologias de apoio. Acompanhamento formal dos indicadores relacionados. Atas de reuniões com tratativas referentes a utilização inadequada das tecnologias de apoio. Plano de ação. Planos de melhorias elaborados e com observações de acompanhamento. Registro de treinamentos sobre utilização adequada das tecnologias de apoio.

Referências:

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Norma Operacional de Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares:** EBSERH. Brasília - DF: EBSERH, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebsrh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/legislacao-e-normas-de-engenharia-clinica/norma-operacional-de-gestao-de-equipamentos-medico-hospitalares-ebsrh.pdf>>.

1.5.8 Possui Política de Qualificação de Fornecedores de insumos, serviços e equipamentos

Descrição: Os serviços de saúde possuem política de qualificação de fornecedores de insumos, serviços e equipamentos. A política da organização deve escolher quais aspectos são relevantes e os que merecem ser avaliados na escolha de seus fornecedores. A seleção e avaliação de fornecedores é um processo que pode ser medido do ponto de vista qualitativo e quantitativo, e requer um modelo de seleção formal, sistemático e racional. O grupo que formula esta política analisará como cada um dos critérios influenciará na composição do julgamento final, isso é construído ao longo do relacionamento e demanda a construção de um instrumento que deverá ser adotado para realizar a avaliação contínua e deve estar claramente definido na relação com o fornecedor e, quando possível, fazer parte das cláusulas do contrato. Para o fornecedor de serviços e equipamentos, o desempenho da empresa contratada deverá ser monitorado para assegurar que o estabelecimento de saúde irá receber o serviço que foi contratado, para realizar a monitoração é necessário, sempre que houver uma chamada de serviço ou quando ocorrer uma visita de manutenção preventiva, nesses casos, a empresa contratada deve notificar o departamento de engenharia clínica ou manutenção do hospital a sua chegada ao hospital.

Meios de Verificação: Política de Qualificação de Fornecedores. Relatório detalhado do serviço fornecido, listando os problemas, as ações de correção, as horas trabalhadas, as horas de início de atendimento, às peças utilizadas para o reparo e o preço de cada item. Avaliação de desempenho dos fornecedores. Registro das visitas técnicas realizadas. Cronograma de visitas técnicas. Lista de verificação para cada tipo de visita. Atas de reunião com fornecedores. Instrumento utilizado para

realizar a avaliação de desempenho.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto REFORUS. **Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção:** capacitação a distância. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 379p. Prof. Dr. Saide Jorge Calil (Coord.). (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipamentos_gerenciamento1.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipamentos_gerenciamento1.pdf).

REINHARDT FILHO, Wilson. Gestão de suprimentos e medicamentos. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp.199-211.

1.5.9 Gerencia desempenho e contratos com fornecedores de insumos, equipamentos e serviços

Descrição: A instituição de saúde deve possuir a sistemática para o acompanhamento e o gerenciamento dos contratos com base na política de qualificação de fornecedores. O contrato serve para explicitar todos os direitos e deveres das partes interessadas que o formalizam e aceitam, deverão manter relações duradouras e de confiança mútua com os fornecedores de insumos, isso implica cumprir os acordos de parte a parte, pagamentos em dia, inclusive. A escolha de um fornecedor qualificado é uma atividade importante da gestão que tem como benefícios a redução dos custos de produção de bens e serviços, na redução dos custos de aquisição, na diminuição dos estoques totais e na redução do número de não conformidades nas entregas.

Meios de Verificação: Contratos vigentes com as devidas assinaturas. Instrumento de avaliação de desempenho dos fornecedores com critérios definidos para qualificar e avaliar os fornecedores. Política de Qualificação de Fornecedores. Planilha com gerenciamento dos contratos (prazos e cláusulas). Registro periódico da avaliação de desempenho. Atas de reunião com fornecedores. Registros de acompanhamento de Fornecedores de maior criticidade/volume. Comprovante de capacitação dos técnicos que efetuam visita/ avaliação. Planos de melhorias elaborados e com observações de acompanhamento. *Checklist* de recebimento de material. *Checklist* de acompanhamento de serviços. *Checklist* de visita técnica. Relatórios sobre as visitas técnicas realizadas aos fornecedores.

Referências:

REINHARDT FILHO, Wilson. Gestão de suprimentos e medicamentos. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp.199-211.

1.5.10 Identifica e registra as deficiências na qualidade da prestação dos serviços dos fornecedores para assegurar a rastreabilidade da sua análise e resolução

Descrição: A instituição deve acompanhar a qualidade da prestação dos serviços por parte dos fornecedores, os prazos e a qualidade das entregas e deve possuir estratégias para *feedback* e desenvolvimento de fornecedores, seguindo a política de qualificação de fornecedor.

Meios de Verificação: Registros das avaliações no recebimento dos produtos/serviços. Registros dos *feedbacks* aos fornecedores. Controle da avaliação da conformidade dos fornecedores. Plano de Ação. Política de Qualificação de Fornecedores. *Checklist* de acompanhamento de serviços. Planos de melhorias elaborados e com observações de acompanhamento.

Referências:

REINHARDT FILHO, Wilson. Gestão de suprimentos e medicamentos. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). Gestão em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp.199-211.

1.5.11 Disponibiliza Equipamentos de Proteção Individual - EPI's aos colaboradores e proporciona orientações para garantir seu uso correto

Descrição: Equipamento de proteção individual- EPI é um dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. O estabelecimento de saúde deve fornecer e assegurar que todo profissional faça uso de equipamento de proteção individual e coletiva, compatíveis com as atividades por ele desenvolvidas. A Norma Regulamentadora nº 6 (NR-06) regulamenta a execução do trabalho com uso de EPI.

Meios de Verificação: Lista de colaboradores que receberam EPIs e orientações. Verificação *in locu* nas unidades.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução nº 02, de 22 de janeiro de 2010.** Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html>.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **NR 06 – Equipamento de proteção individual - EPI:** Norma Regulamentadora. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-6-nr-6>>.

1.5.12 Estabelece e cumpre protocolo 'para processamento de roupas'

Descrição: Os serviços de saúde estabelecem protocolo para o processamento de roupas. O processamento da roupa com qualidade é fundamental para o bom funcionamento do serviço de saúde e deve ser efetuado de forma com que a roupa e todas as etapas do seu processamento não representem veículo de contaminação, eventos adversos ou qualquer outro dano aos usuários, trabalhadores e ambiente.

Meios de Verificação: Protocolo de processamento de roupas. POPs. Documento que demonstre o fluxo das atividades na unidade de processamento de roupas. Contrato de terceirização do processamento de roupas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Processamento de roupas em serviços de saúde:** prevenção e controle de riscos. Brasília: Anvisa, 2009. 106p. (Série Tecnologia em Serviços de Saúde). Disponível em:
[<https://www.anvisa.gov.br/servicosaudae/manuais/processamento_roupas.pdf>](https://www.anvisa.gov.br/servicosaudae/manuais/processamento_roupas.pdf).

1.6 Gestão da Segurança da Informação

1.6.1 Possui Política de Segurança da Informação

Descrição: A Unidade deve possuir mecanismos de segurança de acesso aos sistemas que garantam a autenticidade e integridade dos dados e informações de saúde, devendo estar dotado de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à segurança e à confidencialidade da informação. Deve, também, dispor de tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Meios de Verificação: Política de segurança da informação. Evidência de treinamento através de frequências. Plano de ação para implantação das ações advindas da política.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56p. Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf).

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018.** Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.853 de 08 de julho de 2019.** Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2019. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13853.htm>.

1.6.2 Possui comissão de revisão de prontuários

Descrição: Prontuário médico é um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. De acordo com o Conselho Federal de Medicina é obrigatório a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica, devendo ser criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, e ser coordenada por um médico.

Meios de Verificação: Documento descritivo com as diretrizes para comissão de prontuário (normatização). Ato de nomeação atualizado. Cronograma de reuniões da Comissão. Atas de reunião. Cronograma de auditorias. Indicadores com resultados que a Comissão de Revisão de Prontuários. Relatório mensal da Comissão de Revisão de Prontuários. Plano de ação a partir dos resultados das auditorias. Ações de melhorias implantadas.

Referências:

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA - ACSA. **Manual de Padrões Centros Hospitalares.** Traduzido por Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde - IBES International. Andalucía: ACSA, 2018. Disponível em:<<https://doceru.com/doc/8x0en80>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Cardiologia. **Portaria nº 279, de 08 de outubro de 2010.** Autoriza publicação do Regimento Interno da Comissão de Revisão de Prontuários deste Instituto, conforme documentação em anexo. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2010. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/inc/2010/prt0279_08_10_2010.html>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília - DF, 09 ago. 2002a. Disponível em:<<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 1.639, de 12 de agosto de**

2002. Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Brasília - DF, 12 ago. 2002b. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1639>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Resolução CFM nº 1.821, de 23 de novembro de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília - DF, 23 nov. 2007. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/18219>>.

1.6.3 Dispõe de sistemas e tecnologias da informação integradas e adaptadas às necessidades institucionais

Descrição: Os sistemas de informação em saúde devem contribuir para a melhoria da qualidade e da produtividade da assistência de saúde. A gestão da informação possibilita que os profissionais de saúde desempenhem as atividades com efetividade e eficiência, integrando a informação, facilitando a comunicação, coordenando as ações entre os múltiplos membros das equipes, fornecendo meios para apoio financeiro e administrativo. A integração entre sistemas de informação é fundamental para a boa gestão de sistemas e serviços de saúde e é definido com o compartilhamento de uma única base de dados e envolvendo todos os níveis de hierarquia organizacional (estratégico, tático e operacional), ou seja, um banco de dados comum para atender todas as funções das organizações de saúde, incluindo a gestão das operações técnicas e de suporte administrativo e logístico e informações sobre os clientes.

Meios de Verificação: Documento contendo as normas de estrutura e utilização do prontuário eletrônico, dos sistemas utilizados nos serviços administrativos e de apoio assistencial (Ex: sistema de compras, sistema de estoque, núcleo interno de regulação, análises clínicas etc.). Documento que comprove que a instituição avaliou as necessidades de informação e de comunicação entre os seus colaboradores, conforme processos de trabalho. Fluxo de atualização de sistemas e comunicação para quem realiza a sua operacionalização.

Referências:

BITTAR, Olímpio J. Nogueira *et al.* Sistemas de informação em saúde e sua complexidade, **Revista de Administração em Saúde**, v.18, n.70, pp. 290-299, 2018. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/77>>.

1.6.4 Possui prontuário eletrônico integrado para registrar a informação gerada durante a assistência

Descrição: O Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP é uma tecnologia utilizada em instituições de saúde para o registro de produtividade da equipe multiprofissional das unidades de saúde que permite a visualização das ações realizadas durante os atendimentos aos pacientes no que tange aos aspectos qualitativos e quantitativos. Com a disponibilidade de informações integradas no prontuário, é possível, dentre várias ações, acompanhar/controlar as solicitações de procedimentos, medicamentos administrados, solicitação de consultas especializadas, agendamentos ambulatoriais, melhorar acesso e evitar desperdícios.

Meios de Verificação: Existência de informações de sistemas (Ex.: diagnóstico de imagem e análises clínicas) integrados ao prontuário eletrônico. Interoperabilidade dos registros eletrônicos em rede (Estadual, ou Municipal, ou própria).

Referências:

RIBEIRO, W. A. *et al.* Implementação do prontuário eletrônico do paciente: um estudo bibliográfico das vantagens e desvantagens para o serviço de saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v.9, n.1, pp.7-11, jan./jun.2018. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1179>>.

1.6.5 Estabelece mecanismos e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura

Descrição: O armazenamento de dados de sistemas de informação e a comunicação em rede pode se dar de várias formas. Desde a forma mais básica, isolada, até o modelo complexo classificado como um sistema de banco de dados distribuído em que todas as informações são trocadas em várias direções e armazenadas em vários locais. O modelo centralizado, é o atualmente predominante nos sistemas de informação disponíveis em instituições de saúde de maior porte. Nesse modelo, o sistema está disponível para diversos pontos de acesso que comunicam-se em rede com um ponto central, que executa a instância principal do sistema e armazena as informações de forma centralizada.

Meios de Verificação: Política ou documento equivalente que comprove que as informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, são armazenadas e transmitidas de forma segura . Termo de Consentimento do uso dos dados, cláusula destacada das demais cláusulas contratuais. Termo ou documento equivalente que demonstre que o acesso aos dados é permitido apenas a usuários autorizados.

Referências:

SILVA, Valter Ferreira da. **Registros eletrônicos de saúde e pesquisa clínica:** ferramentas para

permitir um uso adequado e descentralizado de informações. 2019. 58f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação, Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS, 2019. Disponível em:
[<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/197764>](https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/197764).

1.6.6 Dispõe de meios que permitem garantir a segurança, confidencialidade, posse e acesso restrito à informação clínica e das pessoas

Descrição: A Lei Geral de Proteção dos Dados Pessoais - LGPD dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. A LGPD determina que para a proteção dos dados pessoais tem como primeiro fundamento “o respeito à privacidade”, assim como, para as atividades de tratamento de dados pessoais deverão observar a boa-fé e os princípios da “finalidade”, que é a realização do tratamento para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades e o princípio da segurança que é a utilização de medidas técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão.

Meios de Verificação: Documento elaborado sobre a Política da Segurança da Informação. Processo descrito que demonstre as etapas de guarda e acesso seguro das informações. Termo ou documento equivalente que demonstre que o acesso aos dados é permitido apenas a usuários autorizados.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018. Disponível em:
[<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm).

1.6.7 Garante que a informação manipulada mantenha todas as características originais estabelecidas pelo proprietário da informação, incluindo controle de mudanças

Descrição: A Lei Geral de Proteção dos Dados - LGPD dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. A LGPD determina que para a proteção dos dados pessoais tem como fundamento a “inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem” e as atividades de tratamento de dados pessoais deverão observar a boa-fé e o princípio da “qualidade dos

dados”, de garantir a exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento.

Meios de Verificação: Documento elaborado sobre a Política da Segurança da Informação. Relatórios das informações manipuláveis, com identificação nominal, data e hora da pessoa que inseriu os dados.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>.

1.6.8 Possui plano de contingência em situações de ataques (*hackers*), quedas de sistemas e perda de dados

Descrição: A Lei Geral de Proteção dos Dados Pessoais - LGPD) dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. A LGPD traz o princípio da “prevenção”, que trata da adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos em virtude do tratamento de dados pessoais, e o princípio da “responsabilização e prestação de contas”, que trata da demonstração, pelo agente, da adoção de medidas eficazes e capazes de comprovar a observância e o cumprimento das normas de proteção de dados pessoais e, inclusive, da eficácia dessas medidas.

Meios de Verificação: Documento elaborado sobre a Política da Segurança da Informação. Plano de contingência que descreva situações de vulnerabilidade relacionadas à informação. Relatórios que atestem a segurança do equipamento/rede contra ataques, quedas dos sistemas e perda de dados.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>.

1.7 Gestão Ambiental

1.7.1 Possui e executa Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS

Descrição: O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde,

observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente.

Meios de verificação: Documento formal e atualizado do PGRSS. Relatórios que comprovem o cumprimento do PGRSS.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018.
Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf>.

1.7.2 Monitora e avalia sistematicamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS

Descrição: Segundo a RDC nº 222/2018, o serviço gerador de Resíduos de Serviços de Saúde é responsável pela elaboração, implantação, implementação e monitoramento do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. A elaboração, a implantação e o monitoramento do PGRSS pode ser terceirizada.

Meios de Verificação: Documentos que comprovem o monitoramento e avaliação sistemática do PGRSS.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018.
Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf>.

1.7.3 Adota boas práticas para combate ao desperdício

Descrição: Os serviços de saúde devem adotar ações específicas com vistas à utilização racional dos recursos ambientais, ao combate a todas as formas de desperdício e à minimização da geração de resíduos sólidos. Para a implantação de boas práticas, a Unidade pode, por exemplo, manter programa de educação continuada sobre o tema para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente no serviço.

Meios de Verificação: Treinamentos realizados acerca da temática. Campanhas de combate ao

desperdício. Planos de ação de combate ao desperdício.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.305, de 02 de agosto de 2010.** Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm>.

1.7.4 Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação correta, armazenamento, conservação, transporte, rastreabilidade e descarte apropriado do material biológico humano

Descrição: O material biológico humano refere-se a tecido ou fluido do organismo humano, tais como excrementos, fluidos corporais, células, tecidos, órgãos ou outros fluidos de origem humana ou isolados a partir destes. O transporte de material biológico humano deve obedecer às normas de biossegurança e de saúde do trabalhador, de forma a prevenir riscos de exposição direta dos profissionais envolvidos, dos transportadores, da população e do ambiente ao material biológico humano.

Meios de Verificação: Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS. Instruções formais e atualizadas das operações de transporte do material biológico humano. Registros de investigação das não conformidades durante o processo de transporte. Registro das medidas corretivas e preventivas adotadas diante das não conformidades. Contrato de prestação de serviços das empresas prestadoras de serviços para a destinação do material biológico humano.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 20, de 10 de abril de 2014.** Dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0020_10_04_2014.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf>.

1.7.5 Possui fluxo interno para transporte de corpos para necrotério

Descrição: O serviço deve estabelecer fluxo interno para o transporte de corpos para o necrotério contemplando padronização das condutas e todos os procedimentos a serem adotados em ambiente hospitalar, em especial os de biossegurança e de proteção ao cadáver.

Meios de Verificação: Documento formal do fluxo para transporte de corpos para o necrotério. POP de transporte de óbitos para o necrotério. Livro de Ocorrência com dados referentes à entrega dos

corpos.

Referências:

BERTONCELLO, J. A; PEREIRA, M. B. Direito ao cadáver. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 18., 04,05,06 e 07 de novembro de 2009, São Paulo – SP . **Anais...** São Paulo: CONPEDI, 2009. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/sao_paulo/2502.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas. **Centrais de conteúdo - Publicações:** Vigilância em saúde. Disponível em: Site: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs>>.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8501, de 30 de novembro de 1992.** Dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8501.htm#:~:text=LEI%20N%C2%B0208.501%2C%20DE,cient%C3%ADfica%20e%20d%C3%A1%20outras%20prov%C3%A1ncias>.

1.7.6 Comprova a capacitação e o treinamento para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos

Descrição: Os serviços de saúde devem comprovar a realização da capacitação e treinamento para os profissionais envolvidos no gerenciamento de resíduos. Conforme RDC nº 222/2018, o gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos. Em seu Art. 91 a Resolução recomenda que o serviço de saúde deve manter um programa de educação continuada para os trabalhadores e para todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente nos serviços de saúde.

Meios de Verificação: Programas de capacitação em gerenciamento de resíduos desenvolvidos e implantados pelo serviço. Documento comprobatório da capacitação e treinamento dos funcionários envolvidos com o gerenciamento de resíduos. Cronograma de capacitação sobre o gerenciamento de resíduos sólidos. Lista de frequência de treinamentos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf>.

1.7.7 Segue as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN estabelecidas para as fontes radioativas

Descrição: Os serviços de saúde seguem as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN no que diz respeito à instalação de equipamentos de radiologia emissores de radiações eletromagnéticas ionizantes ou não ionizantes para fins diagnósticos ou intervencionistas. De acordo com a RDC Nº 330/2019, que tem como objetivo estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista em seu Art.7º informa que para o caso de instalações que utilizam equipamentos de radiologia emissores de radiações eletromagnéticas ionizantes ou não ionizantes para fins diagnósticos ou intervencionistas, deve ser apresentado o projeto de blindagem elaborado e assinado por profissional legalmente habilitado e deve ser aprovado e assinado pelo responsável legal, conforme disposto nesta Resolução, nas demais normativas aplicáveis e nas recomendações dos fabricantes.

Meios de verificação: Documento elaborado do projeto de blindagem com assinatura do técnico responsável. Programa de Proteção Radiológica. Equipamentos de Proteção Radiológica(avental plumbífero, protetor de tireóide, óculos). Relatório de doses dos dosímetros e parecer do SESMT. Contrato da empresa que realiza a leitura dos dosímetros. Relatório sobre o teste de qualidade dos equipamentos de proteção radiológica.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019.** Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-330-de-20-de-dezembro-de-2019-235414748?inheritRedirect=true>>.

1.7.8 Executa ações de controle de vetores e pragas urbanas

Descrição: Os serviços de saúde devem executar ações de controle de vetores e pragas urbanas. De acordo com a RDC Nº 52/ 2009 o controle de vetores e pragas urbanas refere-se ao conjunto de ações preventivas e corretivas de monitoramento ou aplicação, ou ambos, com periodicidade minimamente mensal, visando impedir de modo integrado que vetores e pragas urbanas se instalem ou reproduzam no ambiente. De acordo com a RDC N ° 63/2011 o serviço de saúde deve garantir ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, ou a proliferação dos mesmos.

Meios de Verificação: Documento comprobatório da realização das medidas preventivas e corretivas de controle integrado de vetores e pragas urbanas. Documento que expressa a realização da inspeção

predial. Cronograma de controle de vetores e pragas. Registro de ocorrência de Pragas/Vetores e medidas adotadas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 52, de 22 de outubro de 2009.** Dispõe sobre o funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2009. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0052_22_10_2009.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

1.7.9 Promove ações voltadas para sustentabilidade socioambiental

Descrição: A unidade de saúde realiza ações para a sustentabilidade sócio ambiental reduzindo o impacto ambiental nos ambientes de trabalho utilizando ações como: redução do consumo de energia e desperdício através da instalação de energia solar, realizando troca de lâmpadas a vapor de mercúrio por LED; redução do desperdício de água fazendo a correção de vazamentos em pias, banheiros, caixas de água; redução do recebimento de embalagens de papelão pelo setor de almoxarifado e central de abastecimento farmacêutico e utilização de embalagens retornáveis para o recebimento dos produtos realizando o trabalho junto aos fornecedores; redução de desperdícios de alimentos redimensionando o tamanho da porção do menu dos pacientes e manter um programa de treinamento para funcionários, revendo periodicamente o desperdício de alimentos; realizar a gestão eficiente dos medicamentos e materiais médicos hospitalares como realizar a gestão dos estoques, evitando o recebimento de amostras grátis que acabam gerando resíduos desnecessários e o cumprimento da RDC N° 222/2018 que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

Meios de Verificação: Documento elaborado sobre uso de boas práticas de sustentabilidade socioambiental. Documento elaborado do Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde- PGRSS. Documento comprobatório de operação de venda ou de doação dos resíduos de serviços de saúde destinados à recuperação, à reciclagem e à compostagem.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018.

Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf>.

LIMA, Lidia. **Diretrizes estratégicas para implantação de um programa de sustentabilidade em hospitais universitários federais do Brasil.** 2022. Tese (Doutorado em Tecnologia e Sociedade) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2022. Disponível em: <<http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/28525>>.

Eixo 2 - Boas Práticas para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

2.1 Gestão da Segurança do Paciente

2.1.1 Possui Núcleo de Segurança do Paciente - NSP implantado e em funcionamento

Descrição: De acordo com a RDC nº 36/2013 o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. O NSP deve estar devidamente implantado e em funcionamento nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, conforme descrito na resolução.

Meios de Verificação: Portaria de nomeação dos membros do Núcleo de Segurança do Paciente. Espaço físico destinado ao Núcleo de Segurança do Paciente. Documentos (POP/Protocolos/Manuais de Normas e Rotinas) recomendações e ações desenvolvidas pelo NSP. Atas de reuniões.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.1.2 O Núcleo de Segurança do Paciente-NSP tem estrutura própria suficiente para realização das tarefas

Descrição: De acordo com o Art. 5º da RDC nº 36/2013, para o funcionamento sistemático e contínuo do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP , a direção do serviço de saúde deve disponibilizar recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais. A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

Meios de Verificação: Espaço físico destinado ao NSP com mobiliário e equipamentos necessários ao

desenvolvimento de suas atividades.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.1.3 Nomeia, dá autoridade e responsabilidade a equipe do Núcleo de Segurança do Paciente-NSP para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente - PSP

Descrição: De acordo com o Art. 4º da RDC nº 36/2013 o Núcleo de Segurança do Paciente - NSP instituído é todo aquele que tem sua composição formalizada/ nomeada pela direção do serviço de saúde conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

Meios de Verificação: Portaria, Ato e outras documentações formais referentes à nomeação dos integrantes do NSP. Plano de Segurança do Paciente. Plano de Ação do NSP. Atas de reuniões do NSP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.1.4 O Núcleo de Segurança do Paciente-NSP participa das reuniões deliberativas do serviço de saúde

Descrição: Como instância criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, é esperado que o Núcleo de Segurança do Paciente- NSP participe das reuniões deliberativas dos serviços de saúde. A participação é prevista no Art.5º da RDC nº 36/ 2013 que coloca que para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Meios de Verificação: Atas de reuniões deliberativas com a participação do NSP. Lista de presença de reunião deliberativa com participação do(s) integrante(s) do NSP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.1.5 Possui plano de segurança do paciente instituído e vigente

Descrição: A RDC nº 36/2013 determina que o Núcleo de Segurança do Paciente- NSP deve elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente- PSP em Serviços de Saúde, estabelecendo estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito. O Plano de Segurança do Paciente - PSP deve ser focado na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, na disseminação sistemática da cultura de segurança, na articulação e integração dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, reduzindo a probabilidade de ocorrência de Eventos Adversos -EAs resultantes da exposição aos cuidados em saúde.

Meios de Verificação: Plano de Segurança do Paciente. Cronograma para a disseminação do Plano de Segurança do Paciente na instituição. Relatório de atividades programadas no PSP. Plano de Ação do PSP. Monitoramento das ações de melhoria.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.1.6 Monitora ações do plano de segurança do paciente

Descrição: De acordo com o Art. 7º da RDC nº 36/ 2013 é de competência do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente - PSP em Serviços de Saúde.

Meios de Verificação: Monitorização dos indicadores dos Protocolos de Segurança do Paciente. Evidências de monitoramento das ações da PSP. Plano de Ação com etapas de monitoramento. Ações de melhorias a partir do monitoramento.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.1.7 Atualiza periodicamente o plano de segurança do paciente

Descrição: O Plano de Segurança do Paciente - PSP deve ser revisto periodicamente e atualizado sempre que houver mudanças locais substanciais ou de evidências clínicas. A atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde é uma competência do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Meios de Verificação: Documento formal, atas e/ou relatórios, que comprovem a atualização do PSP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2014. 60 p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<https://segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>>.

2.1.8 Divulga sistematicamente o plano de segurança do paciente

Descrição: O Plano de Segurança do Paciente - PSP deve ser amplamente divulgado e estar disponível para consulta de todos os profissionais da instituição.

Meios de Verificação: Evidências de comunicação verbal, eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, lembretes e outras. Relatórios e/ou atas de reuniões setoriais que comprovem a plena divulgação do PSP. Cronograma de divulgação do PSP. Lista de frequência dos colaboradores participantes das atividades de divulgação do PSP. PSP disponível para consulta de todos os profissionais da instituição.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2014. 60 p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<https://segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>>.

2.1.9 Divulga boas práticas no domínio da segurança do paciente entre os serviços da instituição

Descrição: Os serviços de saúde devem incorporar práticas relativas à segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado, promovendo a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento e divulgação de boas práticas.

Meios de Verificação: Evidências de comunicação verbal, eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, lembretes e outras. Relatórios e/ou atas de reuniões setoriais que comprovem a divulgação de boas práticas no domínio da segurança do paciente. Lista de frequência dos colaboradores participantes das atividades de divulgação de boas práticas. Plano de Segurança do Paciente - PSP disponível para consulta de todos os profissionais da instituição. Relatórios periódicos sobre a disseminação das boas práticas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2014. 60 p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<https://segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.1.10 Avalia periodicamente a cultura de segurança do paciente

Descrição: A cultura de segurança configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização como: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Para avaliar cultura de segurança a unidade de saúde pode ter múltiplas propostas como: (i) realizar o diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização dos funcionários acerca do tema; (ii) realizar a avaliação das intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento destas ao longo do tempo; (iii) fazer a comparação com dados internos e externos à

organização; e (iv) realizar a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias. As organizações que possuem uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação estabelecida na confiança mútua, pelas percepções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na efetividade de ações preventivas.

Meios de Verificação: Relatórios do Núcleo de Segurança do Paciente- NSP que aponte a avaliação da cultura de segurança do paciente. Modelo do Questionário aplicado na instituição para a pesquisa da cultura de segurança do paciente. Relatório sobre o resultado da pesquisa de cultura de segurança do paciente. Registro de atividades de aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

REIS, Claudia Tartaglia; LAGUARDIA, Josué; MARTINS, Mônica. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 28, pp. 2199-2210, nov. 2012. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002213BnFkIc.pdf>>.

2.1.11 Desenvolve, executa e acompanha programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde

Descrição: Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde são ações necessárias em serviços de saúde, sendo de competência legal do Núcleo de Segurança do Paciente-NSP.

Meios de Verificação: Relatórios do NSP que apontem para ações de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Registros dos treinamentos em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Cronograma de educação permanente com atividades relacionadas à segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde .

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2 Gestão do Sistema de Notificação, Vigilância e Investigação de Eventos Adversos

2.2.1 Possui fluxo formalizado e divulgado para a notificação de incidentes e eventos adversos pelos colaboradores

Descrição: As notificações, pelos colaboradores, sobre os incidentes e eventos adversos em saúde são imprescindíveis para uma cultura organizacional de segurança do paciente e estas devem ter qualidade para que possam ser fontes de informações e se constituírem como uma oportunidade de melhoria dos processos assistenciais. Uma das bases para a qualidade desse processo está no estabelecimento de fluxo formalizado e devidamente organizado.

Meios de Verificação: Fluxo formalizado da notificação de incidentes e eventos adversos pelos colaboradores. Documento de notificação de incidentes e eventos adversos pelos colaboradores. Registros de divulgação do Fluxo para notificação de incidentes e eventos adversos pelos colaboradores.

Referências:

MILAGRES, Lidiane Miranda. **Gestão de riscos para segurança do paciente:** o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação, Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG, 2015. Disponível em: <<https://www2.ufjf.br/pgenfermagem//files/2010/05/Disserta%c3%a7%c3%a3o-Lidiane-Milagres.pdf>>.

2.2.2 Notifica, aos órgãos competentes, incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde, e dos que evoluíram para óbito (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária)

Descrição: De acordo com a RDC Nº 36/2013, os serviços de saúde devem notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde. A notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente pelo Núcleo de Segurança do Paciente, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente através de ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa e os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Meios de Verificação: Registro de Notificação dos incidentes e eventos adversos conforme periodicidade estabelecida. Registro das notificações que evoluíram para óbito. Documento de acompanhamento das notificações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.3 Mantém sob sua guarda e disponibiliza à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de incidentes e eventos adversos

Descrição: Os serviços de saúde devem manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos. A mesma atenção aplica-se aos incidentes, considerando a sua importância para o cuidado de saúde e proposição de ações de melhoria na qualidade da assistência.

Meios de Verificação: Documentos referentes a notificação dos incidentes e eventos adversos. Meio físico e/ou digital de guarda das notificações de incidentes e eventos adversos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.4 Monitora incidentes, danos e eventos adversos ocorridos internamente

Descrição: O monitoramento dos incidentes e eventos adversos deverá ser realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP do serviço de saúde de modo que haja uma redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Meios de Verificação: Ferramenta de monitoramento das notificações e *feedbacks*. Plano de ação de monitoramento.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

2.2.5 Realiza ações de prevenção de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde

Descrição: De acordo com o Art. 7º da RDC nº 36/2013 ANVISA é de competência do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde; implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.

Meios de Verificação: Plano de segurança do paciente em serviços de saúde. Cronograma de ações de prevenção de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Treinamentos realizados sobre prevenção de incidentes e eventos adversos (listas de presença e atas). Atas de reuniões sobre a implantação de medidas preventivas de incidentes e eventos adversos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.6 Realiza ações de investigação e desfecho de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde

Descrição: A ação de investigação e desfecho de incidentes propicia a melhoria dos processos de trabalho nos serviços de saúde e minimiza as possibilidades de novos casos semelhantes através do aprendizado e ações de melhorias.

Meios de Verificação: Documento formal que demonstre a investigação e o desfecho de incidentes e eventos adversos. Planilha de Monitoramento de investigação e desfecho de casos. Auditorias de investigação de incidentes e eventos adversos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA. **Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado>>.

2.2.7 Realiza ações de controle de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde

Descrição: As ações de controle de incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde propicia a melhoria dos processos de trabalho e minimiza as possibilidades de novos casos semelhantes através do aprendizado e ações de melhorias.

Meios de Verificação: Documento formal que demonstre o controle de incidentes e eventos adversos.

Planilha de controle de casos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.8 Possui fluxo de compartilhamento das análises dos incidentes e eventos adversos para os colaboradores da instituição

Descrição: O Núcleo de Segurança do Paciente - NSP do serviço de saúde deve, conforme RDC nº 36/2013, compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde. O fluxo de compartilhamento está diretamente ligado à melhoria dos processos de trabalho.

Meios de Verificação: Fluxo formalizado de compartilhamento das análises. Documento formal que demonstre o compartilhamento das análises

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.9 Publiciza para os usuários as análises dos incidentes e eventos adversos

Descrição: Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação. A publicização permite que o usuário saiba quais as medidas tomadas para minimizar o dano e o que tem sido feito para evitar acontecimentos semelhantes no futuro.

Meios de Verificação: Planilhas informativas sobre as análises. Boletins com registro das análises. Planilhas com ações de melhorias decorrentes das análises dos incidentes e eventos adversos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p.: il. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>.

2.2.10 Notifica doenças e agravos de notificação compulsórias do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Descrição: A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravos ou evento de saúde pública. A notificação deve ser realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Meios de Verificação: Relatórios de gestão que comprovem as notificações no SINAN. Banco de dados de notificações. Fichas de Notificação com indicativo de registro no SINAN. Controle dos registros no SINAN.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 420, de 2 de março de 2022.** Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2022. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Notificação Compulsória.** Brasília: MS, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/notificacao-compulsoria>>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre as organizações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 1975. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16259.htm#:~:text=L6259&text=LEI%20No%206.259%2C%20DE%2030%20DE%20OUTUBRO%20DE%201975.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20das,doen%C3%A7as%20e%20outras%20provid%C3%A7%C3%AAs>.

2.2.11 Notifica e investiga os óbitos hospitalares

Descrição: A RDC nº 36/2013 determina que os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados pelo Núcleo de Segurança do Paciente- NSP em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA.

Meios de Verificação: Impressos e/ou arquivo digital com notificações e investigações de óbitos no serviço de saúde. Portaria de implantação da Comissão de Óbitos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.12 Estabelece Diretrizes de Farmacovigilância

Descrição: Farmacovigilância é definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”. Cabe à farmacovigilância identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados a medicamentos utilizados na população após o registro, com o objetivo de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores do que os riscos por eles causados. São questões relevantes para a farmacovigilância, portanto: reações adversas a medicamentos, eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos, inefetividade terapêutica, erros de medicação, uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro, uso abusivo, intoxicações e interações medicamentosas.

Meios de Verificação: Diretrizes de farmacovigilância do serviço. Sistematização de notificações em farmacovigilância. Documento que comprove o gerenciamento do risco em farmacovigilância. Ficha técnica de investigação de eventos relacionados à farmacovigilância.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Farmacovigilância. Brasília, [s.d]. Disponível em:

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/farmacovigilancia>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.13 Estabelece Diretrizes de Tecnovigilância

Descrição: Tecnovigilância é o sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. A Tecnovigilância visa à segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização (Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para Diagnóstico de Uso "in-vitro").

Meios de Verificação: Diretrizes de tecnovigilância do serviço. Sistematização de notificações em tecnovigilância. Documento que comprove o gerenciamento do risco em tecnovigilância. Ficha técnica de investigação de eventos relacionados à tecnovigilância.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Tecnovigilância. Brasília, [s.d]. Disponível em:

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/tecnovigilancia>>.

2.2.14 Estabelece Diretrizes de Hemovigilância

Descrição: Hemovigilância é o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre eventos adversos ocorridos nas diferentes etapas a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e do receptor.

Meios de Verificação: Diretrizes de hemovigilância do serviço. Sistematização de notificações em hemovigilância. Documento que comprove o gerenciamento do risco em hemovigilância. Ficha técnica de investigação de eventos relacionados à hemovigilância.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Hemovigilância. Brasília, [s.d]. Disponível em:

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/hemovigilancia>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.2.15 Possui fluxo de compartilhamento de alertas sanitários e outras comunicações de riscos divulgadas pelas autoridades sanitárias

Descrição: Segundo a RDC nº 36/2013, compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Meios de Verificação: Fluxo de compartilhamento de alertas sanitários e outras comunicações de riscos divulgadas pelas autoridades sanitárias utilizado pelo Serviço de Saúde.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.3 Gestão dos Protocolos para Segurança do Paciente

2.3.1 Estabelece protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança

Descrição: As infecções hospitalares, também conhecidas como infecções relacionadas à assistência em saúde- IRAS, são aquelas adquiridas após a admissão do paciente e que se manifestam durante a internação ou após a alta, está relacionada aos cuidados e procedimentos aos quais o paciente foi submetido durante a internação. A Organização Mundial da Saúde-OMS recomenda a adoção de medidas eficazes e científicamente validadas na prevenção e controle das IRAS nos serviços de saúde como: estabelecer programa de prevenção e controle de IRAS, elaboração e adesão de protocolos e diretrizes baseadas em evidências científicas, treinamento para profissionais e gestores de saúde, vigilância, monitoramento e investigação de IRAS, adoção de Estratégias Multimodal, acompanhamento, monitoramento e auditoria das práticas de prevenção e controle de IRAS, acompanhamento, monitoramento e gerenciamento das internações e ocupação de leitos hospitalares, do provisionamento de materiais e equipamentos para a prevenção e controle das IRAS. Em relação a biossegurança, esta compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente. A biossegurança caracteriza-se como estratégica e essencial para a pesquisa e o desenvolvimento sustentável sendo de fundamental importância para avaliar e prevenir os possíveis efeitos adversos de novas tecnologias à saúde. É esperado que os serviços de saúde

estabeleçam protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança na assistência aos pacientes.

Meios de Verificação: Protocolo de prevenção e controle de infecções. Protocolo de Biossegurança. Documentos comprobatórios das práticas recomendadas para prevenção e controle das IRAS. Lista de frequência de treinamentos do protocolo. Gerenciamento e Monitoramento das infecções. Prontuários com *Checklist* anexados.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTEs. **Programa Nacional De Prevenção E Controle De Infecções Relacionadas À Assistência À Saúde - PNPCIRAS 2021 a 2025.** Brasília: Anvisa, 2021. 61p.

Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Biossegurança em saúde:** prioridades e estratégias de ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

2.3.2 Estabelece Protocolo de Prevenção de Quedas

Descrição: Queda é o evento não planejado que levou o paciente ao chão, com ou sem lesão, pode ser relacionada a fatores intrínsecos como: alterações fisiológicas (envelhecimento e idade que causam a diminuição da força muscular); alterações patológicas (doença crônica); fatores psicológicos(queda da autoestima); efeitos colaterais de medicamentos (sedativos, opiôides) e fatores extrínsecos como: comportamento e atividade do indivíduo e meio ambiente (altura da cama e trava das rodas). A queda é um dos principais eventos adversos- EAs relacionados à assistência à saúde no mundo, podem trazer diversas consequências para o paciente, como piora de sua condição clínica, limitações físicas e emocionais e insatisfação com a qualidade da assistência prestada. A prevenção das quedas é uma das metas internacionais de segurança do paciente e deve ser implementada por meio de protocolos assistenciais que seguem as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A implementação desses protocolos vem apresentando resultados satisfatórios na prevenção desse evento, mesmo que seu impacto não seja imediato nos desfechos pretendidos, têm se mostrado importantes na redução das taxas de quedas, na melhoria da qualidade da assistência e na redução dos custos da hospitalização. O Protocolo para Prevenção de Quedas deve conter, minimamente, a

determinação e instruções para realização da avaliação de risco de queda em todos os pacientes admitidos e durante a internação. Deve ainda descrever as medidas de prevenção de queda do paciente, com base na avaliação de risco realizada e orientações para o registro de quedas nos prontuários dos pacientes.

Meios de Verificação: Protocolo de prevenção de quedas. Lista de frequência de treinamentos do protocolo de prevenção de quedas. Instrumento de avaliação de risco de quedas dos pacientes. Registros em prontuário sobre a avaliação de risco de quedas e as medidas de prevenção. Prontuários com *Checklist* anexados.

Referências:

ABREU, Cidalina *et al.* Falls in hospital settings: a longitudinal study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.3, pp.597-603, 2012. Epub 12 Set 2012. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300023>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES. **Orientações Para Preenchimento Da Avaliação Das Práticas De Segurança Do Paciente – 2021**. Brasília: Anvisa, 2021. 71 p. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-preenchimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-230421_final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

LUZIA, Melissa de Freitas *et al.* Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.52, e03308, 2018. Epub 12 Abr. 2018. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017024203308>>.

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de *et al.* Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.1, pp.134-138, 2010. Epub 22 Mar. 2010. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100019>>.

STEPHENSON, M. *et al.* Prevention of falls in acute hospital settings: a multi-site audit and best practice implementation project. **Int J Qual Health Care**, n.1, pp.92-98, 28 fev. 2016. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26678803. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26678803/>>.

2.3.3 Estabelece Protocolo de Cirurgia Segura

Descrição: A cirurgia segura consiste em um conjunto de regras que tem como objetivo garantir a segurança do paciente durante intervenções cirúrgicas. Para a redução dos eventos adversos nos

procedimentos cirúrgicos, o Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS lançou o protocolo para cirurgia segura como um conjunto de medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura que deverá ser realizada em três etapas pela equipe cirúrgica: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia, cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens, em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa, caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução. Este protocolo deverá ser aplicado em todos os locais dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer de diagnósticos, e que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos, dentro ou fora de Centro Cirúrgico, por qualquer profissional de saúde. É esperado que os serviços de saúde estabeleçam o protocolo de cirurgia segura para o atendimento a uma assistência cirúrgica segura.

Meios de Verificação: Protocolo / *Checklist* de Cirurgia Segura. Lista de frequência do treinamento sobre o protocolo. Prontuários cirúrgicos com *Checklist* anexados.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES. **Orientações Para Preenchimento Da Avaliação Das Práticas De Segurança Do Paciente.** Brasília: Anvisa, 2021. 71p. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-preenchimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-230421_final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 1.377 de 09 de julho de 2013.** Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013b. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html#:~:text=Os%20Protocolos%20de%20Cirurgia%20Segura,unidades%20de%20sa%C3%BAde%20do%20Brasil>.

MORAES C. L. K; GUILHERME NETO J.; SANTOS L. G. O. A percepção da equipe de enfermagem acerca da utilização do *checklist* de cirurgia segura no centro cirúrgico em uma maternidade do Sul do

Brasil. **GlobAcad Nurs**, v.1, n.3, e36, 2020. Disponível em:
<https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/29/70>.

2.3.4 Estabelece Protocolo de Identificação Segura dos Pacientes

Descrição: A identificação correta do paciente é um dos primeiros cuidados para uma assistência segura, deve ser capaz de identificar corretamente o indivíduo como sendo a pessoa para a qual se destina o serviço (medicamentos, sangue ou hemoderivados, exames, cirurgias e tratamentos). O protocolo de identificação segura abrange todos os pacientes internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório, e orienta para a utilização de no mínimo dois identificadores (por exemplo, nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente e número de prontuário do paciente). A identificação segura do paciente deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira e essa informação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver submetido ao cuidado. A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais, a pulseira de identificação deve conter minimamente a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido, bem como outras informações padronizadas pelo serviço de saúde. O protocolo recomenda procedimentos de identificação segura do paciente antes da administração de medicamentos, administração de sangue ou hemoderivados, coleta de material para exame, entrega da dieta e realização de procedimentos invasivos. O serviço de saúde deve definir como identificar os pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados. O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

Meios de Verificação: Protocolo de Identificação Segura. Lista de frequência de treinamento sobre o protocolo. Pulseira de identificação dos pacientes. Registro no prontuário que realizou a identificação segura do paciente.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Fiocruz.

Protocolo de Identificação do Paciente: protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/protocolo-de-identificacao-do-paciente.pdf/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES. **Orientações Para Preenchimento Da Avaliação Das Práticas De**

Segurança Do Paciente – 2021. Brasília: Anvisa, 2021. 71p. Disponível em:
https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-preenchimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-230421_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 529/2013 de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

2.3.5 Estabelece •rotocolo para coleta e identificação de amostras laboratoriais, assim como para seu transporte, manipulação, armazenamento, conservação e utilização

Descrição: Define-se amostra do paciente como parte do material biológico de origem humana utilizada para análises laboratoriais. Os laboratórios fazem parte do complexo sistema de assistência à saúde, exercendo importante papel no suporte às decisões clínicas sejam elas diagnósticas ou terapêuticas, e suas atividades são voltadas aos programas de saúde de cada indivíduo, colaborando diretamente para que o médico execute uma medicina científica. De acordo com a Resolução N° 302/2005 que dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos, o laboratório clínico e o posto de coleta de laboratorial devem dispor de instruções escritas que orientem o recebimento, coleta e identificação de amostras, o transporte da amostra de pacientes, estabelecendo prazos, condições de temperatura e padrão técnico para garantir a integridade e estabilidade das amostras.

Meios de verificação: Protocolo para coleta, identificação, transporte, manipulação, armazenamento, conservação e utilização de amostras laboratoriais. Procedimento Operacional Padrão- POP para coleta, identificação, transporte, manipulação, armazenamento, conservação e utilização de amostras laboratoriais. Lista de frequência de treinamentos sobre os protocolos e POPs. Registros que demonstrem o seguimento do Protocolo/ POP

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução nº 302, de 13 de outubro de 2005.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2005. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0302_13_10_2005.html

2.3.6 Estabelece Protocolo para a prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos

Descrição: Em 2013, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529 do Ministério da Saúde. O objetivo do Programa é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todo o território nacional. Dentre as estratégias para a sua implementação, estão a elaboração e validação de protocolos voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, entre eles o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas. Os serviços de saúde devem estabelecer o protocolo para prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos durante a assistência aos pacientes.

Meios de Verificação: Protocolo para a Prescrição, Dispensação, Preparo e Administração de medicamentos. POPs sobre prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos. Lista de frequência de treinamento do protocolo. Registros que demonstrem o seguimento do Protocolo/POP.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília: ANVISA, 2013a. 46 p. [Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG]. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-presricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529/2013 de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.

2.3.7 Estabelece •rotocolo de Segurança no uso de Medicamentos Potencialmente Perigosos

Descrição: O grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância possuem maior potencial de provocar dano no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para a prevenção. As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos

potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual. O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado. As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação. O Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos - ISMP recomenda a adoção de protocolos elaborados de maneira clara e detalhada, para utilização de medicamentos potencialmente perigosos, com implantação de protocolos que apresentem múltiplas barreiras para erros, ao longo do sistema de utilização de medicamentos, padronizando medicamentos e doses que devem ser utilizados, de forma a reduzir a dependência da memorização e permitir a execução segura de procedimentos, principalmente para os funcionários inexperientes ou recém-admitidos no serviço e ainda não familiarizados com os processos de trabalho e implantar protocolos de tratamentos antineoplásicos, uso de medicamentos para procedimentos cirúrgicos, procedimentos complexos (como, por exemplo, o uso de medicamentos potencialmente perigosos em unidades de terapia intensiva), situações clínicas que exigem anticoagulação, entre outros.

Meios de Verificação: Protocolo de segurança no uso de medicamentos potencialmente perigosos disponível. Lista de medicamentos potencialmente perigosos definidos pela instituição. POPs de prescrição de medicamentos potencialmente perigosos por via de administração, armazenamento, dispensação segura, descrição de procedimentos de dupla checagem e descrição de estratégias de barreiras que reduzam, dificultem ou eliminem a ocorrência de erros. Lista de frequência de treinamento do protocolo. Registros de prescrição de dupla checagem.

Referências:

BRASIL. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos - ISMP. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar - Lista Atualizada 2019. **Boletim**, Belo Horizonte - MG, v.8, n.3, pp.1-9, fev. 2019. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf>>.

BRASIL. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos - ISMP. Programa nacional de segurança do paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos - Parte I. **Boletim**, Belo Horizonte - MG, v.5, n. 1, pp.1-5, mai. 2016. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/06/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-I.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>>.

2.3.8 Estabelece Protocolo de Higiene das Mãos

Descrição: A higienização das mãos no ambiente hospitalar é imprescindível para evitar danos relacionados à assistência à saúde. É uma ação básica, que ainda necessita de maior comprometimento por parte de todos os envolvidos. No âmbito hospitalar, sabe-se que instrumentos normativos (protocolos, procedimentos operacionais padrão e fluxogramas) reforçam a importância da prática de higienização das mãos como ação de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde- IRAS. A Agência Nacional de Vigilância em Saúde - ANVISA recomenda a adoção de protocolo de higiene das mãos com o intuito de prevenir e controlar as IRAS. O protocolo em questão deve ser aplicado em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde, seja qual for seu nível de complexidade. O conceito envolve a necessidade de realizar a higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre nos seguintes momentos: 1) antes de contato com o paciente; 2) antes da realização de procedimento asséptico; 3) após risco de exposição a fluidos corporais; 4) após contato com o paciente e 5) após contato com áreas próximas ao paciente.

A higiene das mãos (HM) deve fazer parte de todas as campanhas educativas, tanto fortalecendo os conceitos da periodicidade como da técnica, a utilização de preparação alcoólica para as mãos deve ser estimulada em todas as áreas do serviço de saúde, principalmente no ponto de assistência/tratamento.

Atualmente, todos os serviços de saúde do país devem se adequar à RDC/ANVISA nº 42/ 2010, que determina a obrigatoriedade da disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos nos pontos de assistência e tratamento em local visível e de fácil acesso.

Meios de Verificação: Protocolo de higiene das mãos disponível (com finalidade, momentos, indicações, descrição da técnica de higienização simples e antisséptica). Relatório sobre o monitoramento das práticas de higiene das mãos. Estratégias de sensibilização do protocolo de higiene das mãos. Lista de frequência de treinamento do protocolo. Fluxograma de higienização das mãos. Banners.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA. **Protocolo para prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília: ANVISA, 2013a. 10 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2010. Disponível em:

http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_42_2010_.pdf/9080b696-f63e-4d9d-a5ca-7dad05474ca4.

BRASIL. Organização Pan-Americana Da Saúde - OPAS. Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA. **Manual para observadores:** estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Tradução de Sátia Marine. Brasília: OPAS, ANVISA, 2008. 58p. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaudede/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf.

MAGNANO, T. S. B. S., et al. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, n.40, e20180193, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rge/a/6wwRrw6RrM7jHjHh9dcnmNJ/?format=pdf&lang=pt>.

SANTOS, Thaíne Cristina Romualdo dos et al. Hand hygiene in hospital environments: use of conformity indicators. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, n. 1, pp.70-77, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rge/a/SsvGTpRnhYrKKcpHkfmTkLr/?lang=pt>.

2.3.9 Estabelece Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão

Descrição: A lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes que geralmente age sobre uma proeminência óssea ou pode estar relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro tipo de dispositivo, a lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta que pode ser dolorosa, a lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento, exercendo uma força paralela à pele e resulta da gravidade que empurra o corpo para baixo e da fricção ou resistência entre o paciente e a superfície de suporte. A lesão por pressão causa dano considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade. O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações de prevenção de lesões por pressão.

Meios de Verificação: Protocolo de prevenção de Lesão por Pressão. Instrumento de avaliação de risco de lesão por pressão utilizado em todos os pacientes admitidos e durante a internação. Registros em prontuário sobre a avaliação de risco de lesão dos pacientes. Lista de frequência de treinamento sobre o protocolo de prevenção de lesão por pressão.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA - SOBEST. **Classificação das Lesões por Pressão:** Consenso NPUAP 2016. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.

SILVA, B. B. et al. **Protocolo de prevenção de LPP [lesão por pressão].** Campo Grande - MS: Hospital Regional, 2017. Disponível em: <http://www.hospitalregional.ms.gov.br/>

2.3.10 Estabelece programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos

Descrição: O Programa de Gerenciamento de Uso de Antimicrobianos- PGTA envolve um conjunto de ações destinadas ao controle do uso destes medicamentos nos serviços de saúde, englobando desde o diagnóstico, a seleção, a prescrição e a dispensação adequadas, às boas práticas de diluição, conservação e administração, além da auditoria e do monitoramento das prescrições, da educação de profissionais e pacientes, do monitoramento do programa até a adoção de medidas intervencionistas, assegurando resultados terapêuticos ótimos com mínimo risco potencial. O gerenciamento do uso de antimicrobianos possui como principais objetivos: garantir o efeito farmacoterapêutico máximo; reduzir a ocorrência de eventos adversos- EA nos pacientes; prevenir a seleção e a disseminação de microrganismos resistentes e diminuir os custos da assistência.

Meios de Verificação: Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos. Monitoramento do Uso de Antimicrobianos. Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTE. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. 96 p. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Diretriz+Nacional+para+Elabora%C3%A7%C3%A3o+de+Programa+de+Gerenciamento+do+Uso+de+Antimicrobianos+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/667979c2-7edc-411b-a7e0-49a6448880d4?version=1.0>>.

2.3.11 Estabelece protocolos para assistência das condições clínicas de maior prevalência conforme o perfil epidemiológico da instituição

Descrição: Os protocolos clínicos são documentos que normalizam um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O perfil epidemiológico abrange um conjunto de ações que oportunizam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, objetivando a adoção de medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. É fundamental conhecer o perfil epidemiológico da unidade, pois é uma importante ferramenta para a organização, planejamento e a operacionalização dos serviços de saúde, tendo respaldo para elaboração de protocolos assistenciais a fim de melhorar o processo de trabalho em unidades críticas.

Meios de Verificação: Protocolos assistenciais, conforme perfil epidemiológico da instituição.

Registro em prontuário com indicação de seguimento do protocolo clínico. Perfil epidemiológico documentado da instituição.

Referências:

ALBUQUERQUE, Jonatas Mendes de; SILVA, Renata Flavia Abreu da; SOUZA, Ruth Francisca Freitas de. Perfil epidemiológico e seguimento após alta de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, PR, v. 22, n.3, ago. 2017. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50609>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.htm>.

2.3.12 Estabelece protocolo para identificação e atendimento dos casos com deterioração clínica

Descrição: A deterioração clínica do paciente é definida como distúrbio fisiológico sério ou uma piora repentina das condições fisiológicas do paciente, que geram sinais e sintomas agudos e, consequentemente, distúrbios orgânicos, essas repercussões clínicas são precedidas por alterações dos parâmetros vitais, muitas vezes reconhecidos tarde pelas profissionais de enfermagem. Para reconhecer precocemente uma deterioração aguda do paciente, estão sendo utilizadas ferramentas de rastreio como o escore de alerta precoce modificado, Modified Early Warning Score - MEWS que constitui um instrumento que interpreta precocemente as alterações de parâmetros fisiológicos vitais e o declínio clínico, permitindo a resposta rápida da equipe de saúde, na implantação de uma intervenção efetiva que evite a piora clínica ou desfechos graves. O MEWS é uma ferramenta de estratificação a partir da pontuação de dados vitais do paciente (afeição de pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e nível de consciência) cujo escore é pontuado em acordo com os dados vitais alterados, quando somados representam um grau de risco, variando de 0 a 14 pontos, sendo que a partir de 03 pontos, o risco de deterioração aumenta gradualmente, determinando um grau de urgência para intervenção da equipe. É esperado que o serviço estabeleça protocolo para identificação e atendimento dos casos com deterioração clínica.

Meios de Verificação: Protocolo de prevenção de deterioração clínica. Registros em prontuários sobre a identificação e atendimento dos casos com deterioração clínica. Documento com a escala de alerta precoce. Escalas de Deterioração Clínica. Lista de frequência de treinamentos. Fluxograma de atendimento dos casos com deterioração clínica.

Referências:

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde - SES. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de atenção à Saúde. **Segurança do Paciente:** Prevenção da Deterioração Clínica em Pacientes Adultos em Serviço Hospitalar. Brasília: SES, 2021. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/52011/8.+Protocolo+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+da+Deteriora%C3%A7%C3%A3o+C1%C3%ADnica+em+Pacientes+Adultos+em+Servi%C3%A7o%C3%A7o+Hospitalar.pdf>>.

FREITAS, C. M.; PRETO, E. P.; NASCIMENTO, C. A. F. Intervenções de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermaria hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Enf. Ref., Coimbra**, v. 4, n. 14, pp.121-132, set. 2017 .

MONTENEGRO, S. M. S. L.; MIRANDA, C. H. Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em hospital público brasileiro. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, v.72, n.6, pp.1428-1434, dez. 2019.

2.3.13 Estabelece protocolo de transporte seguro intra e extra-hospitalar

Descrição: Para proporcionar um cuidado seguro e eficaz no transporte de pacientes intra e extra-hospitalar, o serviço de saúde deverá padronizar ações através da elaboração e implantação do protocolo de transporte seguro de pacientes. O transporte é considerado seguro quando a equipe multidisciplinar responsável pelo paciente reconhece o momento certo para o deslocamento através do planejamento que deve ser elencado na tríade estabilização, principalmente do sistema respiratório e cardiovascular, equipamentos adequados e equipe de transporte, assegurando a integridade do paciente evitando o agravamento do seu quadro clínico, quando há treinamento adequado da equipe envolvida no transporte desenvolvendo habilidade no procedimento e quando há uma rotina operacional. Para atingir o sucesso no transporte de pacientes intra/extrahospitalar, é fundamental a comunicação efetiva entre os setores, o bom planejamento e a atuação da equipe, bem como a utilização de equipamentos adequados e a verificação prévia das suas condições técnicas.

Meios de Verificação: Protocolo de transporte seguro elaborado e implantado. Documento com o mapeamento do processo do transporte de pacientes. Documento com a elaboração do fluxo de transporte intra e extra-hospitalar. *Checklist* de transporte seguro intra e extra-hospitalar. Registro em prontuário da realização do transporte interno e externo. *Checklist* de checagem de materiais médico-hospitalares e equipamentos para a realização do transporte externo. Documento elaborado com critérios de prioridade para a realização do transporte interno e externo.

Referências:

ALMEIDA, Ana Carolina Goulardins de *et al.* Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Ata Paulista de Enferm.** v.25, n.3, pp.471-476, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/>>.

LACERDA, M. A.; CRUVINEL M. G. C.; SOUZA W. V. **Transporte de pacientes:** intra e inter-

hospitalar - curso de Educação à Distância em Anestesiologia. [s.l]: Piloto policial, 2011. Disponível em: <<https://www.pilotopolicial.com.br/Documentos/Artigos/ Transporte hospitalar.pdf>>.

MENEGUIN, S; ALEGRE, P. H. C.; Luppi, C. H. B. Caracterização de transporte de pacientes críticos na modalidade intrahospitalar. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.2, pp.115-119, 2014.

2.3.14 Estabelece protocolo de classificação, triagem e priorização de atendimento ao paciente de urgência e emergência

Descrição: Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo paciente necessita de assistência médica imediata e Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que implica em um sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato. A classificação de risco deve ser realizada no atendimento aos pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência cuja finalidade é prevenir e organizar o fluxo do atendimento. Ela é de extrema importância, pois permite identificar os pacientes que necessitam de um atendimento prioritário, tal qual é estabelecida a partir de princípios que são utilizados para classificar ou não quando o paciente está em situação de risco com problemas clínicos graves e/ou cirúrgicos, deve ser realizada por um profissional de nível superior devidamente preparado. De acordo com a Portaria Nº 3.390/2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP, o hospital deverá utilizar a classificação de risco a partir de protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Meios de Verificação: Protocolo ou fluxos de classificação / triagem / priorização de atendimentos formalizados. Lista de frequência de treinamento da equipe para o atendimento com classificação de risco. Documento que expressa a classificação de risco usada no atendimento ao paciente.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

MORAES, C. L. K; NETO, J. G; SANTOS, L. G. O. A classificação de risco em urgência e emergência: os desafios da enfermagem. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v.1, n.2, p.e17, 2020. DOI: 10.5935/2675-5602.20200017. Disponível em: <<https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/26>>.

2.3.15 Estabelece critérios para identificação, classificação e fluxo de atendimento às urgências e emergências obstétricas

Descrição: Os serviços de saúde devem possuir critérios para identificar, classificar e estabelecer o fluxo de atendimento às urgências e emergências obstétricas. A maioria das gestações evoluem sem nenhum tipo de intercorrências, porém durante o transcorrer da gravidez algumas complicações podem levar a mortalidade e morbidade podendo ameaçar a vida materna e do conceito, configurando assim, em uma situação de urgência e emergência obstétrica, necessitando de uma intervenção adequada, imediata e em determinadas situações, a interrupção da gestação. Os serviços de urgência e emergência visam promover maior agilidade aos atendimentos através da realização de uma triagem, análise e avaliação dos pacientes, levando em consideração os riscos e seu grau de vulnerabilidade. Com isso, os serviços de urgência e emergência têm prioridade de atendimento às pessoas que apresentam casos mais graves e, nessa hora, não faz diferença a ordem de chegada. De acordo com a Portaria Nº 3.390/2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP, o hospital deverá utilizar a classificação de risco a partir de protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Meios de Verificação: Protocolos elaborados, implantados e gerenciados para o atendimento às urgências e emergências obstétricas. Documento com fluxos elaborados relacionados a classificação de risco e fluxo de atendimento. Lista de frequência de treinamentos sobre a classificação de risco. Registros em prontuário sobre a classificação de risco.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

MATOSO, L. M. L; LIMA, V. A. Assistência de enfermagem em urgência e emergência obstétrica: um estudo bibliométrico. **Revista Atenção Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 65-73, jul./set.. 2019. Disponível em: https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5913/pdf.

2.3.16 Estabelece protocolos de segurança para administração de anestésicos

Descrição: Os anestésicos são fármacos capazes de bloquear as capacidades sensitivas do organismo, sendo utilizados no alívio da dor e no bloqueio de outras funções sensitivas para realização de

procedimentos médicos invasivos, tais como cirurgias e alguns exames. A anestesia é um dos pontos mais críticos do processo de cirurgia devido ao uso de diversos medicamentos potencialmente perigosos. Considerando o ambiente complexo e dinâmico das salas de cirurgia e a administração de múltiplos medicamentos em curto espaço de tempo, estes fatores contribuem para o elevado risco de erros de medicação durante os procedimentos cirúrgicos. Para proporcionar a segurança na administração de medicamentos, a ANVISA, através da Portaria N° 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP que estabeleceu o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos que deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas. Nessa perspectiva, os serviços de saúde devem estabelecer protocolos de segurança na administração de anestésicos durante a realização de procedimentos terapêuticos e /ou diagnósticos.

Meios de Verificação: Protocolo de anestesia segura. Fluxograma de anestesia segura. Termos de consentimento para anestésico. Protocolo para o gerenciamento de riscos e incidentes com anestésicos. Documento com padronização de caixas/kits de medicamentos para procedimentos cirúrgicos. Protocolo de troca de cal sodada com os critérios de troca e periodicidade. Documentos que expressem a avaliação de risco anestésico.

Referências:

- BRASIL. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos - ISMP. **Segurança no uso de medicamentos em cirurgia. Instituto para práticas no uso de medicamentos. Boletim**, Belo Horizonte - MG, v.7, n.2, pp.1-10, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/05/boletim-seguranca-medicamentos-cirurgia.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. Brasília - DF, 27 fev. 2018. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=357006>>.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde. (OMS); Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf>.

2.3.17 Estabelece protocolos para atendimentos de cirurgias de urgência e emergência

Descrição: Os serviços de saúde devem estabelecer protocolos para o atendimento aos pacientes que necessitam de cirurgias de urgência e /ou emergência, considerando que urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo paciente necessita de assistência médica imediata e emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que implica em um sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

Meios de Verificação: Protocolo para atendimentos de cirurgias de urgência e emergência. Fluxo de cirurgias de urgência e emergência. Registro em prontuário sobre a classificação de risco. Lista de frequência de treinamento sobre o protocolo.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

MORAES, C. L. K; NETO, J.G; SANTOS, L. G. O. A classificação de risco em urgência e emergência: os desafios da enfermagem. **Global Academic Nursing Journal**, [S. l.], v.1, n.2, p.e17, 2020. DOI: 10.5935/2675-5602.20200017. Disponível em:
<https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/26>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Segundo desafio global para a segurança do paciente:** Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde. (OMS); Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf.

RONCALLI, A. A. et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 31, n. 2, 2017. DOI: 10.18471/rbe.v31i2.16949. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949>.

2.3.18 Estabelece Protocolo de Segurança Nutricional, Enteral e Parenteral

Descrição: A Terapia Nutricional- TN envolve um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição parenteral ou enteral. A TN configura-se como parte imprescindível no plano de cuidado do paciente hospitalizado e para que se obtenha sucesso nessa terapêutica, é necessário o desenvolvimento de processos e ferramentas que permitam a normatização das condutas. A instituição de saúde deve realizar o planejamento, execução e controle da assistência nutricional de forma individualizada, integrada e sistematizada objetivando a segurança do processo e a gestão de seus riscos. O Plano de Segurança do

Paciente em Serviços de Saúde (PSP), deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco para a segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.

Meios de Verificação: Protocolo de segurança de terapia nutricional, enteral e parenteral. Registro no prontuário da prescrição da dieta, da evolução nutricional, acompanhamento e programação de orientação nutricional na alta hospitalar. Protocolo de boas práticas de produção de alimentos. POPs relacionados ao preparo e manipulação das dietas. Prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes. Registro em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 272, de 08 de abril de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico para Fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 1998. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs1/1998/prt0272_08_04_1998.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS - CFN. **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018.** Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília - DF, Diário Oficial da União, 20 abr. 2018. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm>.

SOUZA, Bruna de; CAMPOS, Giovanna Vicentini Simonetti; GARZONE, Emmanuella Oliveira Caúla. Sistematização do atendimento nutricional de um hospital universitário **Nutrición clínica y dietética hospitalaria**, v.39, n.2, pp.11-18, 2019. Disponível em: <<https://revista.nutricao.org/PDF/BRUNA.pdf>>.

2.3.19 Estabelece Protocolo de Parto Seguro

Descrição: De acordo com a Organização Mundial da Saúde- OMS para um parto e um pós-parto seguros, saudáveis e prazerosos, os cuidados com o bem-estar emocional da mulher são tão importantes quanto os cuidados clínicos, garantindo não só que as mulheres sobrevivam às complicações do parto, se surgirem, mas também que elas prosperem e alcancem todo o seu potencial para a saúde e a vida. A OMS reuniu recomendações para um parto e pós-parto seguros do ponto de vista clínico, e que também atendam às necessidades psicológicas e emocionais das mulheres. O guia

da OMS para um parto seguro traz 56 recomendações, agrupadas de acordo com o momento da assistência ao parto e nascimento, sendo seus principais pontos: a) cuidado materno respeitoso; b) comunicação efetiva entre os cuidadores de saúde e as mulheres em trabalho de parto, usando métodos simples e culturalmente aceitáveis; c) presença de acompanhante de escolha da mulher durante todo o processo de parto e nascimento; d) definição e duração das fases latente e ativa do trabalho de parto; e) progresso do primeiro estágio do trabalho de parto; f) avaliação rotineira do bem-estar fetal; g) alívio da dor durante o trabalho de parto; h) posições no parto; i) política de episiotomia (corte na vagina para facilitar o parto) j) pressão no fundo do útero (ou manobra de Kristeller); l) recomendações para o terceiro estágio do parto (saída da placenta); m) cuidados com o recém-nascido - RN; n) cuidado com a mulher após o parto. Os serviços de saúde devem estabelecer protocolo de parto seguro para o atendimento às gestantes, conforme as recomendações da OMS.

Meios de Verificação: Protocolo de parto seguro. *Checklist* de parto seguro. Partograma. Protocolo de prevenção, diagnóstico e atendimento da hemorragia pós parto (histerectomia, sutura hemostática, ligaduras vasculares compressivas, kit de hemorragia pós-parto). *Checklist* de parto seguro anexado ao prontuário.

Referências:

CAMPOS, Andrea Silveira de Queiroz. **Guia da OMS para um parto seguro.** Blog Planetree Brasil. São Paulo, 19 de abr. 2022. Disponível em: <<https://www.planetreebrasil.com.br/blog/guia-da-oms-para-um-parto-seguro/#:~:text=manuten%C3%A7%C3%A3o%20de%20sua%20dignidade%2C%20privacidade,durante%20o%20trabalho%20de%20parto>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra: OMS, 2017. 62 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>.

2.3.20 Estabelece protocolo de medidas de precaução e isolamento para garantir o controle da ocorrência de infecções

Descrição: As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde -IRAS são infecções causadas por uma variedade de agentes etiológicos que acometem pacientes durante a internação ou em decorrência de procedimentos terapêuticos e/ou assistenciais dentro ou fora do ambiente hospitalar. Para evitar a disseminação de microrganismos o Centers for Disease Control and Prevention- CDC recomenda a adoção de estratégias que visam quebrar os elos da cadeia de transmissão, essas recomendações são dispostas em duas categorias, sendo uma a utilização de Precaução Padrão- PP e a outra as Precauções Específicas e estas quando corretamente implementadas são as principais estratégias para a prevenção

de transmissão de microrganismos protegendo tanto o trabalhador, quanto o paciente. Precauções são medidas adotadas a fim de evitar a propagação de doenças transmissíveis, evitando assim, a transmissão de micro-organismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou mesmo para os profissionais de saúde, existem dois tipos de Precauções: Padrão - este tipo de precaução deve ser aplicado no atendimento de todos os pacientes, independente do seu estado de saúde, o profissional de saúde deve adotar o uso de alguns equipamentos de proteção, como luvas descartáveis, avental, máscara e óculos de segurança ao realizar qualquer procedimento nos quais exista o risco potencial de contaminação com fluidos corporais (sangue, secreção, excreção) e as Específicas - quando a doença possui algum modo de transmissão específico através do contato e por via respiratória por meio de gotículas e por aerossóis. Os serviços de saúde devem estabelecer protocolos de medidas de precaução e isolamento para garantir o controle de infecções.

Meios de Verificação: Protocolo de medidas de precaução e isolamento. Lista de frequência dos treinamentos sobre medidas de precaução e isolamento. Evidências do cumprimento do protocolo de medidas de precaução e isolamento.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

SILVA, P. F; PADOVEZE, M. C. **Infecções relacionadas a serviços de saúde:** orientações para o público em geral - conhecendo um pouco mais sobre a infecção. Ribeirão Preto - SP: Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssauda/pdf/icip-inf-relacionadas-serv-saude-precaucoes.pdf>>.

SOUZA, M. F *et al.* Vivência de um discente de enfermagem no serviço de controle de infecção hospitalar: um relato de experiência. **Teoria e Prática de Enfermagem:** da atenção básica à alta complexidade. v.2, pp.166-178, DOI 10.37885/210303940, 30 abr. 2021. Disponível em: <<https://downloads.editoracientifica.org/articles/210303940.pdf>>.

2.3.21 Possui Procedimento Operacional Padrão - POPs escritos, validados e atualizados

Descrição: O Procedimento Operacional Padrão- POP é uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma tarefa, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma atividade. O POP tem como objetivo manter o processo de trabalho em funcionamento por meio da padronização e minimização de desvios na execução da atividade, ou seja, ele busca assegurar que as ações tomadas para a garantia da qualidade sejam padronizadas e executadas conforme o planejado. Devem ser construídos com base em conhecimentos técnico-científicos atuais e conceitos já estabelecidos em normas nacionais e internacionais. Devem estar de acordo com as diretrizes e normas da instituição e

serem atualizados sempre que necessário. Os serviços de saúde devem possuir documentos escritos, validados e atualizados referentes aos processos assistenciais e de apoio para a organização.

Meios de Verificação: Procedimento Operacional Padrão-POPs dos serviços assistenciais e de apoio validados e atualizados.

Referências:

GEREMIAS, Juliana. **Procedimento Operacional Padrão - POP.** 2013. Paraná, 17 jan. 2013. Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/procedimento-operacional-padroao-pop/>>.

GUERRERO, G. P.; BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A. Standard operating procedure: use in nursing care in hospital services. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.6, pp.966-972, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600005>>.

2.3.22 Executa procedimentos e protocolos em conformidade com documento descrito aprovado e vigente

Descrição: Protocolos são conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema, sendo considerados um instrumento que define o processo de trabalho de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções, e tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano em saúde, de acordo com cada realidade local. Os profissionais devem executar os procedimentos e protocolos em conformidade com documento descrito aprovado e vigente pelo serviço.

Meios de Verificação: Lista de frequência dos treinamentos realizados sobre os documentos aprovados e vigente pelo serviço. Comprovação de execução dos Procedimentos Operacionais Padrões-POPs existentes na instituição. Registros em prontuários da assistência realizada conforme protocolos aprovados e vigentes.

Referências:

BAHIA. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia - CORENBA. **Documentos gerenciais do serviço de enfermagem:** guia de recomendação. Salvador, COREN, 2022. Disponível em: <<http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/DOCUMENTOS-GERENCIAIS-DO-SERVI%C3%87O-DE-ENFERMAGEM.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.3.23 Estabelece Protocolo para Transfusão de Sangue e Hemocomponentes

Descrição: A terapia transfusional é um processo que mesmo em contextos de indicação precisa e administração correta, respeitando todas as normas técnicas preconizadas, envolve risco sanitário com a ocorrência potencial de incidentes transfusionais, sejam eles imediatos ou tardios. Em algumas situações clínicas, a transfusão pode representar a única maneira de salvar uma vida, ou melhorar rapidamente uma grave condição. Contudo, antes de se prescrever o sangue ou hemocomponentes a um paciente é essencial sempre medir os riscos transfusionais potenciais e compará-los com os riscos que se tem ao não se realizar a transfusão. De acordo com a Portaria Nº 158 de 04/02/2016, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, a transfusão de sangue e seus componentes deve ser utilizada criteriosamente na medicina, uma vez que toda transfusão traz em si um risco ao receptor, seja imediato ou tardio, devendo ser indicada de forma criteriosa. Em seu Art.6º a Portaria estabelece que as instituições de assistência à saúde que realizam intervenções cirúrgicas de grande porte, realizam atendimentos de urgência e emergência ou que efetuam mais de 60 (sessenta) transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional- AT, e esta deverá compor ou fazer parte de um Comitê de Transfusão Sanguínea. É de competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a realização da atividade educacional continuada em hemoterapia, a realização da hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica.

Meios de verificação: Protocolo para transfusão de sangue e hemocomponentes. Documento sobre a nomeação dos membros do Comitê Transfusional. Atas de reuniões do Comitê Transfusional. Lista de frequência para a disseminação do protocolo para Transfusão de Sangue e Hemocomponentes..

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: Anvisa, 2007. 125p. Disponível em:

<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **RDC nº 34, de 11 de junho de 2014.** Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014. Disponível em:

<<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170553/04145350- rdc-anvisa-34-2014.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016.** Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2016. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0158_04_02_2016.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Departamento de Atenção

Especializada e Temática. **Guia para uso de hemocomponentes.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015. 136p. ISBN 978-85-334-2161-5. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf>.

2.3.24 Acompanha e avalia os protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria

Descrição: O protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do paciente e este deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas éticas, legais e científicas baseados em evidências científicas. Os protocolos assistenciais devem ser acompanhados e avaliados com vistas à promoção de melhorias.

Meios de verificação: Registro do acompanhamento e avaliação dos protocolos assistenciais. Relatório de análise dos protocolos a partir dos indicadores do serviço. Ações de melhoria promovidas a partir do acompanhamento e avaliação dos protocolos assistenciais.

Referências:

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE - CORENSE. **Rotinas para unidades de saúde.** Sergipe: CORENSE, 2017. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/MODELO-PROTOCOLOS-ASSISTENCIAIS.pdf>>.

2.3.25 Possui plano de continuidade assistencial do usuário pós-alta com modelo de relatório de alta que recolha toda a informação relevante da condição de saúde do paciente

Descrição: A continuidade do cuidado envolve ações de saúde planejadas, coordenadas e integradas, ao longo do tempo, em diferentes cenários de atenção à saúde. O planejamento da alta consiste na elaboração de um plano personalizado para cada paciente que está deixando o hospital e garantir o momento apropriado do seu tratamento para que a prestação dos cuidados pós alta seja organizada. O planejamento da alta deve considerar os aspectos físicos e psicológicos do paciente; a rede de apoio; a doença de base; as limitações físicas e motoras; a terapia medicamentosa e a autonomia individual. O plano de alta hospitalar é um importante instrumento de comunicação entre os profissionais da rede de atenção, uma vez que fornece informações necessárias para a continuidade dos cuidados prestados no hospital e concede segurança terapêutica aos pacientes. Nos serviços públicos, a Portaria Nº 3.390 de 30/12/2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, expressa, em seu Art. 16, que a alta hospitalar responsável, é entendida como a

transferência do cuidado, que será realizada por meio de orientações dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito e proporcionando o autocuidado, manter a articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS e em particular a Atenção Básica e a implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

Meios de Verificação: Relatório de alta. Cópia do Relatório de alta, anexado ao prontuário, com descrição dos cuidados que repassados para o paciente e/ou familiar e com a assinatura da equipe multidisciplinar.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

GALVIN, E. C.; WILLS, T.; COFFEY, A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v.73, n.11, pp.2547-2557, 25 abr. 2017. DOI: 10.1111/jan.13324. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13324>>.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C. *et al.* Discharge planning from hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews 2022**, Issue 2. Art. No.: CD000313, 116p., 2022. Disponível em:<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000313.pub6/epdf/abstract>>.

UTZUMI, F. C. *et al.* Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto: Enfermagem**, v.27, n.2 , e4250016, 03 mai. 2018. ISSN 1980-265X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>>.

VALENTE, Silvia Helena *et al.* Problemas Relacionados a Medicamentos no Cuidado de Transição de Idosos do Hospital para o Domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.72, supl.2, pp. 345-353, 05. dez. 2019. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0848>>.

2.3.26 Estabelece protocolos para utilização de medidas de contenção

Descrição: Para o manejo do paciente que se apresenta agitado ou agressivo tem-se as seguintes modalidades de contenção: contenção física ou mecânica, contenção pessoa a pessoa (verbal, uso da força física, psicológica), contenção química e contenção ambiental (restrição de acesso a locais específicos). A contenção física é entendida como a imobilização do paciente por vários profissionais da equipe de saúde, utilizando-se, para isso, de força física. Na abordagem verbal há restrição da movimentação por uso da fala ou argumentos psicológicos. Na contenção química há o uso de

medicamentos para sedação de pacientes com risco grave e imediato de lesões a si mesmo ou a outras pessoas, quando incapaz de se conter argumentos psicológicos. Já a contenção mecânica é entendida como o uso de dispositivos para conter o paciente no leito. Na contenção ambiental há restrição de ambientes onde o paciente possa circular. É esperado que o serviço estabeleça protocolos para utilização de medidas de contenção.

Meios de Verificação: Protocolos de medidas de contenção elaborados, implantados e gerenciados. Lista de frequência dos treinamentos realizados para a disseminação dos protocolos. Registros em prontuários sobre o uso de medidas de contenção conforme protocolos instituídos e o seu controle.

Referências:

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. **Resolução COFEN N° 427/2012.** Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofен-n-4272012_9146.html>.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG. **Manejo do paciente adulto com agitação e agressividade:** protocolos clínicos. 3^a Edição. Minas Gerais: FHEMIG, 2022. Disponível em: <<https://www.fhemig.mg.gov.br/1342-documentos/1586-protocolos-clinicos?highlight=WyJzZXBzZSJd>>.

SILVA K. C; PAES. M. R; BRUSAMARELLO, T. Caracterização da restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos do hospital geral. **Enfermagem em Foco**, v.11, n.4, pp.167-173, 15 mai. 2020. Disponível em:

<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3239/967>>.

SOUZA, Lívia Maria da Silva *et al.* Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.53, e-03473, 2019. E-pub 13 Jun 2019. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007303473>>.

2.4 Gestão e Comunicação do Risco

2.4.1 Possui comissão de gestão e comunicação de risco - setor/serviço de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar - GRSH implantado e em funcionamento

Descrição: O risco sanitário é a propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana e agrega o elemento de “potencial dano à saúde” e, consequentemente, a possibilidade de que um perigo venha causar um evento adverso. Nos serviços, a vigilância de eventos adversos e queixas técnicas relativas aos produtos sujeitos à vigilância sanitária utilizados na atenção à saúde é uma atividade fundamental a ser desenvolvida com vistas a eliminar ou reduzir os riscos e minimizar danos relacionados à utilização desses produtos. É

esperado que o serviço de saúde garanta as condições organizacionais necessárias para desempenho das ações relacionadas à gestão e comunicação do risco que deve ter sua atuação focada na vigilância de eventos adversos e queixas técnicas envolvendo produtos de saúde sob vigilância sanitária utilizados na atenção à saúde. No Brasil , um conjunto de instituições de saúde que atuam de forma articulada com os entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, na vigilância de eventos adversos e queixas técnicas relativas aos produtos sujeitos à vigilância sanitária, constitui a Rede Sentinel, criada pela ANVISA. Uma das ações da Rede é contribuir para a melhoria contínua do gerenciamento de risco sanitário, fortalecendo as políticas de gestão de risco nos serviços de saúde. A Gerência de Risco faz parte da Rede Sentinel devido a necessidade de obter informação qualificada de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde. Essas informações integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Pós-Comercialização, com a finalidade de subsidiar a ANVISA nas ações de regulação desses produtos no mercado e possuem as seguintes áreas de atuação: farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância.

Meios de Verificação: Comissão de Gestão e Comunicação de Risco/ Gerência de Risco Sanitário Hospitalar implantado e em funcionamento. Portaria de nomeação dos integrantes da Comissão de Gestão e Comunicação de Risco/ Gerência de Risco Sanitário Hospitalar. Sistemas de Notificação. Fichas técnicas de investigação da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância. Relatório de análise dos riscos. Planos de ação da Comissão de Gestão e Comunicação de Risco/ Gerência de Risco Sanitário Hospitalar.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Instrução Normativa nº 8, de 29 de setembro de 2014.** Dispõe sobre os critérios para adesão, participação e permanência dos serviços de saúde na Rede Sentinel. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/in008_29_09_2014.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 51, de 29 de setembro de 2014.** Dispõe sobre a Rede Sentinel para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Curso Básico em Vigilância Sanitária:** Unidade 3 - Risco Sanitário: Percepção, Avaliação, Gerenciamento e Comunicação. Fortaleza: UFC; ANVISA, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/publicacoes-sobre-educacao-e-pesquisa/unidade_03-risco-sanitario.pdf>.

2.4.2 Possui Política de Gestão de Risco e de Comunicação Estabelecida e Disseminada

Descrição: Risco é qualquer evento que possa causar perdas reais e mensuráveis, sendo inerente a todas as ações realizadas, sejam elas simples ou complexas, é a relação que existe entre a vulnerabilidade do sistema e a probabilidade de se concretizar uma ameaça de evento adverso ou acidente. Desse modo, a gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Portanto, a política de gestão é um documento escrito que deve conter a declaração de intenções e diretrizes gerais de uma instituição relacionadas à gestão de riscos, bem como definir a descrição da estrutura, dos processos e atribuição de responsabilidades para o gerenciamento de riscos, conforme recomenda a RDC 51/2014 que dispõe sobre a Rede Sentinel para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPÓS. Para a comunicação dos riscos são utilizadas as notificações de incidentes que permitem a identificação dos erros e dos potenciais riscos da assistência prestada, é um aspecto positivo e relevante para a gestão de riscos que os hospitais tenham implantado um sistema de notificação, uma vez que isso facilita identificar suas fragilidades e priorizarem as áreas de riscos que necessitem de uma avaliação mais rigorosa.

Meios de Verificação: Política de Gestão de Risco e de Comunicação. Relatório de análise de riscos. Relatório de análise de incidentes. Fluxo de Notificação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Instituição Normativa nº 8, de 29 de setembro de 2014.** Dispõe sobre os critérios para adesão, participação e permanência dos serviços de saúde na Rede Sentinel. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/in008_29_09_2014.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 51, de 29 de setembro de 2014.** Dispõe sobre a Rede Sentinel para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília - DF, 2014b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0051_29_09_2014.html>.

CARDOSO, Maria Lúcia Alves Pereira. Gerenciamento de risco no Hospital e Maternidade de São Luiz – HML. In: FELDMAN, Liliane Bauer (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar.** São Paulo: 2^a ed. Martinari, 2009. p.27.

MIRA, José Joaquín *et al.* Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos

adversos hospitalarios en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, [s.l], v. 1, n. 33, pp.1-7, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a01v33n1.pdf>>.

2.4.3 Possui plano de ação para a execução do estabelecido na Política de Gestão de Risco e de Comunicação

Descrição: O plano de ação estabelecido na política de gestão de risco deverá ter o objetivo de cada ação a ser desenvolvida, com o prazo para execução, local onde a ação será implantada, cronograma de atividades, meta a ser atingida e a descrição do indicador capaz de quantificar o resultado de cada ação. A estruturação de um plano de ação frente aos riscos é uma estratégia para a gestão proativa de riscos, ao planejar ações torna-se a subjetividade do risco em algo concreto, mais importante do que estabelecer planos de ações, no entanto, é colocá-los em prática, uma vez que, com o passar do tempo, muitas ações podem deixar de ser realizadas.

Meios de Verificação: Política de gestão de risco. Plano de ação em execução com os objetivos, metas, prazos e resultados. Relatório sobre a análise dos planos executados. Relatório sobre as ações de melhorias implantadas após a execução do plano de ação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Instrução Normativa nº 8, de 29 de setembro de 2014**. Dispõe sobre os critérios para adesão, participação e permanência dos serviços de saúde na Rede Sentinel. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/in008_29_09_2014.pdf>.

2.4.4 Realiza a identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos

Descrição: No gerenciamento de riscos a identificação dos riscos é a etapa inicial desse processo, para este levantamento, devem-se considerar riscos com maior probabilidade de ocorrência e que impactam significativamente no paciente, para uma gestão eficaz de riscos, deve-se estar atento à identificação de novas situações de risco ou alteração nos riscos já mapeados. Para a análise dos riscos, esta deve ser feita a partir da classificação de acordo com o nível do risco por meio da avaliação da probabilidade de ocorrência e do possível impacto que pode ser causado, compondo assim o grau de criticidade para o risco identificado. As estimativas para a probabilidade e o impacto podem ser realizadas a partir de análises qualitativas ou quantitativas. Os riscos são avaliados com base no nível de criticidade obtido determinando-se uma “resposta” a esses riscos, essa resposta pode incluir a necessidade de tratamento, isto é, se os riscos identificados devem ser “minimizados”, “eliminados” ou “aceitos” ou se os riscos devem ser transformados em oportunidades ao invés de ameaças. Em suma, o tratamento dos riscos envolve a definição de ações para modificar os riscos, geralmente os

riscos com nível de criticidade mais alto são tratados prioritariamente. O monitoramento dos riscos é para verificar se as ações implementadas foram eficazes, levando a uma diminuição dos efeitos ou diminuição de sua ocorrência. A gestão de riscos é um processo contínuo de melhoria.

Meios de Verificação: Planilha de monitoramento dos riscos. Fluxogramas de notificação de riscos. Notificações dos riscos. Relatórios periódicos relativos à Tecnovigilância, Hemovigilância e Farmacovigilância. Formulário de identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **ISO 31000 2018:** gestão de riscos - diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde.** 1. ed. Brasília: ANVISA, 2017. 92p. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=ODk0OQ%2C%2C>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

KIRA, C. S; FONSECA, G. F. Processo de implantação da gestão de riscos em um laboratório de saúde pública. **Vigil. sanit. em debate:** v.8, n.1, pp.31-39, 2020. Disponível em: <<http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/>>.

2.4.5 Dispõe de uma metodologia estruturada de gestão de riscos que lhe permite conhecê-los, priorizá-los e estabelecer medidas preventivas

Descrição: A gestão de riscos é um processo que auxilia a organização a reduzir ao máximo as falhas que podem afetar os processos, pois com os riscos identificados antecipadamente, ações podem ser tomadas para reduzir a probabilidade de ocorrência desses eventos ou minimizar o efeito negativo, caso venham a ocorrer. Com a gestão de riscos, pode-se também maximizar as oportunidades identificando pontos positivos ou pontos de melhoria. De acordo com a ABNT NBR ISO 31000(2018) são definidas as seguintes etapas para o processo de gerenciamento de riscos: a) identificação dos riscos: é a etapa inicial devem ser considerados os riscos com maior probabilidade de ocorrência e que impactam significativamente no negócio da organização; b) análise de riscos: é feita classificando o nível do risco por meio da avaliação da probabilidade de ocorrência e do possível impacto que pode ser causado, compondo assim o grau de criticidade para o risco identificado; c) avaliação dos riscos: os riscos são avaliados com base no nível de criticidade, determinando uma resposta a esses riscos que pode incluir a necessidade de tratamento, isto é, se os riscos identificados devem ser minimizados,

eliminados ou aceitos ou se os riscos devem ser transformados em oportunidades ao invés de ameaças; d) tratamento dos riscos: envolve a definição de ações para modificar os riscos, é nesta etapa que também deve ser definido quais riscos devem ter tratamento prioritário, geralmente os riscos com nível de criticidade mais alto são tratados prioritariamente e) monitoramento dos riscos: verificar se as ações implementadas foram eficazes, levando a uma diminuição dos efeitos ou diminuição de sua ocorrência.

Meios de Verificação: Mapeamento do processo de gerenciamento de risco. Instrumento de identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos. Planilha de monitoramento dos riscos. Documento com a descrição da metodologia de identificação dos riscos assistenciais do paciente/cliente.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **ISO 31000 2018:** gestão de riscos - diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.4.6 Identifica, atualiza, reavalia e reclassifica os riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde e ao tipo de pacientes que atendem

Descrição: A gestão de riscos é um processo que auxilia a organização a reduzir ao máximo as falhas que podem afetar os processos, pois com os riscos identificados antecipadamente, ações podem ser tomadas para reduzir a probabilidade de ocorrência desses eventos ou minimizar o efeito negativo, caso venham a ocorrer. Com a gestão de riscos, pode-se também maximizar as oportunidades identificando pontos positivos ou pontos de melhoria. A RDC Nº 36 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, ressalta a necessidade de se estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.

Meios de verificação: Planilha de monitoramento de riscos. Documento com a descrição da metodologia de identificação dos riscos assistenciais do paciente/cliente estabelecendo ações de reavaliação e reclassificação dos riscos. Escala de avaliação de níveis de riscos. Plano de cuidado do paciente com evidências de identificação, atualização, reavaliação e reclassificação dos riscos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.4.7 Possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH implantada e em funcionamento

Descrição: A infecção hospitalar é a infecção adquirida após a admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar CCIH corresponde a um grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da Unidade Hospitalar, constituída de membros consultores e executores. De acordo com a Portaria Nº 2616 de 12/05/98 para a execução do Programa de Controle de Infecções Hospitalares, os hospitais deverão constituir as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

Meios de Verificação: Portaria de nomeação dos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Atas de reuniões. Relatórios que comprovem pleno funcionamento da CCIH. Documentos ou normas/rotinas que orientem os trabalhadores quanto à prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.** Expedir na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 1998. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 48, de 02 de junho de 2000.** Dispõe sobre Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2000. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/REP_RDC_48_2000.pdf/719a3ceb-7b1b-4eef-b3d9-7422b7479f34>.

2.4.8 Gerencia a efetividade das ações de prevenção das IRAS promovendo ações de melhoria com foco na segurança do paciente

Descrição: A Infecção Relacionada à Assistência à Saúde-IRAS é a infecção adquirida após o paciente ser submetido a um procedimento de assistência à saúde ou a uma internação, que pode ser

relacionada a estes eventos. De acordo com as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA as medidas gerais de prevenção das IRAS são: estabelecer política e padronização da implantação e manutenção de dispositivos invasivos; realizar a vigilância epidemiológica das IRAS; realizar a vigilância de Pneumonia Associado a Ventilação Mecânica-PAV com definições padronizadas em UTI; A higiene das mãos -HM deve fazer parte de todas as campanhas educativas. O serviço de saúde deve gerenciar a efetividade das ações de prevenção das IRAS promovendo ações de melhoria com foco na segurança do paciente.

Meios de Verificação: Monitoramento das IRAS. Documento elaborado sobre as medidas de prevenção das IRAS. Cronograma de educação permanente sobre as medidas de prevenção das IRAS. Protocolos de medidas de prevenção das IRAS. *Checklist* de monitoramento das IRAS. Relatório sobre a vigilância epidemiológica - VE de IRAS. Lista de frequência de treinamento sobre as medidas de prevenção das IRAS.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** 2022.

Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010.** Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2010. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_42_2010_.pdf/9080b696-f63e-4d9d-a5ca-7dad05474ca4>.

2.4.9 Gerencia a efetividade das ações de enfrentamento da resistência microbiana, promovendo ações de melhoria com foco na segurança do paciente

Descrição: A Resistência Microbiana - RM é a capacidade de um microrganismo (por exemplo, uma bactéria ou um vírus) resistir à ação de um agente antimicrobiano, é uma adaptação do microrganismo ao seu meio ambiente e resulta em uma redução ou eliminação da eficácia do agente antimicrobiano para curar ou prevenir a infecção causada por este microrganismo, embora a resistência microbiana seja um fenômeno natural, sua propagação está diretamente relacionada a diversos fatores, como uso indevido de antimicrobianos, programas de controle de infecção e de gerenciamento da terapia antimicrobiana inadequados ou inexistentes, medicamentos de má qualidade, vigilância inadequada e regulamentação insuficiente sobre o uso dessas substâncias. De acordo com a Portaria GM/MS nº

2616, de 12/05/1998 é de competência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

Meios de Verificação: Política de Uso Racional de Antimicrobianos. Plano de ação para medidas de prevenção e controle de infecções. Planilha de controle de autorização de antibióticos pela a CCIH. Documento elaborado sobre protocolos terapêuticos orientados pela epidemiologia microbiana e topografias de infecções. Documento que evidencie o monitoramento das prescrições de antibióticos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTEs. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. 96p. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Diretriz+Nacional+para+Elabora%C3%A7%C3%A3o+de+Programa+de+Gerenciamento+do+Uso+de+Antimicrobianos+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/667979c2-7edc-411b-a7e0-49a6448880d4?version=1.0>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/plano-integrado>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.** Expedir na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 1998. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>.

2.4.10 Monitora a adesão às práticas de prevenção e controle de infecção e biossegurança

Descrição: A infecção hospitalar é a infecção adquirida após a admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. Já a biossegurança caracteriza-se por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente. Como uma das práticas prioritárias, cita-se a higienização das mãos que é uma medida simples, de baixo custo, mas com um potencial imensurável no tocante a redução de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde- IRAS tal prática é tida como um importante indicador de qualidade dos serviços de saúde para a segurança do paciente, durante a assistência aos pacientes há propagação de microrganismos pelas mãos dos profissionais e com baixas taxas de adesão à higienização das mãos, surge a premência de monitorar estas práticas executadas

pelos profissionais, portanto é preciso detectar os motivos que levam os profissionais da saúde não efetuarem a prática correta da higienização das mãos, para, assim, elaborar mecanismos que cresçam as taxas de adesão a esse procedimento, principalmente por meio de mudança de modelos comportamentais e culturais.

Meios de Verificação: Documento elaborado com as medidas de prevenção de infecções. Lista de frequência de treinamentos sobre as práticas de prevenção de infecções. *Checklist* para observação da higienização das mãos dos profissionais e das demais práticas adotadas pelo serviço. Planilha com monitoramento a adesão às práticas de prevenção e controle de infecção e biossegurança.

Referências:

OLIVEIRA F. J. et al. Avaliação das práticas de adesão à higienização das mãos relacionadas com linhas vasculares em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Vigilância Sanitária em Debate**, v.3, n.4, pp.55-61, 2016. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/283427323_Avaliacao_das_praticas_de_adesao_a_higienizacao_das_maos_relacionadas_com_linhas_vasculares_em_uma_Unidade_de_Terapia_Intensiva.

2.4.11 Monitora o uso de antimicrobianos e seus resultados, de acordo com o programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos

Descrição: O monitoramento das ações estratégicas e dos resultados relacionados ao Programa de Gerenciamento- PGTA do uso de antimicrobianos tem o objetivo de avaliar o impacto das intervenções, identificar potenciais áreas de melhorias e promover o retorno das informações para todos os profissionais envolvidos. Os principais indicadores utilizados para o monitoramento dos programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos podem ser divididos em duas categorias: Indicadores ou medidas de processo: qualidade na utilização de antimicrobianos e Indicadores ou medidas de desfecho/resultado: resistência microbiana, taxas de infecção por Clostridium difficile, resultados clínicos (extensão da permanência, taxa de readmissão e mortalidade) e redução de custos.

Meios de Verificação: Protocolo de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos. Planilha de controle de autorização de antibióticos pela a CCIH. Documento com perfil microbiológico da instituição. Protocolo clínico e diretrizes quanto à terapia antimicrobiana de acordo com perfil microbiológico e clínico da instituição. Indicadores do PGTA.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES. **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. 96p. Disponível em:

<<http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Diretriz+Nacional+para+Elaborar%20%C3%A7%C3%A3o+de+Programa+de+Gerenciamento+do+Uso+de+Antimicrobianos+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/667979c2-7edc-411b-a7e0-49a6448880d4?version=1.0>>.

2.4.12 Monitora a situação de epidemias e doenças emergentes desenvolvendo planos de contingência para atendimento

Descrição: Epidemia é a elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período de tempo, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada. Para a garantia e controle do atendimento em situações de epidemias e doenças emergentes faz-se necessário a elaboração de um plano de contingência que é um planejamento de caráter preventivo e alternativo que tem a finalidade de atender determinado evento inesperado, como por exemplo o estado de calamidade pública e que identifica as ações necessárias para que o evento impacte o mínimo possível na oferta dos serviços à população e vai direcionar de maneira clara e concisa, as ações e também as responsabilidades para o enfrentamento do evento. Os serviços de saúde devem monitorar os casos de epidemias e de doenças emergentes, desenvolvendo plano de contingência para a garantia do atendimento.

Meios de Verificação: Planilha de monitoramento de situações em epidemias e de doenças emergentes. Planos de contingência do serviço. Mapa de contingências com os principais pontos críticos e condutas corretivas e de recuperação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 740p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf>.

LUCHESI, Marizabel. **Plano de Contingência**: o que é e como fazer? Viçosa - MG: Gesuas, 15 out. 2020. Disponível em: <<https://www.gesuas.com.br/blog/plano-de-contingencia/>>.

MORAIS, Karla Vanessa Rodrigues *et al.* As doenças emergentes e reemergentes e seus determinantes / Emerging and reemerging diseases and their determinants. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 4, pp. 11227-11241, 2020. Brazilian Journal of Health Review. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15843>>.

2.4.13 Dispõe de plano de contingência para atender situações de surtos internos de infecção e/ou infestação

Descrição: O surto infeccioso em serviço de saúde pode ser definido como o aumento da ocorrência de casos de infecção acima do limite endêmico (incidência máxima esperada) ou a confirmação da ocorrência de um caso por microorganismo de relevância epidemiológica que não havia sido

anteriormente identificado no serviço de saúde. O controle de situações de surto em serviços de saúde exige uma intervenção rápida e bem direcionada, para reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas. Para o controle das situações de surto faz-se necessário a disponibilização de um plano de contingência que é um planejamento de caráter preventivo e alternativo que tem a finalidade de atender determinado evento inesperado, e que identifica as ações necessárias para que o evento impacte o mínimo possível na oferta dos serviços à população e vai apontar, de maneira clara e concisa, as ações e também as responsabilidades para o enfrentamento desse evento, assim, o plano deve orientar, organizar e dar as respostas necessárias para intervir, controlar e combater as consequências e impactos de determinado evento. De acordo com a Portaria GM/MS nº 2616, de 12/05/1998 é de competência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle.

Meios de Verificação: Plano de Contingência formalizado e divulgado para o controle de surto internos de infecção e/ou infestação. Notificação de surto ao Sistema Nacional de Vigilância. Monitoramento de Surtos Infecciosos em Saúde.

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde.

Orientações para Notificação de Surtos Infecciosos em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2021.

15 p. Disponível em:

<<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-notificacao-de-surtos-infecciosos-em-servicos-de-saude.pdf>>.

LUCHESI, Marizabel. **Plano de Contingência:** o que é e como fazer? Viçosa, MG: Gesuas, 2020. Disponível em: <<https://www.gesuas.com.br/blog/plano-de-contingencia/>>.

2.4.14 Dispõe de procedimento de controle e seguimento da qualidade do ar nas zonas e dependências críticas

Descrição: A Lei Nº 13.589 de 4/01/2018, que dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes, em seu Art. 10º estabelece que todos os edifícios de uso público e coletivo que possuem ambientes de ar interior climatizado artificialmente devem dispor de um Plano de Manutenção, Operação e Controle - PMOC dos respectivos sistemas de climatização, visando à eliminação ou minimização de riscos potenciais à saúde dos ocupantes. Esta Lei também se aplica aos ambientes climatizados de uso restrito, tais como aqueles dos processos produtivos, labororiais, hospitalares e outros, que deverão obedecer a regulamentos específicos. Os sistemas de climatização e seus Planos de Manutenção, Operação e Controle - PMOC devem obedecer

aos parâmetros de qualidade do ar em ambientes climatizados artificialmente, em especial no que diz respeito aos poluentes de natureza física, química e biológica, suas tolerâncias e métodos de controle, assim como obedecer aos requisitos estabelecidos nos projetos de sua instalação. A Resolução N° 09 de 16 de janeiro de 2003, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, assim como, as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT estabeleceram os padrões, valores, parâmetros, normas e procedimentos necessários à garantia da boa qualidade do ar interior, inclusive de temperatura, umidade, velocidade, taxa de renovação e grau de pureza. Para os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde- EAS, existe uma norma específica, ABNT NBR 7256:2005, que determina, quais as áreas que deverão realizar a análise da qualidade do ar, bem como projeto de instalação de tratamento do ar, proteção contra incêndio, níveis de ruído, tipos de filtros e gradientes de pressão.

Meios de Verificação: Plano de Manutenção, Operação e Controle - PMOC em todos os equipamentos de climatização. Laudos da análise da qualidade do ar. Cronograma de manutenção preventiva dos aparelhos de climatização. Contrato de manutenção preventiva e corretiva do sistema de climatização.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 7256**: Tratamento do Ar em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS - requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:

<<http://licenciadorambiental.com.br/wp-content/uploads/2015/01/NBR-7.256-Tratamento-de-Ar-na-Sa%C3%BAde.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 9, de 16 de janeiro de 2003**. Determina a publicação de Orientação Técnica elaborada por Grupo Técnico Assessor, sobre Padrões Referenciais de Qualidade de Ar Interior, em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo. Brasília - DF, 2003. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2003/rdc0009_16_01_2003.html>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.589, de 4 de janeiro de 2018**. Dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2018. Disponível em:

<<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/533981554/lei-13589-18>>.

2.4.15 Adota medidas de controle para a qualidade da água

Descrição: A RDC N° 63 de 25/11/2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde em seu Art. 23 estabelece que o serviço de saúde deve manter disponível, segundo seu tipo de atividade, documentação e registro referente ao controle de qualidade da água e em seu Art. 39 estabelece que o serviço de saúde deve garantir a qualidade da

água necessária ao funcionamento de suas unidades, garantindo a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses e mantendo o registro da capacidade e da limpeza periódica dos reservatórios de água. As práticas relacionadas ao monitoramento de qualidade de água incluem a coleta de dados e de amostras de água em locais específicos (geo-referenciados), feita em intervalos regulares de tempo, de modo a gerar informações que possam ser utilizadas para a definição das condições presentes de qualidade da água. Os serviços de saúde devem estabelecer medidas de controle para a qualidade da água, tendo em vista as medidas de segurança durante a realização da assistência aos pacientes.

Meios de Verificação: Documentos referentes ao registro da limpeza dos reservatórios de água. Laudo da análise microbiológica das amostras de água. Documento sobre a política institucional para controle de qualidade da água.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html).

BRASIL. Portal do Governo Brasileiro. Agência Nacional de Águas - ANA. **Portal da Qualidade das Águas:** rede nacional - redes de monitoramento. Brasília, [s.d.]. Disponível em:
[<http://pnqa.ana.gov.br/rede-nacional-rede-monitoramento.aspx>](http://pnqa.ana.gov.br/rede-nacional-rede-monitoramento.aspx).

2.4.16 Adota medidas de controle em situações de reforma

Descrição: O ambiente hospitalar pode constantemente sofrer reformas provenientes das necessidades de adequação de áreas de serviços, ampliações, manutenção, instalações de novos equipamentos e sistemas. Nessas situações o Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho-SESMT do hospital, independentemente do seu dimensionamento, deve participar ativamente com os organizadores das atividades visando minimizar os efeitos nocivos que as reformas possam vir a causar ao ambiente e a seus ocupantes, funcionários e visitantes.

Meios de Verificação: Protocolo formalizado para situação de construção ou reforma em ambiente hospitalar. Ata de reunião sobre o planejamento das reformas entre SESMT, CCIH, manutenção, diretoria e engenheiro/arquiteto da empresa de construção civil. Equipamentos de segurança para isolamento do local da reforma. Registro de medidas de controle em situações de reforma.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Manual de Segurança no Ambiente Hospitalar.** Brasília: Anvisa, [2003?]. 172p. Disponível em:
[<https://www.anvisa.gov.br/servicosaudre/manuais/seguranca_hosp.pdf>](https://www.anvisa.gov.br/servicosaudre/manuais/seguranca_hosp.pdf).

2.4.17 Avalia sistematicamente o grau que os seus profissionais têm em relação ao cumprimento das normas e protocolos e implementa medidas corretivas em caso de desvios identificados pelo não cumprimento dos mesmos

Descrição: A organização do trabalho depende da definição clara de normas, protocolos, regras e fluxos, os quais devem ser socializados e respeitados por todos os profissionais, de modo que as ações em conjunto atendam aos objetivos a que se propõe um serviço de saúde. Os profissionais precisam ser avaliados em relação ao seu desempenho no trabalho e ao cumprimento das normas e protocolos estabelecidos pelo serviço. Em caso de desvios identificados pelo não cumprimento dos mesmos, o serviço deve adotar medidas para o desenvolvimento das pessoas na perspectiva da aquisição de novos hábitos, atitudes, conhecimentos, competências e destrezas que levem a conformidade institucional.

Meios de Verificação: Relatório sobre a avaliação de desempenho dos colaboradores. Lista de frequência do treinamento sobre normas e protocolos. Monitoramento do cumprimento das normas e protocolos pelos profissionais. Planilha de monitoramento das medidas corretivas.

Referências:

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 588 p.

KRAUZER, I. M. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. REME. Rev Min Enferm., Minas Gerais, v.22, p.e-1087, 2018. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1087.pdf>>.

2.4.18 Articula e integra os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos no serviço de saúde

Descrição: A RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências tem como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Esta resolução define que a gestão de risco consiste na aplicação sistemática e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. É esperado que o serviço articule e integre os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos na unidade.

Meios de Verificação: Planilha de monitoramento dos riscos institucionais que demonstre articulação e integração entre os processos. Relatórios sobre a análise dos riscos institucionais. Atas de reuniões setoriais que demonstrem articulação e integração entre os processos. Ações de melhorias que integrem processos. Fluxograma/ mapeamento da gestão de risco que evidencie a articulação e integração entre os processos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

2.5 Gestão da Segurança do Processamento de Materiais

2.5.1 Dispõe de fluxos de circulação de material limpo e sujo para que seja assegurada as devidas condições de limpeza, desinfecção, esterilização, transporte e guarda do material processado

Descrição: A Central de Material e Esterilização - CME é o local da instituição hospitalar onde é realizado o processamento dos produtos para saúde. O processamento de produtos para a saúde é um processo complexo e de extrema importância, desenvolvido por meio de uma sequência de etapas de atividades (recepção, limpeza, desinfecção, preparo, embalagem, esterilização, armazenamento e distribuição) exigindo uma infraestrutura adequada e equipamentos mais específicos que envolvem vários procedimentos que precisam ser adequados e padronizados, desde a coleta do material na unidade de consumo, recebimento no setor de esterilização, passando pela limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento e por fim, a distribuição desses materiais. O trabalho no CME deve obedecer a um fluxograma unidirecional e contínuo, a fim de evitar o cruzamento de artigos contaminados com limpos e esterilizados, como também o de profissionais, evitando que o funcionário escalado para a área contaminada circule pelas áreas limpas e vice-versa. Para a determinação de um fluxo unidirecional dos produtos é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e restrita. Na ausência de barreiras físicas pode ser adotada a barreira técnica visando à prevenção de contaminação cruzada entre o ambiente sujo e o ambiente limpo. Os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde estão estabelecidos na RDC N° 15 de 15/03/2012.

Meios de Verificação: Fluxograma referente à circulação de material limpo e sujo. Documento sobre o mapeamento dos processos de trabalho na CME. Procedimento Operacional Padrão - POP de entrada do material sujo na CME para o processamento e saída do material limpo processado para as unidades consumidoras.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº. 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>.

CARVALHO, A. A. **Construção e validação de fluxogramas para a prática de reprocessamento de materiais hospitalares em uma central de material e esterilização.** 2020. 188f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis - SC, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220476/PGCF0136-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>.

OURIQUES, Carla de Matos; MACHADO, Maria Élida. Enfermagem no processo de esterilização de materiais. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, pp.695-703, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a16>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - SOBECC. **Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC.** 7^a ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

2.5.2 Realiza procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização dos diferentes materiais processados conforme programação

Descrição: A Central de Material e Esterilização-CME é o local da instituição hospitalar onde é realizado o processamento dos produtos para saúde. Trata-se de um processo complexo e de extrema importância, desenvolvido por meio de uma sequência de etapas de atividades (recepção, limpeza, desinfecção, preparo, embalagem, esterilização, armazenamento e distribuição) que requer tanta capacidade operacional quanto tecnológica para atribuir qualidade aos serviços prestados e garantir a segurança do paciente.

Meios de Verificação: Documento sobre o mapeamento dos processos de trabalho na CME. Procedimento Operacional Padrão - POP de limpeza, desinfecção e esterilização. Lista de frequência de treinamentos. Todas as etapas da programação devem obedecer os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde estabelecidos na RDC N° 15 de 15/03/2012.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº. 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html>.

CARVALHO, A. A. **Construção e validação de fluxogramas para a prática de reprocessamento de materiais hospitalares em uma central de material e esterilização.** 2020. 188f. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220476/PGCF0136-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - SOBECC. **Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC.** 7. ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

2.5.3 Dispõe de um plano de vigilância e controle microbiológico da esterilização do material processado, garantindo sua rastreabilidade a partir dos registros dos controles realizados

Descrição: O plano de vigilância consiste na forma de monitorar o processo de esterilização dos produtos para a saúde e o controle biológico consiste no uso de indicadores biológicos na etapa de esterilização dos produtos para proporcionar segurança no processo de esterilização. A esterilização consiste no processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Após escolher o melhor método de esterilização, o tipo de produto (sempre segundo as recomendações do fabricante), é imperativo que seja realizada a qualificação da esterilização, segundo os seus métodos de monitoramento que é realizada por meio da verificação dos indicadores do processo de esterilização, sendo eles os físicos, químicos e biológicos. No que se refere ao monitoramento biológico, esse é realizado utilizando um indicador biológico- BI que controla o ciclo de esterilização por meio de preparações padronizadas de esporos bacterianos. Os esporos bacterianos são utilizados como indicador biológico para avaliar a taxa de sucesso da esterilização por apresentarem alto grau de resistência, muito superior à forma nutricional da bactéria. O monitoramento biológico é fator preponderante para liberação das cargas esterilizadas e nos processos de validação do equipamento. O uso de indicadores biológicos para validação microbiológica e monitoração da rotina dos processos de esterilização são os indicados conforme NORMA ISO 11138-5 e ABNT NBR ISO 25424. A RDC N° 15 de 15/03/2012 que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências, estabelece que o monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora. A rastreabilidade é a capacidade de traçar o histórico do processamento do produto para saúde e da sua utilização por meio de informações previamente registradas, por intermédio de um sistema de informação, manual ou automatizado, com registro do monitoramento e controladas etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização.

Meios de Verificação: Procedimento Operacional Padrão - POP de esterilização dos diferentes materiais processados. Relatório sobre a rastreabilidade dos materiais processados. Relatório sobre o controle microbiológico da esterilização. Relatório sobre o monitoramento do processo de esterilização. Plano de vigilância e acompanhamento do material processado.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR ISO 11138-5:2021:**

Indicadores biológicos e procedimentos de ensaio para utilização destinada à avaliação de desempenho de processos de esterilização que empregam vapor de baixa temperatura e formaldeído como agente esterilizante. Rio de Janeiro: ABNT, 2021a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR ISO 25424:2021:**

Esterilização de produtos para a saúde - Vapor de baixa temperatura e formaldeído - Requisitos para desenvolvimento, validação e rotina de controle de um processo de esterilização de dispositivos médicos. Rio de Janeiro: ABNT, 2021b.

ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF MEDICAL INSTRUMENTATION (AAMI).

American National Standard Institute Inc (ANSI). International Organization for Standardization (ISO). **ANSI/AAMI/ISO 11140-1:2005:** Esterilização De Produtos De Saúde - Indicadores Químicos - Parte 1: Requisitos Gerais. AAMI/ISO 11140-1 especifica requisitos de desempenho para indicadores que mostram exposição a processos de esterilização por meio de alteração física e/ou química de substâncias. Washington - DC, 2005. Disponível em: <https://webstoreansi.org.translate.goog/Standards/AAMI/ansiaamiiso111402005?_x_tr_sl=en&_x_tr_t=pt&_x_tr_h=pt-BR&_x_tr_pto=sc#PDF>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº. 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>.

CARVALHO, A. A. **Construção e validação de fluxogramas para a prática de reprocessamento de materiais hospitalares em uma central de material e esterilização.** 2020. 188f. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/220476/PGCF0136-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

GRAZIANO, K. U. Processos de limpeza, desinfecção e esterilização de artigos odonto-médico-hospitalares e cuidados com o ambiente de centro cirúrgico. In: LACERDA, R. A. (coord.). **Controle de infecção em centro cirúrgico:** fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu, 2003.

2.5.4 Mantém todo o equipamento que é utilizado para a limpeza, desinfecção e esterilização dos diferentes materiais processados, inventariado, localizado e atualizado (Central de Material e Esterilização)

Descrição: Em relação ao controle de manutenção dos equipamentos, de acordo com a RDC N° 15 de 15/03/2012, às intervenções técnicas realizadas devem ser arquivadas para cada equipamento, contendo, no mínimo:I- data da intervenção; II- identificação do equipamento; III-local de instalação;IV- descrição do problema detectado e nome do responsável pela identificação do problema; V- descrição do serviço realizado, incluindo informações sobre as peças trocadas; VI - resultados da avaliação dos parâmetros físicos realizados após a intervenção e complementados com indicadores químicos e biológicos, quando indicado; VII - nome do profissional que acompanhou a intervenção e do técnico que executou o procedimento o prazo de arquivamento para o registro histórico dos equipamentos de saúde deve ser contado a partir da desativação ou transferência

definitiva do equipamento de saúde do serviço. A Central de Material e Esterilização-CME deve possuir todos os equipamentos para limpeza, desinfecção e esterilização dos diferentes materiais processados e estes devem estar localizados e atualizados, conforme o inventário dos serviços de saúde.

Meios de Verificação: Documento/Planilha do inventário do parque tecnológico do CME. Checagem da identificação dos equipamentos *in loco*. Cronograma de manutenção preventiva e corretiva. Ordens de Serviços. Planilha de acompanhamento dos equipamentos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº. 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC.** 7^a ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

2.5.5 Os profissionais da central de materiais e esterilização possuem formação sobre o uso e risco decorrentes da utilização do equipamento e das instalações usadas na sua atividade

Descrição: Os profissionais que trabalham na Central de Material e Esterilização - CME não desempenham apenas atividades rotineiras e repetitivas, mas fornecem apoio técnico indispensável ao garantir materiais livres de contaminação e seguros para assistência de pacientes. Nesse sentido, os profissionais devem compreender a relevância da condução dos processos envolvidos e a importância da sua atuação, sendo imprescindível que acompanhem o avanço tecnológico e as transformações ocorridas nos outros setores da saúde, como o desenvolvimento de novos instrumentais e técnicas cirúrgicas. A partir da compreensão dos processos de trabalho e do reconhecimento das atividades, cada vez mais complexas e sofisticadas, exercidas no CME, eleva-se a importância de recursos humanos qualificados e motivados, por isso, estratégias de educação que reforcem o aprimoramento dos profissionais inseridos nesse contexto são importantes para garantir a qualidade e a segurança do serviço prestado nesse setor. A RDC Nº 15 de 15/03/2012, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências, estabelece em seu Art. 29 que os profissionais da CME e da empresa processadora devem receber capacitação específica e periódica em relação ao processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização e funcionamento dos equipamentos existentes.

Meios de Verificação: Registro de treinamento em serviço com abordagem em relação ao uso, manuseio e medidas de segurança. Lista de frequência de treinamentos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº. 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria SEPRT Nº 6735 de 10 de março de 2020.** Aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 09 - Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2020. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181316#:~:text=9.1.1%20%2D%20Esta%20Norma%20Regulamentadora,e%20da%20integridade%20dos%20trabalhadores%2C>>.

PRIMAZ, C. G. Educação no centro de materiais e esterilização: revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.26, n.3, pp.172-180, jul./set. 2021.

2.5.6 Possui manual de normas e rotinas atualizados para utilização dos equipamentos, materiais e processos de limpeza, desinfecção e esterilização bem como de descarte de materiais contaminados

Descrição: A Central de Material e Esterilização-CME possui normas e rotinas atualizadas para o processamento de produtos para saúde. A descrição de diretrizes que sinalizam as atividades desenvolvidas no CME proporciona aos trabalhadores, o aprimoramento técnico e científico acerca das áreas que compõem o controle de infecção e processo de esterilização. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA recomenda que cada etapa do processamento de materiais siga os Procedimentos Operacionais Padrão POP, elaborados a partir de um referencial teórico atualizado e normatização pertinente. Umas das formas de sistematizar processos de maneira científica, é através da construção de normativas, protocolos, manuais, fluxogramas, pois evitam equívocos, erros e os eventos adversos. A utilização desses procedimentos padroniza a prática através da sistematização da mesma. A RDC N° 15 de 15/03/2012 que dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências, estabelece que compete ao Responsável Técnico do serviço de saúde e ao Responsável Legal da empresa processadora garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde.

Meios de Verificação: Documentos com normas e rotinas das fases de processamento de produtos para a saúde. Documento com normas e rotinas para utilização dos equipamentos. POPs para utilização dos equipamentos, materiais e processos de limpeza, desinfecção e esterilização.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº. 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>.

2.5.7 Dispõe de mecanismos de controle e distribuição de materiais processados conforme necessidades da instituição

Descrição: De acordo com o protocolo de segurança do paciente estabelecido pela ANVISA, os produtos para a saúde devem ser processados de forma segura, missão atribuída a Central de Material e Esterilização- CME, a qual transforma produtos sujos e contaminados em produtos limpos, desinfetados e estéreis prontos para o uso do paciente, podendo o mesmo ser rastreado proporcionando integralidade do processamento. A CME tem dentre seus objetivos garantir a previsão e provisão de produtos e insumos, a fim de atender prontamente às necessidades de quaisquer serviços de saúde, especialmente as unidades de atividades cirúrgicas. A Central de Material e Esterilização-CME deve possuir mecanismos de controle e distribuição dos materiais processados conforme as necessidades da instituição.

Meios de Verificação: POPs sobre o processo de controle e distribuição do material processado. *Checklist* de controle diário do material processado. *Checklist* do material recebido no expurgo. Planilha de controle da necessidade dos produtos processados pelos setores da instituição.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>.

NUNES, Rafaela Leonardo. **Centro de material e esterilização e controle de qualidade:** evidências para a segurança do paciente. 2021. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso III (Graduação) - Curso em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Pró-Reitoria de Graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2527/1/TCC%20III%20Rafaela%20Leonardo%20Nunes_%20final.pdf>.

Eixo 3 - Boas Práticas Para o Acesso Ao Cuidado

3.1 Gestão para Acesso ao Cuidado

3.1.1 Define, monitora e analisa periodicamente indicadores de segurança e qualidade da assistência, definidos a partir do perfil da organização, implementando melhorias

Descrição: Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. O monitoramento de indicadores é uma atividade planificada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda e ser objeto de intervenção para melhorar. O Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP orienta a adoção de indicadores de segurança incluídos nos seguintes protocolos: Cirurgia segura; Prática de higiene das mãos em serviços de saúde; Prevenção de úlcera por pressão; Identificação do paciente; Prevenção de quedas; e Prescrição, uso e administração de medicamentos. Na área da saúde, usualmente, os indicadores de qualidade têm sido estabelecidos a partir da tríade proposta por Donabedian: 1) Estrutura: atributos dos setores onde os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; 2) Processo: conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados; e 3) Resultado: às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações.

Meios de Verificação: Indicadores de segurança do paciente elaborados e disseminados. Registros de monitoramento de indicadores. Ficha técnica do indicador. Relatório de análise de indicadores de segurança e qualidade. Planilha de comparabilidade de indicadores de segurança e qualidade. Plano de Ação. Monitoramento das ações de melhoria.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

ESCRIVÃO JUNIOR, Álvaro. A Epidemiologia e o Processo de Assistência à Saúde. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria (org.). **Gestão em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp.15-31.

GOUVÉA, Carla. **Indicadores para Monitoramento da Qualidade em Saúde**: foco na segurança do paciente. Rio de Janeiro: Proqualis, 2016. 47 slides, color, 254 × 190 mm. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Aula%20Indicadores_Proqualis_Carla%20Gouvea

%202015.pdf>.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA. **Indicadores básicos**

para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 350p. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>.

3.1.2 Gerencia filas de espera através de protocolos de acesso

Descrição: A fila de espera ocorre sempre que a procura por determinado serviço é maior que a capacidade do sistema de prover os serviços, portanto é composta por usuários que aguardam o mesmo procedimento ou serviço de saúde cuja demanda é maior que a oferta. A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelece que a regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Meios de Verificação: Definição formal de setor, núcleo, ou pessoas, que realizem a regulação do acesso. Núcleo Interno de Regulação - NIR. Protocolo estabelecido de Regulação do Acesso com Classificação de Risco descrito. Registros de gerenciamento da fila de espera. Relatório de pontuação com pontos de atenção (quando aplicável). Plano de Ação. Registros de realização das ações do plano de ação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008.**

Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2008. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.**

Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação:** núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57p. Disponível em:

<<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-juiz-de-fora/sinais-e-sistemas/manual-nir-versao-digital-rgb/5763766>>.

3.1.3 Efetua medição, cálculo e faz a gestão dos tempos de espera aos serviços diversos

Descrição: O tempo de espera pelo atendimento pode ter impacto na evolução dos casos, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, sintomáticas ou estigmatizantes. É um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população. Um tempo de espera longo diminui a produtividade e a eficiência, aumenta os custos com saúde e limita a capacidade efetiva da clínica de saúde.

Meios de verificação: Protocolo relacionado à gestão do acesso descrito. Registros de monitoramento do tempo de espera dos serviços. Registros do monitoramento de pacientes internados. Registros do monitoramento de pacientes internados que necessitam de procedimentos. Sistema oficial de regulação para cadastro de pacientes.

Referências:

FARIAS, Cynthia Moura Louzada *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, v.43, n.5, pp.190-204, 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/190-204/pt>.

3.1.4 Implementa medidas de melhoria para manter os tempos de resposta em níveis aceitáveis

Descrição: Para manter os tempos de respostas em níveis aceitáveis, os serviços de saúde devem implementar medidas de melhorias. Nos serviços públicos, cita-se como exemplo de medidas de melhorias: a realização de cirurgias eletivas em formato de mutirões com equipe extra e com disponibilidade de material e leitos; encaminhamento dos usuários cadastrados para outras unidades da Rede de Atenção para a realização de exames de diagnóstico; pactuação com outras unidades a desospitalização dos pacientes; assim também a ampliação do quantitativo de leitos, de especialistas, compra de serviços ao setor privado, financiamento de atividades extras e remuneração por desempenho de profissionais e hospitais, com bônus e sanções acoplados às metas de produção e/ou redução de tempos e etc.

Meios de Verificação: Protocolo relacionado à gestão do tempo de acesso descrito. Registro de monitoramento do tempo de resposta dos serviços. Sistema de acompanhamento dos tempos de resposta.

Referências:

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? considerações a partir do sistema

nacional de saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, pp.2783-2794, jun.2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/CMbpfmP4t8F4LMbGjcYHM3w/?lang=pt>>.

3.1.5 Acompanha e analisa as causas de reoperações não planejadas

Descrição: De acordo com a gravidade do quadro cirúrgico dos pacientes e/ou agravamento durante as cirurgias, podem acontecer complicações no intra-operatório levando a problemas maiores no pós-operatório imediato ou tardio. Isso pode levar a várias dificuldades na recuperação ou até mesmo necessidade de reoperações de emergência ou eletivas. É importante identificar as causas para saber onde atuar para a prevenção desse agravos. Nos hospitais, os baixos índices de eficiência em centros cirúrgicos estão relacionados, sobretudo, a variedade de problemas dos pacientes; nas variáveis quanto ao tipo de intervenção e nos fatores imprevisíveis que podem ocorrer ao longo das intervenções cirúrgicas.

Meios de Verificação: Registros das causas de reoperações dos pacientes. Relatório de análise das causas de reoperações não planejadas. Ata de reuniões com registro de análise e discussões sobre as causas de reoperações não planejadas.

Referências:

BANDEIRA, Rosely Costa da Silva; SOUZA JÚNIOR, Armando Araújo de; BANDEIRA, Sandy Rebelo. Avaliação da produtividade do centro cirúrgico de um hospital universitário sob a ótica do Lean Healthcare. **Teoria e Prática em Administração**, João Pessoa - PB, v.11, n. especial (2021), pp.1-18, 22 set. 2021. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tpa/article/view/58181/34175>>.

3.1.6 Estabelece critérios para identificação e classificação de pacientes conforme protocolos de acesso

Descrição: O Ministério da Saúde estabelece que o protocolo de identificação do paciente tem a finalidade de garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. O protocolo de identificação do paciente deve incluir as seguintes intervenções: a) Identificar os pacientes: assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados. É necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado e b) Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador. Para o uso da classificação de risco de saúde, deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Meios de Verificação: Protocolo de identificação do paciente descrito. Pulseiras de identificação nos pacientes com dois identificadores. Política Institucional de Acesso descrita. Protocolos de Acesso com classificação de riscos prevendo a correta identificação do paciente. Registro consolidado sobre o perfil de pacientes.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Anexo 2:** protocolo de identificação do paciente. Brasília: Ministério da Saúde, [2013?]. 12 p. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>>.

3.1.7 Estabelece fluxo de atendimento para eventos graves e catastróficos

Descrição: Os desastres consistem, conceitualmente, em um cataclismo sistêmico de causas que, combinadas, adquirem consequências catastróficas. Uma concepção dominante de catástrofe nos remete aos impactos humanos e sociais ocasionados pela natureza, tais como terremotos, tornados, incêndios. Esta concepção naturalística de catástrofes tende a vincular os desastres a eventos naturais desencadeadores de danos humanos e à propriedade, dotados estes de grande magnitude.

Meios de verificação: Fluxo de atendimento para eventos graves e catastróficos. Lista de frequência de treinamento. POPs de atendimento em eventos graves e catastróficos. Relatório de análise dos atendimentos em eventos graves e catastróficos.

Referências:

CARVALHO, Délton Winter de. A natureza jurídica da Pandemia Covid-19 como um desastre biológico: um ponto de partida necessário para o direito. **Revista dos Tribunais**, v.1017, pp.243-267, jul.2020. Disponível em: <<https://www.thomsonreuters.com.br/content/dam/openweb/documents/pdf/Brazil/revistas-especializadas/rt-1017-a-natureza-juridica-da-pandemia-covid-19-2.pdf>>.

3.1.8 Gerencia consultas, exames e procedimentos de forma integrada, avaliando aproveitamento, absenteísmo e desprogramações

Descrição: O acesso é o primeiro passo para a garantia de utilização dos serviços de saúde, o que torna o gerenciamento de consultas, exames e procedimentos um ato necessário e que deve incluir a avaliação do aproveitamento, absenteísmo e desprogramação.

No quesito absenteísmo dos usuários aos serviços de saúde, sabe-se que é um ato praticado pelo usuário que não comparece às consultas e aos procedimentos agendados. Esse fenômeno vem impactando a atenção à saúde tanto no sistema público como no privado, apresentando-se como uma barreira na extensão da cobertura e do acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, e limitando a

garantia da atenção à saúde nos diversos níveis de assistência, dificultando as melhorias dos níveis sanitários da população, sob esse aspecto.

Meios de verificação: Registros de agendamento de consultas, exames e procedimentos. Registros de consultas, exames e procedimentos realizados. Relatórios com análises referente a realização, aproveitamento, absenteísmo e desprogramação de consultas, exames e procedimentos. Plano de Ação relacionado. Acompanhamento de Indicadores relacionados. Planejamento dos procedimentos eletivos.

Referências:

FARIAS, Cynthia Moura Louzada *et al.* Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n.42, pp. 2239-2252, jun. 2020. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2239>>.

3.1.9 Implementa ações para reduzir o absenteísmo às consultas, exames, procedimentos e cirurgias

Descrição: O absenteísmo de pacientes em consultas agendadas configura um grande problema para as organizações, provocando subutilização dos recursos empregados, gerando desperdícios financeiros, interferindo na eficiência dos sistemas de saúde e, consequentemente, comprometendo a saúde dos usuários em virtude do esforço extra para reagendar os procedimentos. Monitorar esses dados é imprescindível, pois ações podem ser executadas para reduzir o impacto do absenteísmo nos serviços de saúde.

Meios de verificação: Plano de Ação com medidas para redução do absenteísmo. Acompanhamento de indicadores relacionados. Registros de realização das ações do plano de ação em relação a consultas, exames e procedimentos e cirurgias.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo- se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

PINTO, Rejane Brandão *et al.* Estratégias Para Enfrentamento do Absenteísmo de Pacientes em Consultas e Exames Agendados Pelos Sistemas de Saúde: uma Revisão Integrativa. **Research, Society and Development**, [S.l] v. 10, n. 7, p. e46210716671, 2021. ISSN 2525-3409. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16671. Disponível em: Disponível em:
<<https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/16671>>.

3.1.10 Gerencia o agendamento cirúrgico de forma integrada, avaliando aproveitamento, absenteísmo e desprogramações

Descrição: O centro cirúrgico é classificado como uma das áreas mais complexas da unidade hospitalar em virtude da ampla tecnologia empregada e a variabilidade das atividades executadas, ocorrendo diversas ações que estão associadas de forma direta ou indireta a realização de cirurgias, requerendo qualificação dos profissionais que atuam neste setor. As consequências da suspensão cirúrgica resultam em vários impactos, mais precisamente na programação e organização do procedimento, desperdiçando tempo, recursos materiais e força de trabalho que causam prejuízos e a não inserção de outro paciente no quadro cirúrgico acentua as despesas da instituição. Consequentemente há uma implicação em todo agendamento cirúrgico, resultando em um curso de atrasos, que favorecem o aumento do período de internação, risco de desenvolver infecção, desnutrição e gasto.

Meios de verificação: Registros de agendamento cirúrgico com critérios de priorização e logística estabelecida para o atendimento eletivo e de urgência. Registros de interface com os fornecedores tais como: banco de sangue, OPME, laboratório, patologia, entre outros. Acompanhamento de Indicadores relacionados.

Referências:

SILVA, Thiago Bruno da; FARIA, Camilla Ribeiro Lima de. Avaliação do percentual de cancelamento de cirurgias programadas na literatura científica. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 6, pp. 25262-25284, nov-dez. 2021. Disponível em: <<https://rest.unifacisa.edu.br/wp-content/uploads/2021/11/39673-99369-1-PB.pdf>>.

3.1.11 Analisa as desprogramações de atendimento e implementa as medidas de melhoria necessárias para a sua redução

Descrição: O cancelamento cirúrgico constitui-se em um indicador no processo de avaliação da qualidade da assistência prestada por serviço hospitalar, sinalizando falha de planejamento administrativo do Centro Cirúrgico - CC e pode ser considerado evitável, na maioria das vezes, se trabalhado pelos responsáveis. Vários fatores contribuem para o cancelamento de cirurgias como: o absenteísmo do usuário, condições clínicas desfavoráveis à realização da cirurgia, principalmente por doenças crônicas descompensadas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, além da falta de exames clínicos pré-operatórios, ultrapassagem do tempo cirúrgico, falta de leito e a desvinculação do processo de agendamento. Dentre as estratégias recomendadas pela literatura para minimizar o cancelamento de cirurgias, estão: realização de consulta pré-anestésica ou pré-operatória, confirmação

telefônica do comparecimento dos pacientes dois dias antes do procedimento, a reestruturação do processo de trabalho, envolvendo equipe de saúde, tecnologia de informação e profissionais de nível médio.

Meios de verificação: Registros das causas de desprogramações. Relatórios das análises das desprogramações. Atas que constem discussão sobre ações de prevenção das desprogramações. Plano de Ação com medidas de melhoria. Registros de realização das ações do plano de ação. Monitoramento das ações de melhoria.

Referências:

SANTOS, Gisele Aparecida Alves Corral dos; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [Internet], v.70, n.3, pp.535-542, jun. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/BXvqtZW4ttnryHSC6FJSmgy/?lang=pt&format=pdf>>.

3.1.12 Publiciza o acesso às consultas ambulatoriais conforme regulação

Descrição: A publicização pode ser entendida como forma de assegurar a prestação do serviço, por meio da regulação, do financiamento e do compartilhamento da responsabilidade com outras instituições pela execução das atividades.

Meios de verificação: Registro referente a divulgação de agendas de consultas e atendimentos. Meios de divulgação como: site, televisão na recepção, banners.

Referências:

SILVA, João Felipe Marques. **Regionalização e Cooperação nas Estratégias de Contratualização no SUS**. 2022. 361 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022. Disponível em: <<https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2022/04/REGIONALIZACAO-E-COOPERACAO-NAS-ESTRATEGIAS-DE-CONTRATUALIZACAO-NO-SUS.pdf>>.

3.1.13 Publiciza o acesso aos leitos de internação conforme regulação

Descrição: A publicização pode ser entendida como forma de assegurar a prestação do serviço, por meio da regulação, do financiamento e do compartilhamento da responsabilidade com outras instituições pela execução das atividades.

Meios de verificação: Registros referente a divulgação de alocação em leitos e fila de espera.

Referências:

SILVA, João Felipe Marques. **Regionalização e Cooperação nas Estratégias de Contratualização**

no SUS. 2022. 361 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022. Disponível em:

<<https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2022/04/REGIONALIZACAO-E-COOPERACAO-NAS-ESTRATEGIAS-DE-CONTRATUALIZACAO-NO-SUS.pdf>>.

3.1.14 Gerencia e implementa medidas para antecipar ou responder à situações de picos ou alta concentração da procura assistencial

Descrição: Para responder a situações de picos ou alta concentração da procura assistencial é recomendado que o serviço de saúde disponha de algumas estratégias como a implantação do Núcleo Interno de Regulação, que conforme o Manual do Ministério da Saúde, o NIR no ambiente hospitalar é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Dentre as atribuições do NIR estão: otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS.

Meios de verificação: Plano de ação com medidas relacionadas a situações de picos ou alta concentração da procura assistencial. Controle da agenda assistencial. Protocolos Assistenciais relacionados. Relatórios de Pactuação com a Rede de Assistência à Saúde - RAS. Registro referente à interação da organização com as Centrais de Regulação de Saúde. Registros de realização das ações do plano de ação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação NIR:** núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57p.:il. Disponível em: <<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-juiz-de-fora/sinais-e-sistemas/manual-nir-versao-digital-rgb/5763766>>.

3.1.15 Possui mecanismos e ferramentas que possam evitar a duplicidade de serviços e meios para os mesmos fins para a sua racional organização

Descrição: Para evitar a duplicidade de serviços assistenciais os serviços de saúde deverão utilizar alguns mecanismos como a implantação do Núcleo Interno de Regulação, que conforme o Manual do Ministério da Saúde, o NIR no ambiente hospitalar é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Dentre as atribuições do NIR

estão regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes a saber: consultas ambulatoriais, internação, urgência e emergência e agenda cirúrgica.

Meios de verificação: Registros de acompanhamento de consultas ambulatoriais, exames e leitos de internação que permitem identificação, sinalização e alerta de duplicidade de serviços

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação NIR:** núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57p.: il. Disponível em: <<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-juiz-de-fora/sinais-e-sistemas/manual-nir-versao-digital-rgb/5763766>>.

3.1.16 Possui serviço de remoção qualificados para o transporte seguro dos pacientes

Descrição: A remoção é o ato de promover translado de pacientes através de ambulância e com corpo de atendimento especializado. São dois os tipos de remoção: Pré-hospitalares: voltadas ao atendimento de urgências/emergências, ocorridas em lugares diversos e Inter-hospitalar: dedicadas ao translado de pacientes entre organizações de saúde. Considera-se o transporte seguro quando: 1. A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente sabe quando fazê-lo e como realizá-lo, ou seja, deve haver indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento para fazê-lo. 2. Se assegura a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico. 3. Há treinamento adequado da equipe envolvida, desenvolvendo habilidade no procedimento e 4. Há uma rotina operacional para realizá-lo.

Meios de verificação: Protocolo de transporte seguro. *Checklist* de transporte seguro. Contrato de serviços de remoção. Frequência de treinamentos com a equipe. Escala da equipe definida para realização dos transportes.

Referências:

LACERDA, Marcio Augusto; CRUVINEL, Marcos Guilherme Cunha; SILVA, Waston Vieira.

Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar. [S.L]: Cursos Aeromédicos, [2008?]. 19 p. (Cap. 6). Curso de Educação à Distância em Anestesiologia. Disponível em: <<https://www.resgateaeromedico.com.br/Documentos/Artigos/Transportehospitalar.pdf>>.

3.2 Gestão da Internação

3.2.1 Possui fluxos e critérios validados e implantados para admissão, alta e transferências de pacientes

Descrição: Os serviços de saúde devem possuir fluxos e critérios validados e implantados para admissão, alta e transferência de pacientes para um atendimento de qualidade. O perfil dos pacientes mostra-se como um dos critérios para alocação no leito hospitalar, assim, a gestão do leito deve levar em conta dados clínicos e epidemiológicos do paciente. A gestão dos leitos influencia e otimiza a capacidade instalada à medida que instaura protocolo com critérios de internação, define o perfil de atendimento, e aloca o paciente certo no leito certo. Os hospitais devem abordar o fluxo de pacientes internados como parte principal de suas agendas estratégicas e operacionais.

Meios de verificação: Fluxos e critérios validados e implantados sobre admissão, alta e transferência de pacientes. Procedimentos Operacionais Padrão para admissão, alta e transferência de pacientes.

Referências:

MACHADO, R.M. Implantação e operacionalização do Núcleo Interno de Regulação hospitalar: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6. Disponível em:<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15836/14110>>.

3.2.2 Monitora o perfil assistencial de seus usuários

Descrição: A definição do perfil assistencial de cada unidade hospitalar tem grande impacto sobre o modelo de atenção presente em um determinado território. O perfil assistencial deve ser definido conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população.

Meios de Verificação: Documento elaborado sobre o perfil assistencial dos usuários. Indicadores de monitoramento do perfil assistencial.

Referências:

BINSFELD, Luciane; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, pp. 209-220, jan. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dT6sthmGfzbp3QLxqB5g5BH/?format=pdf&lang=pt>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

3.2.3 Gerencia e monitora as internações, por meio da regulação interna, priorizando pacientes, de acordo com critérios previstos para os diferentes serviços

Descrição: O monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar e o gerenciamento das diferentes ofertas hospitalares existentes, otimizam a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação), possibilitam o controle do Tempo Médio de Permanência dos pacientes, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pelo serviço. Os serviços de saúde devem gerenciar e monitorar as internações por meio da regulação interna priorizando os pacientes de acordo com o seu perfil.

Meios de Verificação: Setor de Regulação Interna/Núcleo Interno de Regulação - NIR implantado e atuante. Critérios de gerenciamento das internações, conforme perfil de cada setor/serviço. Planilha de monitoramento das internações com indicação de critérios para o gerenciamento. Indicadores relacionados ao monitoramento das internações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação NIR:** núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57p.: il. Disponível em: <<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-juiz-de-fora/sinais-e-sistemas/manual-nir-versao-digital-rgb/5763766>>.

3.2.4 Monitora as reinternações e promove medidas para evitá-las

Descrição: As reinternações hospitalares não planejadas em até 30 dias e, principalmente nos primeiros sete dias pós-alta, podem ser vistas como falhas na organização das equipes de saúde, possivelmente pelo fato de ter sido uma alta precoce ou pelo seu planejamento ineficiente. O uso de estratégias para a transição de cuidados pós-alta, para que seja assegurada a continuidade do atendimento ao paciente, traz resultados positivos como maior satisfação dos pacientes, redução das reinternações, das visitas a emergência e dos custos em saúde. Os serviços de saúde devem monitorar as reinternações e promover medidas para evitá-las.

Meios de Verificação: Planilha de monitoramento de reinternações. Protocolo com estratégias que evitem a reinternação. Rotinas formalizadas que demonstrem atividades realizadas para a continuidade do cuidado pós-alta. Protocolo de alta multidisciplinar. *Checklist* de alta com checagem de situações que podem levar a reinternação. Relatório de alta segura no Prontuário do paciente.

Referências:

GHENO, Jociele. **Elaboração e validação de check-list para alta hospitalar de pacientes adultos e idosos.** 2021. 53 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2021. Disponível em:
<https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1824/1/%5BDISSERTA%C3%87%C3%83O%5D%20Gheno%2C%20Jociele%20%28P%29.pdf>.

3.2.5 Adota plano terapêutico individualizado

Descrição: O Plano Terapêutico Individualizado é um conjunto de alternativas terapêuticas, definidas a partir dos problemas apresentados pelo paciente, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de ações para resolução, prazos, metas e resultados esperados. O plano terapêutico tem três características importantes e fundamentais: i) é elaborado pelo médico assistente no momento da internação, antes da primeira prescrição, portanto, é fundamental a participação do corpo clínico; ii) deve ser realizado o mais precocemente possível, no momento da solicitação da internação ou, na admissão do paciente na unidade; iii) deve ser multidisciplinar, ter metas claras e mensuráveis de todo o processo terapêutico, não apenas da alta. O plano terapêutico deve ainda responder à pergunta: “o que queremos para esse paciente?” O plano terapêutico é uma ferramenta híbrida, com função tanto na comunicação entre profissionais e pacientes quanto na parte administrativa do gerenciamento de leitos. Ele deve ser revisitado toda vez que ocorre alguma alteração no quadro clínico ou quando não se conseguir cumprir determinada meta. Um plano terapêutico bem estruturado contribui para uma desospitalização precoce, bem como a redução de custos para esse serviço, o manejo na taxa de ocupação dos leitos, a garantia da qualidade na assistência prestada e a segurança do paciente.

Meios de Verificação: Plano terapêutico individualizado. Registro do planejamento da assistência em prontuário. Registro do plano interdisciplinar em prontuário.

Referências:

HOSPITAL SANTA CRUZ [Blog]. **Plano Terapêutico:** todo paciente precisa de um para chamar de seu. Santa Cruz do Sul - RS, 2022. Disponível em:
<http://www.hospitalstacruz.com.br/blog/2021/02/10/plano-terapeutico-todo-paciente-merece-um-para-chamar-de-seu/>.

3.2.6 Gerencia e monitora o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos de internação

Descrição: A Portaria N° 312 de 30/04/2002, que estabelece a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, define a média de permanência como a relação entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos,

representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. O valor ideal do Tempo Médio de Permanência varia de acordo com as características dos pacientes atendidos, tais como faixa etária e especialidade, e o tipo de leito, se geral ou de terapia intensiva. A gestão de leitos exerce a função de estabelecer e monitorar os indicadores hospitalares, subsidiar discussões a respeito do perfil dos leitos hospitalares, fazer uso racional dos recursos hospitalares, praticar gestão das clínicas, acionar a rede de atenção à saúde para promover cuidado integral ao paciente e propor e atualizar os protocolos clínicos, terapêuticos e administrativos. Estratégias para reduzir o TMP envolvem ferramentas de gerenciamento clínico, por exemplo protocolos clínicos e administrativos, a definição e discussão do plano terapêutico pela equipe multiprofissional, controle da permanência na instituição.

Meios de Verificação: Documento com o procedimento descrito contemplando a sistemática de gerenciamento/ monitoramento do indicador (ações, periodicidade, responsáveis). Desdobramento de metas do indicador de acordo com os diferentes perfis assistenciais. Análise periódica do indicador. Análise dos casos de longa permanência. Planos de ação visando a melhoria dos resultados, com base nas análises que auxiliem a tomada de decisão. Planilha de monitoramento de leitos de longa permanência.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. **Portaria nº 312 de 30 de abril de 2002**. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf>.

LAUREANO, Raul; CAETANO, Nuno; CORTEZ, Paulo. Previsão de tempos de internamento num hospital português: aplicação da metodologia CRISP-DM. **Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação - RISTI**, Rio Tinto - Portugal, n. 13, pp. 83-98, 01. jun. 2014.

FERREIRA, S. B; FIOROTTO, H.N; BRILINGER, C. O. Implantação da metodologia Lean Healthcare no Pronto-Socorro de um Hospital Público: impactos no gerenciamento de leitos. **Congresso Internacional de Saúde**, Joinville - SC, n.8, 14p., 01 jul. 2021. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19307>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação**: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

3.2.7 Gerencia e monitora a taxa de ocupação hospitalar

Descrição: A Portaria N° 312 de 30/04/2002, que estabelece a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, define a Taxa de Ocupação Hospitalar como a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras. A ocupação dos leitos depende da demanda a ser atendida e da quantidade de serviços disponíveis, a partir destas informações a gestão de leitos deverá observar os leitos disponíveis e alocar os pacientes de acordo com os critérios técnicos, éticos, legais e sociais que influenciam a regulação do acesso. Quando há desequilíbrio entre esses fatores, formam-se as filas de espera, portanto, faz-se necessário a criação de um modelo teórico capaz de reduzir o tempo de espera pelo leito acompanhado de processos de informação sobre o plano de altas. O intuito da gestão de leitos é regular a oferta e a demanda por leitos, de modo que os pacientes tenham acesso a um leito apropriado e de forma oportuna, a sua eficiência está diretamente ligada à redução do tempo em que os leitos estão improdutivos ou desocupados. Nesse encaminhamento, os indicadores hospitalares são um recurso importante para o sucesso do gerenciamento de leitos.

Meios de Verificação: Documento com o procedimento descrito contemplando a sistemática de gerenciamento/ monitoramento do indicador (ações, periodicidade, responsáveis). Análise periódica do indicador. Planos de ação visando a melhoria dos resultados, com base nas análises que auxiliem a tomada de decisão. Planilha de monitoramento de leitos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. **Portaria nº 312 de 30 de abril de 2002**. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2002. Disponível em: <www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf>.

D'AQUINO, S. F. Proposta de modelo de referência para o processo de gestão de leitos hospitalares. 2017. 204f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis-SC, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/183604>>.

GOLDWASSER, Rosane Sonia et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50, n.19, 13 mai. 2016. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005997>>.

NASCIMENTO, A. B. do. Gerenciamento de leitos hospitalares: análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 4, n.1, pp.65-78, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26913>>.

3.2.8 Possui Protocolo para Cuidados Paliativos e Terminalidade

Descrição: Os cuidados paliativos-CP são ações que atribuem o cuidado muito além da doença em si, constitui-se de uma assistência destinada a melhorar o conforto e a qualidade de vida do paciente e seus familiares. Os pacientes paliativos são aqueles que se encontram em uma condição que ameaça sua continuidade de vida, visto que, neste contexto englobam-se não somente os pacientes em terminalidade de vida, como também aqueles que possuem qualquer doença grave, portanto, essa assistência é fundamental para o controle dos sintomas, alívio da dor e sofrimento, independente do estágio ou prognóstico, sendo de grande qualidade quando fornecido junto à terapia curativa restaurativa, esta forma de cuidado deve envolver todos da equipe multiprofissional. Para os serviços públicos, o Ministério da Saúde publicou a Resolução Nº 41 de 31/10/2018 que normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS esta resolução propõe, que nas redes de atenção à saúde, sejam claramente identificadas e observadas as preferências da pessoa doente quanto ao tipo de cuidado e tratamento médico que receberá e define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis em todo ponto da rede, na atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência.

Meios de Verificação: Protocolo multidisciplinar de cuidados paliativos e terminalidade. Protocolo de identificação, controle e manejo da dor. Lista de frequência de treinamento sobre o protocolo de cuidados paliativos e terminalidade. Declaração dos direitos e deveres do paciente. Registro em prontuário sobre o tratamento do paciente em cuidado paliativo e terminalidade.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Hospital Sírio-Libanês. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2020. 175p.
Disponível em: <<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>>.

LOPES, M. F. G. L. et al. Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude. **Revista Ciência Plural**, Natal - RN, v.6, n.2, pp. 82-100, 16 jun. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rpc/article/view/18828/12845>>.

3.2.9 Realiza de forma sistemática e padronizada a reconciliação medicamentosa dos pacientes internados

Descrição: A Reconciliação Medicamentosa- RM é uma atividade que busca reduzir discrepâncias da prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos, prevenindo erros de medicação, é descrita como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza em casa (incluindo nome, dosagem, frequência e via de

administração), a ser conferida com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência e alta hospitalar. Por se tratar de uma prática segura, a RM é uma das estratégias de segurança de prescrição do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, conforme estabelecido no Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - PSP de acordo com a RDC N°36 de 25/07/2013.

Meios de Verificação: Formulário de reconciliação medicamentosa. Registros em prontuários do processo de reconciliação medicamentosa (internação, transferência e alta). Registros da comunicação com o paciente ou acompanhante sobre a RM. Registro do entendimento do paciente/ familiar quanto a RM.

Referências:

BENKE, Greyzel Emilia Casella Alice. **Avaliação de protocolo de reconciliação medicamentosa farmacêutica na admissão de paciente internado.** 2021. 61f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia Biomédica, Centro de Ciências, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2021. Disponível em: <<http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/27990/1/protocoloreconciliacaomedicamentosafarmaceutica.pdf>>.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia - CFF. **Resolução – RDC nº 585, de 29 de agosto de 2013.** Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013a. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>.

CARVALHO, G. S. C. *et al.* Atuação farmacêutica no processo de reconciliação medicamentosa em pacientes hospitalizados. **Revista Amazônia Science & Health**, v.9, n.4, pp.64-74, 08 dez. 2021. ISSN 2318-1419. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3621/1845>>.

3.2.10 Realiza avaliação sistemática do estado nutricional e seguimento dietético dos pacientes internados

Descrição: A avaliação nutricional é o instrumento que analisa as condições nutricionais do paciente, engloba desde a inanição, processos de digestão, absorção, metabolização e excreção dos nutrientes, além de observar como o organismo do paciente reage à terapia nutricional -TN. A avaliação inicia-se por protocolos de triagem nutricional que englobam desde características objetivas como antropometria e exames bioquímicos como subjetivas com questionários, história alimentar e semiologia nutricional, esse processo é realizado com padrões de referência, os quais utilizam comparações entre dados obtidos por meio de coletas iniciais e reavaliações periódicas da evolução

nutricional do paciente. No âmbito hospitalar, o estado nutricional dos pacientes internados tem relação direta com a evolução do quadro clínico, por isso a avaliação deve acontecer com brevidade e todos os esforços devem ser realizados a fim de obter o diagnóstico nutricional correto.

Meios de Verificação: Formulário da triagem nutricional no prontuário. Registro no Prontuário sobre a avaliação nutricional. Plano Terapêutico individualizado. Prescrição dietética.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991.** Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/18234.htm>.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS - CFN. **Resolução CFN nº 417, de 18 de março de 2008.** Dispõe sobre procedimentos nutricionais para atuação dos nutricionistas e dá outras providências. Brasília - DF, Diário Oficial da União, 20 abr. 2008. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_417_2008.htm>.

MUSSOI, Thiago Durand. **Avaliação nutricional na prática clínica:** da gestação ao envelhecimento. 1^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Disponível em: <<https://cpncampus.com/biblioteca/files/original/de304b31b638a2ace10e169669a59cca.pdf>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL - SBNPE. Associação Brasileira de Nutrologia. **Triagem e Avaliação do Estado Nutricional.** Brasília - DF: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2011. 16p. [Projeto Diretrizes]. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/triagem_e_avaliacao_do_estado_nutricional.pdf>.

VERAS, V. dos S.; FORTES, R. C. Prevalência de desnutrição ou risco nutricional em pacientes cirúrgicos hospitalizados. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília-DF, v.25, n.2, pp. 157–172, out. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Prevalencia_de_desnutricao_ou_risco.pdf>.

3.2.11 Gerencia o acesso para especialidades, exames e procedimentos terapêuticos, sendo eles próprios ou referenciados

Descrição: Durante a internação os pacientes precisam realizar exames diagnósticos e/ou procedimentos terapêuticos, conforme o seu quadro clínico. Para garantir o acesso dos pacientes a estes serviços, a unidade hospitalar deverá garantir a realização do seu tratamento definindo estratégias para a oferta do atendimento para os especialistas, exames e procedimentos terapêuticos a partir do serviço de regulação interna. Para os serviços de saúde públicos, para qualificar e reorganizar a atenção hospitalar tem-se a Política Nacional de Atenção Hospitalar através da Portaria N° 3390/2013, que define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação - NIR, que 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.

Meios de Verificação: Setor de Regulação Interna/Núcleo Interno de Regulação - NIR implantado e atuante. Critérios de gerenciamento do acesso para especialidades, exames e procedimentos terapêuticos, sendo eles próprios ou referenciados. Planilha de monitoramento do acesso para especialidades, exames e procedimentos terapêuticos, sendo eles próprios ou referenciados. Indicadores relacionados ao gerenciamento do acesso para especialidades, exames e procedimentos terapêuticos, sendo eles próprios ou referenciados

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008.**

Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2008. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.**

Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2013. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação NIR:** núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.: il. Disponível em:

<<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-juiz-de-fora/sinais-e-sistemas/manual-nir-versao-digital-rgb/5763766>>.

3.2.12 Adota diretrizes institucionais de transição do cuidado nas passagens de plantão e transferências internas e externas

Descrição: A transição do cuidado é uma estratégia que pode melhorar a realidade dos serviços de saúde e dos seus indicadores de qualidade. Define-se a transição do cuidado como intervenções que coordenam o cuidado ao paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde, e que acontece cada vez que o paciente é transferido de equipe, setor ou ambiente de saúde. A transição pode acontecer entre as equipes de um mesmo hospital, de hospitais diferentes e entre as equipes do hospital e a Atenção Primária à Saúde- APS ou atenção domiciliar. A transição do cuidado inclui ações de planejamento de alta, educação em saúde do paciente e da família, articulação entre os serviços de saúde, comunicação entre as equipes e acompanhamento pós-alta. Essas estratégias têm demonstrado impacto positivo na qualidade de vida de pacientes e suas famílias, bem como na redução das readmissões hospitalares, busca por serviços de emergência e custos do sistema de saúde.

Meios de Verificação: Protocolos para alta hospitalar com transição do cuidado. *Checklist* de

transferência do paciente com indicação de checagem da transição do cuidado. *Checklist* de alta do paciente com indicação de checagem da transição do cuidado. Registro no prontuário sobre a transição de cuidados. Relatórios de passagem de plantão com registros que indiquem a transição do cuidado.

Referências:

ACOSTA, Aline Marques *et al.* Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [Internet], v. 41, n. esp, pp.1-9, 2020. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/rge/v41nspe/pt_1983-1447-rge-41-spe-e20190155.pdf>.

GHENO, Jociele *et al.* Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa de literatura. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [Internet], v. 30, pp.1-26, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/dv94cDSg3T9BFMBfTBf4Tpj/?format=pdf&lang=pt>>.

3.2.13 Possui protocolo para comunicação e apoio multidisciplinar para alta

Descrição: O momento da alta hospitalar é na maioria das vezes um desafio para familiares e pacientes. A comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes é de suma importância e visa aprimorar os cuidados diários após a alta hospitalar, devendo ser oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade e compreendida pelo receptor. A alta hospitalar é uma transição que prevê a continuidade dos cuidados ao paciente, portanto, a equipe de saúde deve estar preparada para elaborar um plano de conduta terapêutica, da melhor maneira possível, que seja eficiente e compatível com cada particularidade de familiares e principalmente pacientes. A logística inclui principalmente a educação e preparação do familiar, cuidador e paciente, para assim ter uma assistência de qualidade e eficiente no desempenho e adaptação da retomada das atividades. Um programa de alta hospitalar pode contribuir para que a família e o paciente sejam capazes de dar continuidade aos cuidados iniciados no âmbito hospitalar, criando possibilidades de manutenção ou melhoria no estado de saúde do paciente, bem como sua independência para atividades cotidianas quando suas condições permitirem, sempre visando auxiliar a recuperação, minimizar inseguranças e proporcionar melhor qualidade de vida familiar e social, bem como prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar reinternações.

Meios de Verificação: Protocolo para a comunicação de alta multidisciplinar. *Checklist* de alta multidisciplinar. Registro no prontuário sobre o planejamento da alta multidisciplinar. Relatório de alta multiprofissional.

Referências:

WEBER, Luciana Andressa Feil; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ACOSTA, Aline Marques. Qualidade da transição assistencial e sua associação com readmissão hospitalar. **Aquichan**, Rodovia Norte de Bogotá D.C, v.19, n.4, e1945, dez. 2019. ISSN 1657-5997. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972019000400105&lng=en&nrm=iso>.

FIGUEIREDO, A. R.; POTRA, T. S.; LUCAS, P. B. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Uma Revisão Scoping. In: CONGRESSO IBERO AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE, 8., 16-19 de jul. 2019, Lisboa - Portugal. **Atas:** Investigação Qualitativa em Saúde. Lisboa, Portugal: CIAIQ, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2029>>.

FLESCH, Letícia Décimo; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.19, n.3, pp. 227-236, 16 dez. 2014. ISSN 1678-4669. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>>.

CESAR, Alessandra Mendonça; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, pp. 647-652, 25 Jun. 2008. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600004>>.

Eixo 4 - Boas Práticas para Atenção Centrada no Paciente

4.1 Gestão das Ações Centradas no Paciente

4.1.1 Considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado

Descrição: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência. Deve ser garantido nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações: a) à integridade física; b) à privacidade e ao conforto; c) à individualidade; d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos; e) à confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; f) à segurança do procedimento; g) ao bem-estar psíquico e emocional.

Meios de Verificação: Registros da utilização de características individuais no plano de cuidado, tais como nome social, respeito à realização e restrição a procedimentos por motivos religiosos, culturais, alterações imunológicas, por desejo pessoal previamente declarado, a pacientes com deficiência intelectual, física ou sensorial, para atendimento a usuários estrangeiros, a idosos, gestantes, crianças, entre outros, contemplando suas necessidades essenciais.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 72 p.

4.1.2 Promove ações para participação do paciente e seu acompanhante nas decisões estratégicas terapêuticas, considerando às escolhas feitas pelos mesmos

Descrição: A participação do paciente e seu acompanhante nas decisões estratégicas terapêuticas faz parte do cuidado centrado no paciente que produz efeitos positivos sobre os resultados clínicos, estimula a cooperação do paciente, e viabiliza o apoio necessário a melhorar a assistência e a fortalecer o engajamento do paciente na busca dos seus direitos. Os princípios orientadores da prática do cuidado centrado no paciente pontuam 08 (oito) condições: acesso rápido a cuidados de saúde confiáveis; tratamento eficaz entregue por profissionais de confiança; continuidade e transição dos cuidados; envolvimento e apoio à família e cuidadores; informação clara, comunicação e apoio para o autocuidado; envolvimento nas decisões e respeito pelas preferências; apoio emocional, empatia e respeito e atenção às necessidades físicas e ambientais.

Meios de Verificação: Evidência documental de ferramentas de auxílio à tomada de decisão pelo paciente/acompanhante/família (orientações formais documentadas, aplicativos, explicações verbais, consulta com especialista, participação com os seus médicos e/ou outros profissionais de saúde nas decisões etc.). Registros em prontuário que apontem para a participação do paciente e seu acompanhante nas decisões estratégicas terapêuticas, considerando as escolhas feitas pelos mesmos.

Referências:

PICKER Institute. **Who we are: principles of patient-centered care.** Oxford, Picker Institute, 2017. Disponível em: <<https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care/>>.

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple:** what everyone should know about person-centred care. London: The Health Foundation, 2014. Disponível em: <<https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>>.

4.1.3 Adota ações para prevenção de incidentes na assistência de forma individualizada, conforme necessidade de cada paciente

Descrição: O serviço de saúde deve estabelecer um processo individual de avaliação e identificação dos riscos assistenciais específicos do paciente, de acordo com suas características individuais, história pregressa, condição clínica atual e prognóstica, e adotar ações de prevenção em consonância com as diretrizes de segurança do paciente estipuladas pela instituição. A unidade de saúde deve fazer uso de medidas de segurança proporcionais ao grau potencial do risco, que podem ser coletivas ou individuais, de modo que os resultados não intencionais sejam evitados ou minimizados com atualização periódica dos riscos, também deve fazer uso de medidas corretivas no caso de eventos adversos.

Meios de Verificação: Documentos com identificação dos riscos assistenciais do paciente (escalas, escores etc). Documento com os riscos assistenciais identificados para cada paciente (prontuário, placas de identificação, pulseiras ou outros dispositivos de identificação de riscos). Documento elaborado sobre as barreiras implementadas para prevenção de incidentes (prescrição médica/enfermagem, barreiras físicas). Registro em prontuário dos riscos assistenciais identificados e ações de prevenção adotadas. Plano de cuidados individualizado que aponte ações de prevenção de incidentes na assistência.

Referências:

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do Paciente. In: SOUZA, P. (Org.); MENDES, W. (Org.). **Criando Organizações de Saúde seguras.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 208p. ISBN 978-85-8432-015-8. Disponível em:
[<https://www.scielo.br/j/csp/a/7NsDCJ46BZcpDdrSR35YYpH/?lang=pt#>](https://www.scielo.br/j/csp/a/7NsDCJ46BZcpDdrSR35YYpH/?lang=pt#).

4.1.4 Realiza abordagem sistematizada à pessoa com dor

Descrição: A dor é atualmente descrita como o 5º sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. O controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito do paciente, sendo essencial para a assistência integral ao paciente. A abordagem sistematizada à pessoa com dor é um passo fundamental para uma efetiva humanização dos cuidados de saúde e para o cumprimento dos padrões de qualidade de uma prática especializada, pela promoção da satisfação do doente.

Meios de Verificação: Diretriz/Protocolo clínico de avaliação e mensuração da dor. Diretriz/Diretriz clínica para atendimento à pessoa com dor. Registros em prontuário de avaliação da dor, condutas terapêuticas e acompanhamento à pessoa com dor. Instrumento que indique abordagem sistematizada

à pessoa com dor.

Referências:

BARRADAS, J. F. S. **Eficácia da musicoterapia na pessoa com dor crónica.** 2020. 88f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria. Leiria, 2020. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5747/1/Efic%c3%a1cia%20da%20Musicoterapia%20na%20Pessoa%20com%20Dor%20Cr%c3%b3nica_com corre%c3%a7%C3%b5es_formais.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2012. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/dor-cronica-retificado-em-06-11-2015.pdf>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR - SBED. **Hospital sem dor:** Diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. São Paulo: SBED, [s.d]. Disponível em: <<https://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>>.

SOUSA, Fátima Aparecida E. Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, pp. 446-447, 2002. Epub 15 Jan 2003. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300020>>.

4.1.5 Garante o envolvimento do paciente e acompanhante a respeito dos seus procedimentos, riscos e planos terapêuticos, incluindo o pós-alta

Descrição: A participação e o envolvimento do paciente e da sua família, nos mais variados níveis dos cuidados de saúde, representa benefícios para os pacientes, para os profissionais de saúde e para as organizações. Dessa forma, contribui positivamente com a melhoria dos cuidados de saúde, expressa pelo aumento da satisfação, por níveis mais elevados de motivação do paciente, adesão ao tratamento, menor tempo de recuperação e melhoria da saúde geral do paciente. É necessário que a Unidade de saúde garanta a comunicação e envolvimento dos pacientes e suas famílias/acompanhantes no processo do cuidado, tais como: plano terapêutico previsto, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, riscos, encaminhamentos, alta hospitalar, dentre outros.

Meios de Verificação: Documento com a definição de diretrizes para a comunicação efetiva e promotora do envolvimento dos pacientes, familiares e/ou responsáveis relacionados ao cuidado. Registros em prontuário da comunicação realizada com o paciente (discussões, esclarecimentos e consensos para tomada de decisão) relacionadas aos procedimentos, plano terapêutico, riscos e também ao plano de alta. Termos de consentimento informado (termo de consentimento livre e esclarecido), conforme a política estabelecida pela instituição. Orientações em saúde pós alta (orientações sobre uso de medicamentos, uso de dispositivos no domicílio, treinamento de cuidador/familiar, retorno/encaminhamento pós alta). Registro de conferências familiares que demonstrem o envolvimento do paciente e seu acompanhante. Registros de reunião com familiares de pacientes sob cuidados paliativos.

Referências:

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do Paciente. In: SOUSA, P. (Org.); MENDES, W. (Org.). **Criando Organizações de Saúde seguras.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 208p. ISBN 978-85-8432-015-8. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/7NsDCJ46BZcpDdrSR35YYpH/?lang=pt#>.

4.1.6 Presta informações e orientações ao paciente e/ou acompanhante, de forma clara e compreensível, sobre todos os aspectos (clínico, administrativo, transferência etc.) relacionados com a sua condição de saúde

Descrição: A assistência ao paciente envolve diversos atores e diferentes contextos, onde todos necessitam compartilhar informações entre si para promover um cuidado seguro e de qualidade. Essa troca de informação ocorre ininterruptamente nos processos de comunicação interpessoal na forma verbal, por meio das linguagens escrita e falada, e de forma não verbal, por gestos, expressões, sons ou toques. No processo da prestação de serviços essa interação pode ocorrer de forma síncrona, em tempo real (em reuniões, telefonemas, conversas face a face, etc), ou assíncrona, em momentos distintos (envio de e-mails, prescrição ou anotação dos cuidados). É esperado que as informações e orientações prestados ao paciente e/ou acompanhante aconteçam de forma clara e compreensível, sobre todos os aspectos (clínico, administrativo, transferência etc.).

Meios de Verificação: Política de comunicação organizacional. Evidências de desenvolvimento e capacitação das equipes para atuação frente às diretrizes de comunicação efetiva. Registros em prontuário da comunicação realizada para pacientes, acompanhantes, cuidadores e família nos diversos momentos de prestação de cuidados. Documento com as orientações de alta documentadas. Termos de ciência de pacientes/acompanhantes acerca do entendimento das orientações prestadas. Serviços/Fluxos de tradução da comunicação para pacientes estrangeiros, surdos e/ou indígenas atendidos pela instituição, de acordo com seu perfil de atendimento e possibilidades; Relatório sobre a avaliação sistemática da satisfação ou experiência do paciente quanto ao quesito comunicação (com acompanhamento do indicador). Relatório com descrição dos eventos adversos ou manifestações em ouvidoria/SAC relacionados a falha de comunicação e planos de ação correspondentes.

Referências:

D'ALESSANDRO, Patricia Adad Lopes. **A comunicação como componente da qualidade no serviço hospitalar:** uma perspectiva do paciente usuário. 2022. 100f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Gestão para a Competitividade, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas. São Paulo, 2022. Disponível em:
<https://bibliotecadigital.fgv.br/>.

4.1.7 Adota rotina de Termo de Consentimento Informado e Esclarecido

Descrição: O consentimento livre e esclarecido é também conhecido como “consentimento informado”. O Conselho Federal de Medicina em sua recomendação Nº 1/2016, que dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica, considera que o consentimento livre e esclarecido - TCLE consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados. O TCLE engloba direitos de liberdade, privacidade e escolha individual, seu objetivo é promover a participação e a autorização esclarecida, ativa e autônoma do paciente, fornecendo informações apropriadas, como benefícios, riscos, consequências e alternativas terapêuticas. O verdadeiro consentimento informado, em que há o envolvimento dos doentes e a partilha consciente de responsabilidade, é o único caminho para uma medicina de qualidade e para a defesa dos direitos dos doentes e dos profissionais de saúde.

Meios de Verificação: Política Institucional de Consentimento Informado. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados no serviço. POP de Verificação de Adequação de TCLE. Rotina descrita e divulgada da aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido. Evidências de desenvolvimento e capacitação das equipes quanto à rotina da aplicação do TCLE. Termos de consentimento preenchidos, assinados pelo responsável e o médico, contendo informações claras referentes aos riscos e benefícios dos procedimentos, de acordo com a diretriz estabelecida. Relatório de auditorias clínicas/avaliação de prontuários do cumprimento da rotina de consentimento informado da instituição. Termos de Recusa Total de Tratamento preenchidos e assinados. Termo de Recusa Parcial de Tratamento preenchidos e assinados.

Referências:

BRASIL. Conselho Federal de Medicina - CFM. **Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica.** Disponível:
[<https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf>](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf).

CASTRO, Carolina Fernandes de *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Revista Bioética [online]**, v. 28, n. 3, pp. 522-530, 2020. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1983-8034. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Código de ética médica:** resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>.

4.1.8 Comunica a ocorrência de incidentes e eventos adversos a pacientes e familiares (*disclosure*)

Descrição: *Disclosure* é a revelação/comunicação de um incidente/evento adverso, decorrente da prestação de cuidados de saúde, incluindo as causas que estiveram na sua ocorrência, bem como as melhorias instituídas para evitar acontecimentos semelhantes no futuro. Para a comunicação de um incidente/ evento adverso há um conjunto consistente de elementos-chave que devem ser incluídos como: i) explicação do ocorrido; ii) reconhecimento da responsabilidade de forma apropriada; iii) pedido de desculpas; iv) compromisso de aprendizagem com o erro, ou seja, o que se vai atuar na intenção de evitar que episódios semelhantes voltem a ocorrer. O direito do paciente à informação está previsto na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Meios de Verificação: Política/diretriz institucional para *disclosure* ou comunicação de incidentes às partes interessadas. Evidências de sensibilização, desenvolvimento e capacitação das equipes sobre *disclosure*. Registros em prontuário de processo de *disclosure* realizado. Documentação acerca da implementação do processo de *disclosure* e seu desenvolvimento.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28p.: il. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>.

REIS, Adriana Teixeira; SILVA, Carlos Renato Alves da. Segurança do Paciente. In: SOUSA, P. (Org.); MENDES, W. (Org.). **Criando Organizações de Saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 208p. ISBN 978-85-8432-015-8. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/7NsDCJ46BZcpDdrSR35YYpH/?lang=pt#>>.

4.1.9 Dispõe de atenção multidisciplinar e garante a continuidade da assistência através de registros em prontuários

Descrição: A instituição dispõe de uma equipe multidisciplinar operacionalizando o cuidado junto ao paciente, seu acompanhante e família. O manejo da equipe multidisciplinar auxilia no cuidado com promoção a uma assistência integral com abordagens necessárias com foco nas necessidades de cada indivíduo, a fim de realizar assistência de forma abrangente contemplando o doente como um todo e toda necessidade por completo, com respeito a sua autonomia e particularidade, pois os cuidados neles administrados além de possuir alta complexidade também necessitam preservar o conforto e o alívio da dor. O trabalho em equipe e a multidisciplinaridade são processos fundamentais para a integralidade, resolutividade, fortalecimento da assistência e da integração ensino, serviço e comunidade. O registro das informações é uma das diversas atividades diárias dos profissionais da saúde, quando envolvidos na assistência ao paciente. Os elementos que constituem o registro

são aqueles do qual o profissional alcançou, e aqueles que demonstrem a evolução da pessoa, além de apontar as medidas adotadas na terapia empregada. O prontuário é compreendido como uma coleção de elementos que são extraídos em diversas fontes, e assim armazenados, física ou eletronicamente.

Meios de Verificação: Documento (escalas de trabalho) com a composição da equipe multidisciplinar. Registros em prontuário da equipe multidisciplinar devidamente identificados pelos profissionais: registro de admissão/avaliação inicial, diagnósticos, condutas, reavaliações e evoluções, plano terapêutico, registros de alta e encaminhamentos. Registros de transferência de cuidados em prontuários: transportes, exames, cirurgias e transferências internas e externas. Registros de relatórios de alta multidisciplinar com resumo da internação e encaminhamentos pós alta para serviços de referência. Registros de reuniões multidisciplinares que apontem para discussão de casos e a garantia da continuidade da assistência.

Referências:

ARAÚJO, M. F. N. *et al.* Manejo da equipe multidisciplinar ao paciente paliativo na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 8, p. e10751, 17 ago. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAS.e10751.2022>>.

GOMES, L. E. M. *et al.* O prontuário do paciente e o dever legal e ético de registro dos profissionais da saúde: uma revisão literária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 7, p. e3615, 21 mai. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e3615.2020>>.

4.1.10 Estabelece protocolo de atendimento as vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio

Descrição: É esperado que o Serviço de saúde disponha de protocolo de atendimento clínico para vítimas de violência interpessoal (física, moral, psicológica, abandono) ou autoprovocada (tentativa de suicídio) que contenha ações imediatas de tratamento clínico, oferta de apoio psicológico e orientar a notificação compulsória em atendimento a Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011 que tornou as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil. Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória atribuindo caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde.

Meios de Verificação: Protocolo institucional de atendimento as vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio. Rotina descrita e divulgada sobre o atendimento as vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio. Registros formais de

atendimentos prestados e devidos encaminhamentos.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 - RSI 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 18, Seção 1, pp. 37-38, 26 de Janeiro de 2011. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2014. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html#:~:text=Define%20a%20Lista%20Nacional%20de,anexo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias>.

4.1.11 Planeja e oferece orientações educativas para o paciente quanto à importância do autocuidado, em especial quanto às doenças crônicas e as que podem ser evitadas em razão de atitudes pessoais e coletivas

Descrição: A Educação em Saúde é um dos componentes da promoção da saúde sendo esta uma ferramenta importante no processo de conhecimento e de mudança no cenário do cuidado das pessoas que convivem com doenças crônicas. A promoção do autocuidado pode ser uma estratégia fundamental para a manutenção da saúde e para a capacidade funcional. O autocuidado permite que as pessoas desenvolvam hábitos saudáveis com o objetivo de estabelecer e manter a própria saúde. Para o desenvolvimento do autocuidado, é necessário a adoção de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribuam para a autonomia do usuário no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença.

Meios de Verificação: Planejamento institucional sobre educação em saúde para os pacientes. Documento que demonstre o desenvolvimento de Programas de educação que visem o autocuidado do paciente, em especial quanto às doenças crônicas. Cronograma de atividades educativas em saúde para os pacientes. Lista de frequência das atividades educativas em saúde para os pacientes.

Referências:

OLIVEIRA, A. P. **O empoderamento para o autocuidado de pessoas que convivem com doenças crônicas por meio de metodologias ativas de aprendizagem.** 2014. 114f. Dissertação (Mestrado) – Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá, UniCesumar, Maringá - PR. 2014. Disponível em: <<https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/524/1/ANA%20PAULA%20DE>

%20OLIVEIRA.pdf>.

4.1.12 Dispõe de um Plano de Nutrição e Dietética adaptado às condições dos pacientes e suas preferências

Descrição: A instituição deverá dispor de plano de nutrição e dietética que permita adaptações às condições clínicas dos pacientes e suas preferências. Pensar na nutrição adequada como meio importante para a recuperação do paciente agrega valor ao atendimento humanizado e multidisciplinar ao paciente hospitalizado. A oferta atrativa de refeições equilibradas e que sejam agradáveis ao paladar e ao apelo visual possibilitam maior aceitação da dieta favorecendo uma experiência de satisfação no momento de se alimentar. De acordo com a Lei 8.234 de 17/09/1991 que regulamenta a profissão de nutricionista, compete ao Nutricionista no âmbito hospitalar: elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional, registrar, em prontuário do cliente, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos pré-estabelecidos pelo serviço e aprovado pela instituição.

Meios de Verificação: Protocolo de Nutrição e Dietética atualizado e revisado. Registro no prontuário da prescrição dietética e evolução nutricional. Formulário de avaliação nutricional.

Referências:

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991.** Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1989_1994/l8234.htm>.

SILVA, F. P.; TAVARES, J. F. Nutrição e Gastronomia: aliados no bem estar e na recuperação de pacientes hospitalizados. **Revista Diálogos em Saúde**, v.2, n.2, pp.36-52, jul./dez. 2019. ISSN 2596-206X. Disponível em: <<https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/369/282>>.

4.1.13 Implementa medidas destinadas a diminuir ou eliminar as barreiras linguísticas ou sensoriais que possam indicar qualquer dificuldade para acessar aos serviços prestados pela organização

Descrição: As barreiras linguísticas e/ou sensoriais podem levar a uma comunicação ruim, comprometer os resultados terapêuticos, tanto na sua taxa de resolutividade, quanto na qualidade da atenção oferecida, assim como limitar o próprio acesso aos serviços de saúde, contribuindo ainda mais para a disparidade no cuidado ao paciente. Evidências indicam que sempre que existam barreiras linguísticas a comunicação tende a ser menos bem-sucedida e a satisfação do paciente

reduzida, o que torna necessário a implementação de medidas destinadas a diminuí-las ou eliminá-las.

Meios de Verificação: Registros sobre a ocorrência relacionada a barreiras linguísticas e/ou sensoriais. Plano de ação para diminuir ou eliminar barreiras linguísticas e/ou sensoriais no Serviço. Relatório com descrição e tratativa das manifestações em ouvidoria/SAC relacionados a falha de comunicação relacionada a barreiras linguísticas e/ou sensoriais. Evidências da presença de facilitadores na comunicação.

Referências:

CONDESSA, A. M. *et al.* Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n.23: E200074, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200074/pt>>.

RODRIGUES DE OLIVEIRA, A. L.; MENDONÇA, S. M. H. de; MENDONÇA, R. M. H. de. A língua estrangeira como barreira para o cuidado em saúde: The foreign language as barriers for the health care. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v.1, n.3, pp.05-09, 2011. DOI:10.24276/rrecien2021.1.3.05-09. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/25>>.

4.1.14 Realiza atividades de promoção da saúde e prevenção para pacientes egressos e comunidade

Descrição: Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilidade e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Na perspectiva da prevenção de agravos e promoção da Saúde é esperado que o campo de ação do serviço conte com a capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação do serviço de saúde para o cuidado com os egressos.

Meios de verificação: Sessões educativas e/ou reuniões com grupos de pacientes egressos e comunidade para atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. Registros da participação de pacientes egressos e comunidade em sessões educativas com a equipe de saúde da instituição. Formulário e/ou registro no prontuário sobre o plano de cuidados específicos para cada paciente que inclua atividades de promoção à saúde e prevenção pós alta. Cronograma de atividades de promoção da saúde e prevenção para pacientes egressos e comunidade.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde - RAS. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneve: WHO; 1986. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>.

4.1.15 Realiza atividades para a comunidade com ênfase na promoção do autocuidado, em especial quanto às doenças crônicas e as que podem ser evitadas em razão de atitudes pessoais e coletivas

Descrição: As ações do autocuidado estão relacionadas com as atividades de promoção da saúde. Existem duas maneiras de se aplicar este conceito na saúde coletiva, a primeira relaciona-se com os comportamentos individuais, focando no estilo de vida do indivíduo e podendo estender-se no máximo para a família priorizando ações educativas com a corresponsabilização do próprio indivíduo e a segunda traz o conceito da qualidade de vida, e seu foco são os determinantes sociais de saúde, como alimentação, habitação, educação, trabalho, espaços para atividade física etc. Vários determinantes impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas e naquelas que podem ser evitadas em razão de atitudes pessoais e coletivas, dessa forma, as ações de promoção do autocuidado estariam voltadas para o coletivo da sociedade, contando com a participação e capacitação dos indivíduos/comunidades em um processo de cuidado contínuo.

Meios de Verificação: Cronograma de ações educativas em saúde para a comunidade. Registros de ações educativas na comunidade. Planejamento institucional sobre educação em saúde para a comunidade. Documento que demonstre o desenvolvimento de Programas de educação para comunidade que visem o autocuidado, em especial quanto às doenças crônicas. Lista de frequência dos participantes das atividades educativas em saúde.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf>.

TEIXEIRA, Patrícia Ribeiro da Silva Maia. **O ensino da promoção do autocuidado no Diabetes Mellitus: uma abordagem socioclinica institucional.** 2020. 196f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/25253?show=full>>.

4.1.16 Proporciona uma ambiência adequada para as pessoas utilizadoras de seus serviços em todos os momentos de prestação de cuidados

Descrição: Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. No Sistema Único de Saúde - SUS, a valorização da ambiência é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde criada em 2003. Tal diretriz prevê a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. A ambiência isoladamente não altera o processo de trabalho, mas pode ser usada como uma ferramenta que contribua para as mudanças, através da co-produção dos espaços aspirados pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com funcionalidade, possibilidades de flexibilidade, garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam o processo de trabalho.

Meios de Verificação: Registros de discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores do Serviço. Ambientes e espaços do estabelecimento apropriados para a prestação de serviços. Descrição dos espaços físicos necessários e seus arranjos de acordo com o processo de trabalho que se pretende no local, considerando / problematizando as exigências das normas.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde - BVSMS. Dicas em Saúde: ambiência. Brasília: BVSMS, 2009. Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiciencia.html>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiciencia.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004a. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
[<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf)

4.1.17 Define e implementa ações nos casos de situação terminal ou falecimento

Descrição: A compreensão da evolução de uma doença para o estágio terminal e o reconhecimento da iminência da morte é um processo complexo que requer do serviço de saúde a implementação de ações que possam garantir o melhor atendimento ao paciente, considerando suas necessidades identificadas. No processo da assistência, a atenção, o apoio e o cuidado com a família devem continuar na ocorrência do falecimento.

Meios de Verificação: Protocolo institucional relacionado a paciente em fase terminal. Protocolo institucional relacionado ao óbito. Protocolo de Cuidados Paliativos. Prontuários com planos de cuidados que indiquem ações individualizadas para o paciente em situação terminal. Registros de atenção humanizada prestada em caso de falecimento.

Referências:

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares; PIRES, Carina Tischler; FORTE, Daniel Neves. **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020.

GUTIERREZ, P. L. O que é o Paciente Terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.2, p.92, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200010&lng=pt&nrm=iso>.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, pp.151-173, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>.

4.2 Gestão da experiência e satisfação do usuário

4.2.1 Possui Carta de Serviços / Carteira de Serviços atualizada e difundida à população através de canais de comunicação oficiais

Descrição: Conceitualmente, a Carta de Serviços é um documento que visa informar à população sobre quais são os serviços prestados pelo Estabelecimento de Saúde -EAS, bem como sobre os meios para acessá-los e/ou obtê-los. Além disso, a Carta de Serviços estabelece o compromisso de observar padrões de qualidade, eficiência e eficácia na execução de suas atividades, perante os usuários e a sociedade em geral. O instrumento avança no fortalecimento da cidadania e da transparência possibilitando que os usuários acompanhem o desempenho institucional dos serviços de saúde no cumprimento dos compromissos assumidos, contribuindo para a ampliação dos níveis de legitimidade e de confiança na prestação dos serviços de saúde. Como um documento que visa transparência e considerando que a efetividade de um serviço está diretamente relacionada ao conhecimento de seu público-alvo, a Carta de Serviços ao Usuário deve ser disponibilizada em página ou portal em que o Estabelecimento Assistencial de Saúde -EAS insere suas informações básicas e lista todos os serviços por ela prestados, especificando as etapas, o público-alvo, os locais, horários e formas pelas quais os usuários podem ter acesso aos serviços.

Meios de Verificação: Carta de serviços ou carteira de serviços disponibilizada em meio físico e eletrônico. Cartilha/folders/totens/banners/painéis eletrônicos/ informativos sobre os horários de visitas, orientação dos serviços disponíveis, normas do hospital.

Referências:

CEARÁ. Decreto Estadual Nº 34.697, 18 de abril de 2022. Dispõe sobre a carta dos serviços prestados ao usuário dos órgãos e entidades da administração pública do poder executivo do Estado do Ceará, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, 2022. Disponível em: <<https://www.etice.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/5/2022/06/DECRETO-No34.697-de-18-de-abril-de-2022.pdf>>.

OLIVEIRA, Diana Carmen Almeida Nunes de; CAVALCANTE, Naara Régia Pinheiro; ROCHA, Maria Ludimila Arruda Frota. Carta de Serviços ao Usuário: uma boa prática para a eficiência, a qualidade e a transparência dos serviços de saúde. **Informação Objetivas de Qualidade - IOQ**, Fortaleza: Secretaria da Saúde; Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde, n.3, mar. 2022. ISSN 2764-7684. Bimestral. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/IOQN32022.pdf>>.

4.2.2 Possui Política de Comunicação com o usuário

Descrição: O planejamento e a execução de atividades de comunicação com usuário contida em uma Política de Comunicação, tem, dentre seus papéis, o de promover a interação, facilitar a interlocução, fortalecer o vínculo com o usuário e melhorar o nível assistencial.

Meios de Verificação: Política de Comunicação Institucional. Fluxos formalizados da comunicação com os usuários. Planos de melhoria de comunicação com os usuários. Meios de comunicação utilizados pela instituição que demonstrem a comunicação com os usuários. Registro de ações voltadas à comunicação da instituição com usuários. Relatório com descrição e tratativa das manifestações em ouvidoria/SAC relacionados a falha de comunicação.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>.

NASSAR, M. R. F. Comunicação: políticas e estratégias para a área da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 27., 2004, Porto Alegre. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2004. Disponível em: <<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/52989472185186245727037507395745140121.pdf>>.

4.2.3 Disponibiliza mecanismos para que a população possa acessar o estabelecimento

Descrição: O acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo vários aspectos. O IOM definiu seis dimensões mais frequentemente utilizadas para que a assistência à saúde possa ser considerada de qualidade. Dentre elas, o acesso oportuno, para qual o Instituto aponta que “qualquer perda ou atraso de tempo deve ser evitado a todo custo, tanto do ponto de vista do

paciente, quanto do ponto de vista de quem presta a assistência”.

Pela definição, é possível inferir ser inexplicável a perda de oportunidades de ganhos e bons resultados por problemas de demora no acesso ao cuidado. Dentre os diferentes conceitos sobre o que seja acesso aos serviços de saúde destaca-se, neste quesito, os mecanismos disponibilizados acerca dos procedimentos ofertados, da capacidade instalada disponível e das ações para minimizar as barreiras geográficas que dificultam esse acesso.

Meios de Verificação: Disponibilização da oferta de serviços da Unidade. Documento de monitoramento e de ajuste da capacidade instalada. Documento que comprove o gerenciamento do acesso aos serviços. Fluxos de regulação do acesso.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação NIR:** núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57p.: il. Disponível em: <<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-de-juiz-de-fora/sinais-e-sistemas/manual-nir-versao-digital-rgb/5763766>>.

INSTITUTE OF MEDICINE - IOM. Committee On Quality Of Health Care In America. **Crossing the quality chasm:** a new health system for the 21st century. Washington-DC: National Academies Press, 2001. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Bookshelf_NBK222274.pdf>.

OLIVEIRA, Diana Carmen Almeida Nunes de; CAVALCANTE, Naara Régia Pinheiro; SILVEIRA, Carlos Bruno. Boas práticas para o acesso oportuno: Acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno. **Informação Objetivas de Qualidade - IOQ**, Fortaleza: Secretaria da Saúde; Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde, n.6, dez. 2021. ISSN 2764-7684. Bimestral. Disponível em: <<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/03/IOQN62021.pdf>>.

4.2.4 Realiza adaptações considerando a mobilidade e acessibilidade para as pessoas que são atendidas no serviço

Descrição: A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) assegura à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Meios de Verificação: Projeto arquitetônico, de ambiência e de comunicação (executados) que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Referências:

BRASIL. Lei nº. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>.

4.2.5 Possui Diretrizes de Assistência Humanizada para melhoria da qualidade em saúde

Descrição: Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos trabalhadores/profissionais. A Humanização deve ser vista como uma dimensão fundamental que opera transversalmente em toda a rede assistencial, devendo ser entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

Meios de Verificação: Política / Diretrizes de assistência humanizada no serviço. Construções coletivas para prestação de assistência humanizada. Planos de trabalho de Grupos ou Comitês de Humanização. Protocolos assistenciais com perfil humanizador. Mapeamento de programas, projetos e iniciativas de humanização existentes no serviço.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004. 20p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>.

SANTOS, Rafaella Colen. A inclusão do acolhimento na Clínica Médica do Hospital Universitário de Brasília: ações de melhoria da qualidade do atendimento ao usuário. 2021. 29 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/30959?mode=full>>.

4.2.6 Possui e dissemina direitos e deveres dos usuários

Descrição: A Resolução N° 553 de 09/08/2017 dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde reforçando que os direitos e deveres dispostos nesta Resolução constituem a “Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde”. É esperado que o serviço de saúde disponibilize os direitos e deveres dos usuários por meios físicos e na internet.

Meios de Verificação: Cartilha/ folders/ totens/ banners/ painéis eletrônicos/ informativos disponibilizados sobre direitos e deveres dos usuários. Carta dos direitos e deveres dos usuários da saúde disponibilizada a todas as pessoas por meios físicos e/ou pela internet.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N° 553 09/08/2017.** Dispõe sobre atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>>.

4.2.7 Possui SAC/ Ouvidoria implantada e em funcionamento

Descrição: A disponibilização de canais de atendimento é necessária para o acolhimento, acompanhamento e tratativas das demandas dos usuários do serviço e se constitui em importante ferramenta de comunicação entre o cliente e o serviço.

Na Administração Pública brasileira as ouvidorias representam um avanço no campo da gestão democrática e se constituiu em um espaço para a melhoria dos serviços prestados.

Meios de verificação: Existência de ouvidoria, ou outras estratégias de escuta. Serviço de ouvidoria implantado e em funcionamento. Atendimento via chat *online*; Atendimento via *e-mail*; Atendimento via redes sociais da *Internet*; Atendimento via aplicativos de mensagens. Relatórios de atuação do serviço de atendimento ao usuário com indicação das tratativas. Formulário disponível para manifestações dos usuários e cidadãos. Caixa de coleta das manifestações dos usuários. Painéis ou gráficos indicativos do grau de satisfação do usuário.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS RELAÇÕES EMPRESA CLIENTE - ABRAREC. Associação Brasileira de Ouvidores/ Ombudsman - ABO. **Manual de Boas Práticas:** Ouvidorias Brasil. São Paulo: ABRAREC, 2015. Disponível em <http://abrarec.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Vs_pb.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p.: il. ISBN 978-85-334-2203-2. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf>.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 11.034, de 5 de abril de 2022.** Regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Código de Defesa do Consumidor, para estabelecer diretrizes e normas sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2022. Disponível em: <<https://in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-11.034-de-5-de-abril-de-2022-391056767>>.

FERNANDEZ, M. V. Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas

públicas de saúde no Brasil. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n.4, p.e310403, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/Cn3G5vXz9pN4WkrQDJ9RtbS/?format=pdf&lang=pt>>.

4.2.8 Realiza pesquisa de satisfação do usuário sistematicamente

Descrição: A literatura em saúde incorporou a satisfação como indicador da qualidade do cuidado. A avaliação da satisfação dos clientes foi um dos primeiros indicadores a ser adotado pelas organizações de saúde envolvidas com iniciativas da qualidade, seja por pressão governamental, das associações profissionais ou das autoridades de saúde, sendo um componente essencial da qualidade da assistência, pois é um dos poucos indicadores disponíveis que permite avaliar a prestação de cuidados sob o ponto de vista do usuário. Nos serviços públicos as pesquisas de satisfação de usuários encontram-se colocadas como uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário.

Na Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, a satisfação do usuário com o serviço prestado é um dos aspectos que os órgãos e entidades públicos abrangidos por esta Lei devem avaliar. Referida avaliação deverá ser realizada por pesquisa de satisfação feita, no mínimo, a cada um ano, ou por qualquer outro meio que garanta significância estatística aos resultados. Seu resultado deverá ser integralmente publicado no sítio do órgão ou entidade, incluindo o *ranking* das entidades com maior incidência de reclamação dos usuários na periodicidade determinada legalmente, e servirá de subsídio para reorientar e ajustar os serviços prestados, em especial quanto ao cumprimento dos compromissos e dos padrões de qualidade de atendimento divulgados na Carta de Serviços ao Usuário.

Sobre os inquéritos acerca da satisfação do usuário e seus resultados, convém destacar que as respostas sobre a satisfação dependem, em parte, da forma como as questões são colocadas e, em parte, das relações estabelecidas entre o usuário e o profissional, e, posteriormente, sobre o usuário e o entrevistador. Dessa forma, o tema merece atenção, uma vez que as respostas obtidas podem não corresponder necessariamente a representações sociais ou percepções relativas aos serviços, mas às reações dos usuários à situação de pesquisa, caracterizando-se como uma resposta frente às condições de realização dos inquéritos.

Meios de verificação: Instrumentos para coleta das informações dos usuários/cidadãos sobre serviços. Disponibilidade dos instrumentos em serviços e setores da instituição de fácil acesso. Relatórios de satisfação do usuário. Relatórios de atuação do serviço de atendimento ao usuário com indicação das tratativas. Formulário disponível para manifestações dos usuários e cidadãos. Caixa de coleta das manifestações dos usuários. Painéis ou gráficos indicativos do grau de satisfação do usuário.

Referências:

BRASIL. Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com_content&view=article&id=1008&Itemid=75>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde suplementar - ANS. **Satisfação do Cliente**. Brasília, 26 nov. 2012. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-cpa-01.pdf>>.

CLEARY, D. P.; MCNEIL, J. B. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry**, v.25, n.1, pp.25-36, 1988. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/20190384_Patient_Satisfaction_as_An_Indicator_of_Quality_for_Care>.

ESPERIDIÃO, Monique A.; SILVA, Lígia M. V. da. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, pp.331-340, out. 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FysJv7RhpBDXKytwL8HKRj/?format=pdf&lang=pt>>.

4.2.9 Utiliza as informações e as manifestações dos pacientes, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria dos processos e prevenção de reincidências

Descrição: Monitorar e avaliar de forma eficaz as manifestações dos clientes constitui um aspecto de extremo valor para o fortalecimento da qualidade da gestão e da atenção prestada. É esperado que o serviço de saúde receba, analise e responda, por meio de mecanismos proativos e reativos, as manifestações encaminhadas pelos usuários e com a consolidação das informações e, com base nelas, aponte falhas, sugira melhorias na prestação de serviços e previna reincidências.

Meios de verificação: O relatório de gestão (número de manifestações recebidas/ motivos das manifestações/ análise dos pontos recorrentes/ providências adotadas/ soluções apresentadas). Documento que indique o tratamento que o estabelecimento dá a esses dados (retorno das demandas, incluindo sugestões). Existência de espaço institucional de discussão da informação trazida pelo processo de escuta. Documento que exponha itens de melhoria da qualidade dos serviços planejados e executados de acordo com as manifestações dos pacientes, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional. Documentos com encaminhamentos e decisões tomadas a partir da apuração das manifestações dos pacientes, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional. Monitoramento da manifestação do cliente. Evidências e monitoramento de ações de melhoria. Atas de reuniões que tratem de reclamações e sugestões, ciclos de melhoria registrados.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde suplementar - ANS. **Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões**. Brasília: MS/ANS, 2012. v.1. n.1.

Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-cpa-02.pdf>>.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017.** Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017. Disponível em:
<https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com_content&view=article&id=1008&Itemid=75>.

4.2.10 Analisa a experiência do paciente, por meio de ferramenta estruturada, utilizando-a para a criação de valor tanto para o paciente como para a instituição

Descrição: A experiência do paciente abrange a gama de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde. Como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, essa experiência inclui vários aspectos da prestação de cuidados de saúde que os doentes valorizam muito quando procuram e recebem cuidados e é um passo-chave na mudança em direção ao cuidado centrado no paciente. Analisando vários aspectos da experiência do paciente, pode-se avaliar até que ponto os pacientes estão recebendo cuidados que são respeitosos e respondem às preferências, necessidades e valores individuais. Avaliar a experiência do paciente, juntamente com outros componentes, como a eficácia e a segurança dos cuidados é essencial para fornecer uma imagem completa da qualidade dos cuidados de saúde e permite que pacientes, famílias e cuidadores definam o “valor” do cuidado prestado, permitindo que as organizações de saúde foquem seus esforços no que importa para eles e não apenas no que é o problema junto a eles. Os termos satisfação do paciente e experiência do paciente são frequentemente usados indistintamente, mas não são a mesma coisa. Para avaliar a experiência do paciente, é preciso saber dos pacientes se algo que deve acontecer em um ambiente de saúde realmente aconteceu ou quantas vezes isso aconteceu. Satisfação, por outro lado, é sobre se as expectativas de um paciente sobre um encontro de saúde foram cumpridas.

Meios de verificação: Ferramenta estruturada para avaliação da experiência do paciente. Relatório de análise das experiências dos pacientes. Plano de melhoria a partir das análises das experiências dos pacientes. Monitoramento das ações de melhoria.

Referências:

GRUPO IBES [Blog]. **O que é Experiência do Paciente?** São Paulo, 30 jul. 2020. Disponível em: <<https://www.ibes.med.br/o-que-e-experiencia-do-paciente/#:~:text=Por%20defini%C3%A7%C3%A3o%20a%20experi%C3%A1ncia%20do,e%20outros%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%A7ade>>.

4.2.11 Dá retorno às manifestações dos usuários em tempo adequado

Descrição: As rotinas de tratamento das manifestações dos usuários devem acontecer de forma sistematizada e seguir a definição organizacional de tratamento das demandas.

Para os serviços públicos a Lei N° 13.460, de 26 de junho de 2017 coloca que as ouvidorias deverão receber, analisar e responder, por meio de mecanismos proativos e reativos, as manifestações encaminhadas por usuários de serviços públicos e deverão encaminhar a decisão administrativa final ao usuário, observado o prazo de trinta dias, prorrogável de forma justificada uma única vez, por igual período.

Meios de verificação: Rotina formalizada sobre o tratamento das manifestações dos usuários, com indicação do tempo de retorno das demandas. Relatório sobre o acompanhamento dos processos: entrada, parecer/julgamento e desfecho final do pleito de usuários e familiares de pacientes/clientes/usuários. Indicador de acompanhamento dos tempos de retorno, em relação ao tempo estabelecido pelo serviço.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde suplementar - ANS. **Monitoramento da manifestação do cliente:** avaliação de reclamações e sugestões. Brasília: MS/ANS, 2012. v.1, n.1. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-cpa-02.pdf>>.

BRASIL. **Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017.** Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com_content&view=article&id=1008&Itemid=75>.

BRASIL. Ouvidorias.gov. **Central de Conteúdos:** Perguntas e respostas - ouvidorias e manifestações. Brasília, ago. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ouvidorias/pt-br/central-de-conteudos/perguntas-frequentes-2019#Resp1>>..

4.2.12 Publiciza dados da pesquisa de satisfação do usuário

Descrição: Os resultados do levantamento das pesquisas de satisfação do usuário permitem identificar as oportunidades de melhoria da qualidade da assistência sob a perspectiva dos pacientes. A divulgação dos resultados das pesquisas de satisfação é uma das ações esperadas para causar impacto no indicador.

Nos serviços públicos, de acordo com a Lei N° 13.460, de 26 de junho de 2017, o resultado da avaliação pesquisa de satisfação deverá ser integralmente publicado no sítio do órgão ou entidade e servirá de subsídio para reorientar e ajustar os serviços prestados, em especial quanto ao cumprimento

dos compromissos e dos padrões de qualidade de atendimento divulgados na Carta de Serviços ao Usuário.

Meios de verificação: Dados da pesquisa de satisfação do usuário divulgados internamente. Dados da pesquisa de satisfação do usuário divulgados externamente.

Referências:

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017.** Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 2017. Disponível em:
https://www.ipea.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com_content&view=article&id=1008&Itemid=75.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde suplementar - ANS. **Satisfação do Cliente.** Brasília, 26 nov. 2012. Disponível em:
<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-cpa-01.pdf>.

CLEARY, D. P.; MCNEIL J. B. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry**, v.25, n.1, pp.25-36, 1988. Disponivel em:
https://www.researchgate.net/publication/20190384_Patient_Satisfaction_as_An_Indicator_of_Quality_for_Care.

APÊNDICE - QUESTIONÁRIO DE BOAS PRÁTICAS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

QUESTIONÁRIO DE REQUISITOS PARA CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO ESTADO DO CEARÁ

Nome da Instituição:			
CNES:			
CNPJ:			
Nome/CPF do Autoavaliador:			
Data da Autoavaliação:			
Nome/CPF do Avaliador ARQS:			
Data da Avaliação:			
	EIXO 1. BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL	Atende Requisito?	
	1.1 GESTÃO E PLANEJAMENTO	SIM	NÃO
	1.1.1 Possui e dissemina a sua identidade organizacional (Missão, Visão, Valores) entre seus colaboradores		
	1.1.2 Possui organograma com a sua estrutura formal estabelecida e disseminada entre seus colaboradores		
	1.1.3 Possui e dissemina Código de Conduta Institucional entre os colaboradores		
	1.1.4 Possui regimento interno ou documento equivalente atualizado, contemplando a descrição das atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências		
	1.1.5 Designa formalmente o Responsável Técnico pelo estabelecimento de saúde		
	1.1.6 Designa profissional responsável nas unidades funcionais do estabelecimento de saúde conforme, definido em legislações e regulamentos específicos		
	1.1.7 Notifica ao órgão sanitário competente quando da mudança do responsável técnico		
	1.1.8 Possui Planejamento Estratégico Institucional com desdobramento dos objetivos e metas por áreas		
	1.1.9 Monitora periodicamente a disseminação do planejamento estratégico, sua execução e os resultados obtidos, corrigindo desvios e gerando ações de melhoria		
	1.1.10 Utiliza informações gerenciais para tomada de decisão, na busca do alcance de resultados e de forma alinhada às estratégias organizacionais		
	1.1.11 Acompanha o desempenho orçamentário da organização		
	1.1.12 Possui Política e Programa de Compliance, de Gestão de Risco e de Transparência organizacional		
	1.1.13 Realiza Auditoria Interna com atividades periódicas		
	1.1.14 Possui e dissemina a Política de Comunicação Institucional (interna e externa) que atenda as necessidades da organização		
	1.1.15 Possui e gerencia o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - ativo e atualizado		
	1.1.16 Possui licença sanitária atualizada de acordo com a legislação local, afixada em local visível ao público		
	1.2 GESTÃO DA QUALIDADE	SIM	NÃO SE APlica
	1.2.1 Possui Política de Gestão da Qualidade estabelecida e disseminada		
	1.2.2 Possui Núcleo da Qualidade em funcionamento		
	1.2.3 Gerencia os processos de trabalho de forma sistêmica e integrada com as unidades funcionais		
	1.2.4 Possui método de elaboração, padronização, validação, controle e revisão de documentos		
	1.2.5 Adota logística e padronização dos prontuários.		
	1.2.6 Identifica o perfil assistencial do serviço		
	1.2.7 Identifica o perfil epidemiológico de seus usuários.		
	1.2.8 Dissemina os processos assistenciais aos profissionais e as unidades funcionais (Protocolos, Rotinas, Pop's etc)		
	1.2.9 Define critérios de avaliação, incorporação e aquisição de novas tecnologias.		

EIXO 1. BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL

	<p>1.2.10 Estabelece e documenta ciclos de melhoria contínua da qualidade para intervenção em problemas prioritários</p> <p>1.2.11 Desenvolve capacitações sobre o uso de Ferramentas da Qualidade</p> <p>1.2.12 Realiza auditorias de qualidade dos processos assistenciais sistematicamente</p> <p>1.2.13 Acompanha e avalia as atividades das Comissões Técnicas Obrigatórias</p> <p>1.2.14 Possui acreditação de serviços vigente e emitida por entidades devidamente reconhecidas em certificação da qualidade de estabelecimentos de saúde</p>
1.3 GESTÃO DE PESSOAS	
1.3.1 Possui Política de Gestão de Pessoas independente do tipo de vínculo	
1.3.2 Dimensiona o quantitativo de profissionais de acordo com as necessidades operacionais de cada unidade funcional	
1.3.3 Recruta, seleciona, desenvolve e desliga pessoas de acordo com às competências essenciais e individuais, definidas na Política de Gestão de Pessoas	
1.3.4 Identifica devidamente os colaboradores de acordo com a Política de Gestão de Pessoas	
1.3.5 Gerencia as necessidades de capacitações e treinamentos de seus colaboradores	
1.3.6 Capacita e treina seus colaboradores de forma contínua, alinhando as necessidades advindas da prestação de cuidados, por meio de Programa de Educação Permanente	
1.3.7 Realiza avaliação periódica de desempenho do colaborador	
1.3.8 Valoriza a experiência e competência técnica e profissional como critério para escolha dos cargos de chefia e liderança	
1.3.9 Desenvolve a liderança com foco nas ações necessárias para o desempenho das funções exercidas	
1.3.10 Avalia sistematicamente a satisfação do colaborador	
1.3.11 Promove cultura justa visando identificar e abordar problemas de sistemas que levam os indivíduos a se envolverem em comportamentos inseguros	
1.3.12 Executa Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO	
1.3.13 Disponibiliza informações e formações necessárias aos colaboradores para que conheçam os riscos do seu posto de trabalho, assim como as medidas a implementar para a sua eliminação, mitigação e controle	
1.3.14 Estabelece programa de acolhimento, integração e acompanhamento de novos colaboradores independente do vínculo	
1.3.15 Possui práticas de gestão visando promover a integração dos colaboradores	
1.3.16 Garante a resolução de eventuais conflitos éticos	
1.4 GESTÃO DA SEGURANÇA DAS OPERAÇÕES	
1.4.1 Possui Serviço de Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT- implantado e em funcionamento	
1.4.2 Possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRa / Programa de Gerenciamento de Riscos PGR - implantado e atualizado	
1.4.3 Dispõe de documentação legal e técnica atualizada emitidas pelos órgãos competentes em matéria de segurança estrutural	
1.4.4 Estabelece e cumpre cronograma para realização de inspeção das instalações	
1.4.5 Estabelece e cumpre cronograma para realização de inspeção dos equipamentos	
1.4.6 Realiza sistematicamente a manutenção preventiva das instalações, mobiliários e equipamentos	
1.4.7 Realiza sistematicamente a manutenção corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos	
1.4.8 Implementa melhorias nas condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura	
1.4.9 Dispõe de procedimento de controle e seguimento da qualidade do ar nas zonas e dependências críticas	
1.4.10 Sinaliza os ambientes adequadamente	
1.4.11 Dispõe de planos de contingência específicos para abastecimentos essenciais e críticos, tais como eletricidade, água, combustível, gases medicinais, telefonia	

EIXO 1. BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL

EIXO 1. BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO ORGANIZACIONAL

1.4.12 Possui plano de contingência atualizado para prevenção e combate de sinistros, tais como situações de incêndio, acidente, explosão e desastres naturais		
1.4.13 Estabelece planos para enfrentamento de surtos epidêmicos e pandemias		
1.4.14 Possui mecanismos e ações para movimentação, rastreabilidade e controle dos mobiliários e equipamentos		
1.4.15 Identifica e controla a entrada e saída das pessoas na instituição e nas áreas críticas		
1.4.16 Estabelece procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas e agressão		
1.5 GESTÃO DE INSUMOS, MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS		
1.5.1 Gerencia a logística de insumos, materiais e equipamentos de forma adequada para evitar o desabastecimento		
1.5.2 Possui plano de contingência para situações de desabastecimento de insumos, materiais e equipamentos de forma adequada		
1.5.3 Acompanha e gerencia compras de urgência de insumos, materiais e equipamentos, incluindo os não padronizados		
1.5.4 Acompanha e gerencia a contratação de urgência de fornecedores de serviços		
1.5.5 Gerencia o uso de tecnologias de apoio assistencial, da aquisição ao descarte		
1.5.6 Adota critérios para obsolescência e inativação de tecnologias de apoio assistencial		
1.5.7 Identifica, monitora e avalia a utilização inadequada das tecnologias de apoio assistencial propondo ações preventivas e corretivas		
1.5.8 Possui Política de Qualificação de Fornecedores de insumos, serviços e equipamentos		
1.5.9 Gerencia desempenho e contratos com fornecedores de insumos, equipamentos e serviços		
1.5.10 Identifica e registra as deficiências na qualidade da prestação dos serviços dos fornecedores para assegurar a rastreabilidade da sua análise e resolução		
1.5.11 Disponibiliza equipamentos de proteção individual – EPI's aos colaboradores e proporciona orientações para garantir seu uso correto		
1.5.12 Estabelece e cumpre protocolo para processamento de roupas		
1.6 GESTÃO DA SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO		
1.6.1 Possui Política de Segurança da Informação		
1.6.2 Possui Comissão de Revisão de Prontuários		
1.6.3 Dispõe de sistemas e tecnologias da informação integradas e adaptadas às necessidades institucionais		
1.6.4 Possui prontuário eletrônico integrado para registrar a informação gerada durante a assistência		
1.6.5 Estabelece mecanismos e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura		
1.6.6 Dispõe de meios que permitem garantir a segurança, confidencialidade, posse e acesso restrito à informação clínica e das pessoas		
1.6.7 Garante que a informação manipulada mantenha todas as características originais estabelecidas pelo proprietário da informação, incluindo controle de mudanças		
1.6.8 Possui plano de contingência em situações de ataques (<i>hackers</i>), quedas de sistemas e perda de dados		
1.7 GESTÃO AMBIENTAL		
1.7.1 Possui e executa Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)		
1.7.2 Monitora e avalia sistematicamente o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS		
1.7.3 Adota boas práticas para combate ao desperdício		
1.7.4 Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação correta, armazenamento, conservação, transporte, rastreabilidade e descarte apropriado do material biológico humano		
1.7.5 Possui fluxo interno para transporte de corpos para necrotério		
1.7.6 Comprova a capacitação e o treinamento para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos		

EIXO 2 - BOAS PRÁTICAS PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE	
EIXO 1. BOAS PRÁTICAS PARA GESTÃO	1.7.7 Segue as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN estabelecidas para as fontes radioativas 1.7.8 Executa ações de controle de vetores e pragas urbanas 1.7.9 Promove ações voltadas para sustentabilidade socioambiental
EIXO 2 - BOAS PRÁTICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	2.1 GESTÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1 Possui Núcleo de Segurança do Paciente - NSP implantado e em funcionamento 2.1.2 O Núcleo de Segurança do Paciente - NSP tem estrutura própria suficiente para realização das tarefas 2.1.3 Nomeia, dá autoridade e responsabilidade a equipe do Núcleo de Segurança do Paciente - NSP para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente - PSP 2.1.4 O Núcleo de Segurança do Paciente - NSP participa das reuniões deliberativas do serviço de saúde 2.1.5 Possui Plano de Segurança do Paciente instituído e vigente 2.1.6 Monitora ações do Plano de Segurança do Paciente 2.1.7 Atualiza periodicamente o Plano de Segurança do Paciente 2.1.8 Divulga sistematicamente o Plano de Segurança do Paciente 2.1.9 Divulga boas práticas no domínio da segurança do paciente entre os serviços da instituição 2.1.10 Avalia periodicamente a cultura de segurança do paciente 2.1.11 Desenvolve, executa e acompanha programas de capacitação em Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde 2.2 GESTÃO DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO, VIGILÂNCIA E INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1 Possui fluxo formalizado e divulgado para a notificação de incidentes e eventos adversos pelos colaboradores. 2.2.2 Notifica, aos órgãos competentes, incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde, e dos que evoluíram para óbito (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária). 2.2.3 Mantém sob sua guarda e disponibiliza à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de incidentes e eventos adversos 2.2.4 Monitora incidentes, danos e eventos adversos ocorridos internamente 2.2.5 Realiza ações de prevenção de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde 2.2.6 Realiza ações de investigação e desfecho de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde 2.2.7 Realiza ações de controle de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde 2.2.8 Possui fluxo de compartilhamento das análises dos incidentes e eventos adversos para os colaboradores da instituição 2.2.9 Publiciza para os usuários as análises dos incidentes e eventos adversos 2.2.10 Notifica doenças e agravos de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN 2.2.11 Notifica e investiga os óbitos hospitalares 2.2.12 Estabelece diretrizes de farmacovigilância 2.2.13 Estabelece diretrizes de tecnovigilância 2.2.14 Estabelece diretrizes de hemovigilância 2.2.15 Possui fluxo de compartilhamento de alertas sanitários e outras comunicações de riscos divulgadas pelas autoridades sanitárias 2.3 GESTÃO DOS PROTOCOLOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> 2.3.1 Estabelece Protocols de Prevenção e Controle de Infecção e Biossegurança 2.3.2 Estabelece Protocolo de Prevenção de Quedas 2.3.3 Estabelece Protocolo de Cirurgia Segura 2.3.4 Estabelece Protocolo de Identificação Segura dos Pacientes

	<p>2.3.5 Estabelece protocolo para coleta e identificação de amostras laboratoriais, assim como para seu transporte, manipulação, armazenamento, conservação e utilização</p> <p>2.3.6 Estabelece Protocolo para a Prescrição, Dispensação, Preparo e Administração de medicamentos</p> <p>2.3.7 Estabelece Protocolo de Segurança no Uso de Medicamentos Potencialmente Perigosos</p> <p>2.3.8 Estabelece Protocolo de Higiene das Mãos</p> <p>2.3.9 Estabelece Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão</p> <p>2.3.10 Estabelece Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos</p> <p>2.3.11 Estabelece protocolos para assistência das condições clínicas de maior prevalência conforme o perfil epidemiológico da instituição</p> <p>2.3.12 Estabelece Protocolo para identificação e atendimento dos casos com deterioração clínica</p> <p>2.3.13 Estabelece Protocolo de transporte seguro intra e extra hospitalar</p> <p>2.3.14 Estabelece Protocolo de classificação, triagem e priorização de atendimento ao paciente de urgência e emergência</p> <p>2.3.15 Estabelece critérios para identificação, classificação e fluxo de atendimento às urgências e emergências obstétricas</p> <p>2.3.16 Estabelece Protocolos de segurança para administração de anestésicos</p> <p>2.3.17 Estabelece Protocolos para atendimentos de cirurgias de urgência e emergência</p> <p>2.3.18 Estabelece Protocolo de segurança nutricional, enteral e parenteral</p> <p>2.3.19 Estabelece Protocolo de parto seguro</p> <p>2.3.20 Estabelece Protocolo de medidas de precaução e isolamento para garantir o controle da ocorrência de infecções</p> <p>2.3.21 Possui POPs escritos, validados e atualizados</p> <p>2.3.22 Executa procedimentos e protocolos em conformidade com documento descrito aprovado e vigente</p> <p>2.3.23 Estabelece Protocolo para Transfusão de Sangue e Hemocomponentes</p> <p>2.3.24 Acompanha e avalia os protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria</p> <p>2.3.25 Possui Plano de continuidade assistencial do usuário pós alta com modelo de Relatório de Alta que recolha toda a informação relevante da condição de saúde do paciente</p> <p>2.3.26 Estabelece Protocolos para utilização de medidas de contenção</p>
EIXO 2 - BOAS PRÁTICAS PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE	<h4>2.4 GESTÃO E COMUNICAÇÃO DO RISCO</h4> <p>2.4.1 Possui Comissão de Gestão e Comunicação de Risco - Setor/Serviço de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar - GRSIH implantado e em funcionamento</p> <p>2.4.2 Possui Política de gestão de risco e de comunicação estabelecida e disseminada</p> <p>2.4.3 Possui Plano de Ação para a execução do estabelecido na política de gestão de risco e de comunicação</p> <p>2.4.4 Realiza a identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos</p> <p>2.4.5 Dispõe de uma metodologia estruturada de gestão de riscos que lhe permite conhecê-los, priorizá-los e estabelecer medidas preventivas</p> <p>2.4.6 Identifica, atualiza, reavalia e reclassifica os riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde e ao tipo de pacientes que atendem</p> <p>2.4.7 Possui Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH implantada e em funcionamento</p> <p>2.4.8 Gerencia a efetividade das ações de prevenção das IRAS promovendo ações de melhoria com foco na segurança do paciente</p> <p>2.4.9 Gerencia a efetividade das ações de enfrentamento da resistência microbiana, promovendo ações de melhoria com foco na segurança do paciente</p> <p>2.4.10 Monitora a adesão às práticas de prevenção e controle de infecção e biossegurança.</p> <p>2.4.11 Monitora o uso de antimicrobianos e seus resultados, de acordo com o Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos</p> <p>2.4.12 Monitora a situação de epidemias e doenças emergentes desenvolvendo planos de contingência para atendimento</p>

EIXO 3 - BOAS PRÁTICAS PARA ACESSO AO CUIDADO 3.2.1 Possui fluxos e critérios validados e implantados para admissão, alta e transferências de pacientes 3.2.2 Monitora o perfil assistencial de seus usuários 3.2.3 Gerencia e monitora as internações, por meio da regulação interna, priorizando pacientes, de acordo com critérios previstos para os diferentes serviços 3.2.4 Monitora as reinternações e promove medidas para evitá-las 3.2.5 Adota Plano Terapêutico Individualizado 3.2.6 Gerencia e Monitora o Tempo Médio de Permanência dos Pacientes nos leitos de internação 3.2.7 Gerencia e Monitora a Taxa de Ocupação Hospitalar 3.2.8 Possui Protocolo para cuidados paliativos e terminalidade 3.2.9 Realiza de forma sistemática e padronizada a reconciliação medicamentosa dos pacientes internados 3.2.10 Realiza avaliação sistemática do estado nutricional e seguimento dietético dos pacientes internados 3.2.11 Gerencia o acesso para especialidades, exames e procedimentos terapêuticos, sendo eles próprios ou referenciados 3.2.12 Adota diretrizes institucionais de transição do cuidado nas passagens de plantão e transferências internas e externas 3.2.13 Possui Protocolo para Comunicação e apoio multidisciplinar para alta	EIXO 4. BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE 4.1 GESTÃO DAS AÇÕES CENTRADAS NO PACIENTE 4.1.1 Considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado 4.1.2 Promove ações para participação do paciente e seu acompanhante nas decisões estratégicas terapêuticas, considerando às escolhas feitas pelos mesmos 4.1.3 Adota ações para prevenção de incidentes na assistência de forma individualizada, conforme necessidade de cada paciente 4.1.4 Realiza abordagem sistematizada à pessoa com dor 4.1.5 Garante o envolvimento do paciente e acompanhante a respeito dos seus procedimentos, riscos e planos terapêuticos, incluindo o pós alta 4.1.6 Presta informações e orientações ao paciente e/ou acompanhante, de forma clara e compreensível, sobre todos os aspectos (clínico, administrativo, transferência etc.) relacionados com a sua condição de saúde 4.1.7 Adota rotina de Termo de Consentimento Informado e Esclarecido 4.1.8 Comunica a ocorrência de reincidentes e eventos adversos a pacientes e familiares (<i>Disclosure</i>) 4.1.9 Dispõe de atenção multidisciplinar e garante a continuidade da assistência através de registros em prontuários 4.1.10 Estabelece protocolo de atendimento às vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio 4.1.11 Planeja e oferece orientações educativas para o paciente quanto a importância do autocuidado, em especial quanto as doenças crônicas e as que podem ser evitadas em razão de atitudes pessoais e coletivas 4.1.12 Dispõe de um plano de nutrição e dietética adaptado as condições dos pacientes e suas preferências 4.1.13 Implementa medidas destinadas a diminuir ou eliminar as barreiras lingüísticas ou sensoriais que possam indicar qualquer dificuldade para acessar aos serviços prestados pela Organização 4.1.14 Realiza atividades de promoção da saúde e prevenção para pacientes e comunidade 4.1.15 Realiza atividades para a comunidade com ênfase na promoção do autocuidado, em especial quanto às doenças crônicas e as que podem ser evitadas em razão de atitudes pessoais e coletivas 4.1.16 Proporciona uma ambência adequada para as pessoas utilizadoras de seus serviços em todos os momentos de prestação de cuidados 4.1.17 Define e implementa ações nos casos de situação terminal ou falecimento
EIXO 4. BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE 4.2 GESTÃO DA EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	4.2.1 Possui Carta de Serviços / Carteira de serviços atualizada e difundida à população através de canais de comunicação oficiais

EIXO 4. BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE	
4.2.2 Possui Política de comunicação com o usuário	
4.2.3 Disponibiliza mecanismos para que a população possa acessar o estabelecimento	
4.2.4 Realiza adaptações considerando a mobilidade e acessibilidade para as pessoas que são atendidas no serviço	
4.2.5 Possui diretrizes de assistência humanizada para melhoria da qualidade em saúde	
4.2.6 Possui e dissemina direitos e deveres dos usuários	
4.2.7 Possui SAC/Ouvirória implantada e em funcionamento	
4.2.8 Realiza pesquisa de satisfação do usuário sistematicamente	
4.2.9 Utiliza as informações e as manifestações dos pacientes, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria dos processos e prevenção de reincidências	
4.2.10 Analisa a experiência do paciente, por meio de ferramenta estruturada, utilizando-a para a criação de valor tanto para o paciente como para a instituição	
4.2.11 Dá retorno às manifestações dos usuários em tempo adequado	
4.2.12 Publiciza dados da pesquisa de satisfação do usuário	



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

AV. ALMIRANTE BARROSO, 600, PRAIA DE IRACEMA
FORTALEZA/CE | CEP: 60060-440