

MANUAL BRASILEIRO
DE ACREDITAÇÃO:

Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

- Laboratório
- Hospital
- Hemoterapia
- Ambulatório
- Atenção Domiciliar
- Pronto Atendimento
- Atendimento Oncológico
- Medicina Hiperbárica
- Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva
- Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear

ONA
Organização Nacional de Acreditação



MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Versão 2018-2022

Coleção Manual Brasileiro de Acreditação

Volume 1



Coleção Manual Brasileiro de Acreditação

Editora: Organização Nacional de Acreditação

Volume 1: Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

Volume 2: Manual de Programas da Saúde e Prevenção de Riscos

Volume 3: Manual dos Serviços para a Saúde – Selo de Qualificação ONA

Volume 4: Manual dos Serviços Odontológicos

Missão da Organização Nacional de Acreditação – ONA

Aprimorar a gestão, a qualidade e a segurança da assistência no Setor Saúde,
por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2018.

152 p.; 30cm. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação;1)

Versão 2018

ISBN 978-85-63674-07-4

1. Organizações prestadoras de serviços de saúde. 2. Manuais. 3. Qualidade. 4. Acreditação. 5. Avaliação. 6. Segurança do Paciente 7. Hospital. 8. Hemoterapia. 9. Laboratório. 10. Nefrologia. 11. Terapia renal substitutiva. 12. Diagnóstico por imagem. 13. Radioterapia. 14. Medicina nuclear. 15. Ambulatório. 16. Pronto atendimento. 17. Atenção domiciliar. 18. Oncologia. 19. Medicina Hiperbárica CDU

ONA

Rua Bela Cintra, 986 – Conj. 82

01415-002 – São Paulo/SP

Fone: (11) 3121.3232 Portal ONA: www.ona.org.br

E-mail: ona@ona.org.br



Nossa metodologia é reconhecida pela ISQua (*International Society for Quality in Health Care*), associação parceira da OMS (Organização Mundial de Saúde) e que conta com representantes de instituições acadêmicas e organizações de saúde de mais de 100 países.

A ISQua é a única sociedade internacional para qualidade em cuidados de saúde que certifica mundialmente organizações acreditadoras e constata que a ONA está entre as melhores em nível mundial.

ENTIDADES FUNDADORAS



ENTIDADES ASSOCIADAS



SUMÁRIO

Mensagem da ONA.....	9
Agradecimentos.....	10
SBA – Sistema Brasileiro de Acreditação	11
ONA – Organização Nacional de Acreditação	12
NO – Norma Orientadora	14
Colaboração	16
Consulta Pública.....	18
A Acreditação.....	19
Fundamentos de Gestão em Saúde	20
Dimensões da Qualidade.....	22
O Manual da Organização de Saúde.....	23
Processos de Avaliação	25
A Metodologia de Avaliação para Acreditação	27
Avaliação de Processos Terceirizados.....	28
Parâmetros Mínimos para a Definição de Tempo de Visita e Equipe de Avaliadores	28
Tabela para Definição do Número de Avaliadores	29
Sistema de Avaliação para a Acreditação	31
Resultados das Avaliações para Acreditação.....	31
Normas para o Processo de Avaliação – NA.....	34
PADRÕES E REQUISITOS	
SEÇÃO 1 – GESTÃO ORGANIZACIONAL	
Subseção 1.1 – Liderança Organizacional.....	44
Subseção 1.2 – Gestão da Qualidade e Segurança	47
Subseção 1.3 – Gestão Administrativa e Financeira.....	49
Subseção 1.4 – Gestão de Pessoas	51
Subseção 1.5 – Gestão de Suprimentos e Logística	53
Subseção 1.6 – Gestão da Informação e Comunicação	55
Subseção 1.7 – Gestão do Acesso ao Cuidado	57
Subseção 1.8 – Gestão da Segurança Patrimonial	59
Subseção 1.9 – Gestão da Infraestrutura e Tecnologia	61

SEÇÃO 2 – ATENÇÃO AO PACIENTE

Subseção 2.1 – Internação.....	64
Subseção 2.2 – Atendimento Ambulatorial.....	66
Subseção 2.3 – Atendimento Emergencial.....	69
Subseção 2.4 – Atendimento Cirúrgico	71
Subseção 2.5 – Atendimento Obstétrico.....	74
Subseção 2.6 – Atendimento Neonatal	77
Subseção 2.7 – Cuidados Intensivos.....	80
Subseção 2.8 – Assistência Hemoterápica	83
Subseção 2.9 – Assistência Nefrológica e Dialítica.....	86
Subseção 2.10 – Assistência Oncológica e Terapia Antineoplásica.....	89
Subseção 2.11 – Radioterapia	92
Subseção 2.12 – Medicina Oxigenoterapia Hiperbárica	95
Subseção 2.13 – Assistência Farmacêutica	97
Subseção 2.14 – Assistência Nutricional	100

SEÇÃO 3 – DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Subseção 3.1 – Análises Clínicas.....	104
Subseção 3.2 – Anatomia Patológica e Citopatologia	108
Subseção 3.3 – Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados	112
Subseção 3.4 – Diagnóstico por Imagem	115
Subseção 3.5 – Medicina Nuclear	118
Subseção 3.6 – Radiologia Intervencionista.....	121
Subseção 3.7 – Métodos Endoscópicos e Videoscópicos	124

SEÇÃO 4 – GESTÃO DE APOIO

Subseção 4.1 – Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar.....	128
Subseção 4.2 – Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança.....	130
Subseção 4.3 – Higienização.....	132
Subseção 4.4 – Processamento de Materiais e Esterilização.....	134
Subseção 4.5 – Processamento de Roupas	136
Nível 3 – Excelência em Gestão	137
Termos e Conceitos	139
Referências.....	145

MENSAGEM DA ONA

A publicação da versão 2018 do Manual Brasileiro de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) foi mais uma importante etapa para o SBA/ONA. Durante todos esses anos de história e realizações marcados pelo constante amadurecimento do sistema de avaliação e acreditação, a ONA tem como missão incentivar o setor de saúde a aprimorar a gestão e a qualidade da assistência.

Nunca as organizações de saúde se preocuparam tanto com a incorporação de modelos de gestão em seus serviços, assumindo um compromisso com a qualidade. Estamos certos de que a adoção dos requisitos do SBA/ONA muito tem contribuído para criar uma cultura favorável, a fim de materializar este comprometimento.

Cabe destacar que a Acreditação é um processo em que as organizações de saúde adquirem reconhecimento público e proporcionam, com base em determinados padrões, a qualidade dos serviços prestados. Trata-se, portanto, de mérito que une a constatação da competência técnico-assistencial com o estímulo à contínua melhoria dos serviços prestados. O Manual Brasileiro de Acreditação é um instrumento consistente e objetivo, colocado à disposição de todos aqueles que prestam assistência de qualidade aos pacientes.

A presente edição representa o primeiro volume da série de manuais do SBA/ONA e é uma evidência concreta de empenho e progresso, associando forte conteúdo técnico, reconhecimento e credibilidade pública.

ARLINDO DE ALMEIDA

Presidente do Conselho de Administração da ONA

AGRADECIMENTOS

O Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde completa mais um ciclo de aplicação, evolução e melhorias. Esse modelo foi iniciado em 1999 com o Manual dos Hospitais, mostrando-se assim válido e consistente para atender às necessidades de organizações de diferentes tipos, perfil, porte ou característica.

Ao disponibilizar este novo Manual Brasileiro de Acreditação, é fundamental reconhecer e agradecer àqueles que contribuíram, incentivaram e confiaram no processo e nas equipes que se encarregaram do seu desenvolvimento.

Agradecemos ao decisivo apoio das Entidades Fundadoras: Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge); Confederação Nacional da Saúde (CNS); Federação Brasileira de Hospitais (FBH); Federação Nacional de Saúde (Fenasaúde); das Entidades Associadas: Confederação Nacional das Misericórdias do Brasil (CMB); Sociedade Brasileira de Análise Clínicas (SBAC); e Unimed do Brasil (Unimed).

Agradecemos às Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs), aos avaliadores, às organizações de serviços de saúde, ao Comitê Técnico revisor deste manual, bem como a todos aqueles que na etapa de consulta pública enviaram sugestões e propostas de melhorias.



SBA

SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) é o conjunto de estruturas, processos e instituições que têm por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil.

O SBA é composto pela ONA, que tem como objetivos principais a normatização, a coordenação e a implementação do processo de acreditação nas organizações, serviços e programas de saúde; pelas Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs) com a função de executar as atividades do processo de acreditação; pelas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) públicas e privadas; pelos Serviços Odontológicos; e pelos Serviços para a Saúde e Programas da Saúde e Prevenção de Riscos, certificados pelo SBA/ONA.



SBA

SISTEMA BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) é o conjunto de estruturas, processos e instituições que têm por finalidade a viabilização do processo de acreditação no Brasil.

O SBA é composto pela ONA, que tem como objetivos principais a normatização, a coordenação e a implementação do processo de acreditação nas organizações, serviços e programas de saúde; pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs) com a função de executar as atividades do processo de acreditação; pelas Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) públicas e privadas; pelos Serviços Odontológicos; e pelos Serviços para a Saúde e Programas da Saúde e Prevenção de Riscos, certificados pelo SBA/ONA.

ONA

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é responsável pela principal metodologia de Acreditação no Brasil.

As primeiras iniciativas de Acreditação surgiram no Brasil no início dos anos 1990. O período é bastante significativo porque marca o começo da implantação do Sistema Único de Saúde. Durante essa primeira década, as iniciativas eram locais, não existia um método de avaliação usado em todo o país que atendesse instituições com diferentes tamanhos e especialidades.

Isso só foi possível a partir da criação da ONA e do primeiro Manual de Acreditação de Serviços de Saúde, em 1999, com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde e da Anvisa. Dessa forma, a ONA foi constituída em 1999 como uma instituição privada, de interesse coletivo e sem fins lucrativos. Sua função é coordenar e gerir o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e também incentivar o setor de saúde a aprimorar seus processos de gestão e qualidade da assistência.

Cabe à Organização Nacional de Acreditação:

- Regulamentar o Sistema Brasileiro de Acreditação.
- Coordenar a implantação, implementação e desenvolvimento de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência, através de certificações periódicas.
- Promover o desenvolvimento e a disseminação de instrumentos para atender ao processo de avaliação e ao aprimoramento contínuo da assistência à saúde.
- Definir critérios de credenciamento e descredenciamento, credenciar e acompanhar as atividades das Instituições Acreditadoras.
- Estimular a criação de Instituições Acreditadoras.
- Estabelecer os padrões a serem utilizados pelas Instituições Acreditadoras.
- Estabelecer as diretrizes para a capacitação dos avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação.
- Acompanhar e validar o processo de acreditação.
- Acompanhar, através de metodologia definida, o alinhamento da aplicação do processo de certificação pelas IACs.
- Emitir os certificados relacionados aos processos de avaliação.
- Proporcionar conhecimento teórico aos avaliadores quanto à metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.



Missão da ONA

Aprimorar a gestão, a qualidade e a segurança da assistência no Setor Saúde, por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação.

Instituição Acreditadora Credenciada (IAC)

As IACs são instituições de direito privado, com ou sem fins econômicos, credenciadas pela ONA, responsáveis por realizar as avaliações e as creditações das organizações, serviços e programas da saúde, de acordo com os procedimentos e metodologia definidos nas Normas Orientadoras e pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA). A relação de Instituições Acreditadoras Credenciadas está disponível no portal da ONA em: <www.ona.org.br>.

NO NORMA ORIENTADORA

As Normas Orientadoras definem as regras para o funcionamento do Sistema Brasileiro de Acreditação. Todas as atividades do processo para acreditação têm suas regras estabelecidas por uma NO. Todos os integrantes que compõem o SBA devem estar em conformidade com as diretrizes estabelecidas nas NOs.

O não cumprimento das determinações das NOs pode desencadear, por parte da Organização Nacional de Acreditação, as seguintes ações:

- Cancelamento da certificação vigente.
- Cancelamento ou suspensão da Instituição Acreditadora Credenciada.
- Suspensão ou exclusão de avaliadores.
- Aplicação de advertência para a parte notificada.
- Aplicação de multa para a parte notificada.
- Outra ação definida pelo Conselho de Administração da ONA.

Conheça mais sobre cada NO acessando o portal da ONA em: www.ona.org.br.

- Diretrizes do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.
- Inscrição na Organização Nacional de Acreditação.
- Avaliação para o Diagnóstico Organizacional.
- Avaliação para a acreditação.
- Avaliação para o Selo de Qualificação ONA.
- Relatório de avaliação.
- Divulgação da certificação concedida.
- Acompanhamento da certificação.
- Avaliação para recertificação.
- Avaliação de UPGRADE.
- Gerenciamento de notificações relacionadas ao Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.
- Código de Ética.
- Instituições Acreditadoras Credenciadas.
- Avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.
- Comitê de Certificação.
- Cooperação técnica.

- Produção, revisão e validação das Normas e dos Manuais do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.
- Formação e capacitação para a disseminação da metodologia ONA.
- Uso das marcas ONA.
- Conceitos para o Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.
- Notificação de incidentes e eventos adversos.

COLABORAÇÃO

A ONA agradece a todos os colaboradores e organizações aqui mencionados, que gentilmente cederam voluntariamente seu tempo e conhecimento para agregar valor a este manual.

Organização Geral

- Andréa Righi de Oliveira
- Cássia Barbosa de Souza Manfredini
- Péricles Góes da Cruz
- Shailiny Merlino

Comitê Técnico de Revisão do Manual

- Adriana Vital Torres
- Camila Leal Deister Machado
- Eduardo Ramos Ferraz
- Felipe Folco Telles Calixto
- José Ribamar C. Branco Filho
- Josiane de Oliveira Vivian
- Lucas Santos Zambon
- Osnir Simonatto
- Renata Lima Gonçalves Caroccini
- Sérgio Ruffini
- Taisa Sotto Mayor
- Vanice Costa
- Vivian Giudice

Profissionais que contribuiram para a revisão do Manual

- Adriana Cristina Marcon
- Ana Tucunduva Cardoso
- Adriano da Silva Andrade
- Antônio Quinto Neto
- Arthur Ferreira
- Audrey Rippel
- Christian Hart Ferreira
- Cláudia Ceribeli Coutinho
- Cristiane Antunes Siqueira
- Cristina Khawali
- Eliana Maria Pereira Castiglioni
- Elaine Garcia Fraga
- Gilvane Lolato
- Hélio Castello
- Henrique Lobello
- Ivan Silva Marinho
- José Vassallo
- Juliana Bechara Almeida Sousa
- Karina Marcia Pires Pecora
- Kele Cristina Dias
- Lisiane Valdez Gaspary
- Luciana Paula de Souza Martins
- Maria Carolina de Toledo Sivieri Moreno
- Mariane Antunes Cavalheiro
- Mario Luiz Vieira Castiglioni
- Melissa Chueiri Moraes
- Najara Maria Procópio Andrade
- Nilton Oliveira Silva
- Raquel O. Rocha de F. Hatem
- Renata de Almeida Pires Pereira
- Renata Michele Guimarães Pereira Macedo
- Robson Novaes Pereira
- Rodrigo Della Torres
- Romulo Mendonça Carvalho
- Rosa Leda Bellini
- Rose Mara Miranda
- Sarita Scorzoni Lessa
- Tatiana Rodrigues Cardoso
- Thaiana H. R. Santiago
- Viviane Zan Soares

Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde que participaram da realização dos testes em campo

- Centro Clínico de Pediatria
- Hospital Unimed de Rio Claro
- DI Imagem – Centro de Diagnostico Integrado por Imagem
- NEDG – Núcleo de Endoscopia Digestiva
- Hemocentro Transfusão
- Medicina Hiperbárica São Paulo
- Hospital Pequeno Príncipe
- Uropar – Urologia Paraná

Validação e Aprovação – Conselho de Administração da ONA

Representantes das entidades fundadoras e associadas

- Arlindo de Almeida
- José Luiz Spigolon
- Cláudio José Allgayer
- Paulo Aparecido Brandão Pinto
- Fábio Leite Gastal
- Sandro Leal Alves
- Ivo Garcia do Nascimento



CONSULTA PÚBLICA

O processo de revisão do Manual Brasileiro de Acreditação possui um modelo participativo, por meio de um processo de consulta pública, por tempo determinado.

Desde o primeiro ciclo de revisão, importantes manifestações das organizações de serviços de saúde, dos usuários e da sociedade como um todo foram encaminhadas com o objetivo de contribuir para a melhoria deste instrumento de avaliação.

Para a versão 2018 do Manual de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, foram recebidas 61 contribuições.

A ACREDITAÇÃO

A Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde.

Realizada de forma voluntária e reservada, a Acreditação não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua.

Por não ter caráter prescritivo, a metodologia de acreditação da ONA não traz recomendações específicas sobre ferramentas, técnicas, processos ou linhas metodológicas a serem seguidas pelas organizações que se submetem à avaliação.

Por que se submeter ao Processo de Acreditação

- Para demonstrar que a organização apresenta padrões de segurança e qualidade no atendimento ao paciente/cliente.
- Para revelar responsabilidade e comprometimento com a assistência segura.
- Por que é também uma importante ferramenta de gestão, que contribui para a melhoria do desempenho dos processos, através do entendimento e atendimento aos padrões e requisitos.

Como iniciar o Processo de Acreditação

Organizações prestadoras de serviços de saúde de qualquer porte, perfil e complexidade podem se candidatar ao Processo de Acreditação desde que estejam em conformidade com os requisitos descritos na Norma Orientadora específica.

O próximo passo é entrar em contato com uma das Instituições Acreditadoras Credenciadas. São elas as responsáveis por conduzir os processos de avaliação e acreditação pela metodologia da ONA.

A fim de saber mais sobre as definições essenciais para a compreensão e entendimento do Sistema Brasileiro de Acreditação e de sua metodologia, acesse gratuitamente as Normas Orientadoras do Sistema Brasileiro de Acreditação, em: <www.ona.org.br>.

FUNDAMENTOS DE GESTÃO EM SAÚDE

O Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA) está consolidado em um conjunto de Fundamentos de Gestão em Saúde.

Os fundamentos expressam-se através dos padrões e requisitos do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

As práticas e fatores de desempenho das organizações de saúde acreditadas devem demonstrar estes fundamentos.

Visão sistêmica

Forma de entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas de negócio e entender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes interno e externo.

Referência: (FNQ)

Liderança

Mecanismos de liderança, estratégia e controle colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientação de esforços, interesses e recursos organizacionais, compreendendo os fatores que afetam a organização no curto e longo prazos, visando à sua sustentabilidade.

Referência: TCU, 2014

Gestão por processos

Gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e as estratégias da organização, focando constantemente nas necessidades dos clientes. Objetiva a tomada de decisão e a execução de ações, com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.

Desenvolvimento de pessoas

Engajamento ativo que promove a realização profissional e as relações humanas, através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional.

Cuidado centrado no paciente

Realizado por meio de um tratamento individualizado, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente, buscando a dignidade, a compaixão e o respeito às tradições culturais, às preferências e aos valores pessoais do paciente e de seu acompanhante.

Referência: IHI e NHS

Foco na segurança

Promoção de um ambiente seguro, mediante a adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associados à assistência em saúde.

Referência: OMS, 2009

Responsabilidade socioambiental

Relação responsável, ética e transparente da organização, por meio da potencialização de impactos positivos e minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente, promovendo o uso racional e adequado de recursos.

Cultura da inovação

Promoção de um ambiente favorável à melhoria de seu desempenho e de sua vantagem competitiva, com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas.

Melhoria contínua

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.

Ética e transparência

Condição implícita vinculada à formação do indivíduo com parâmetros de honestidade, decência e respeito a todos os públicos interessados.

Natureza não prescritiva

Ausência de recomendação sobre métodos, técnicas e ferramentas a serem escolhidos para alcançar os padrões estabelecidos.

DIMENSÕES DA QUALIDADE

As Dimensões da Qualidade orientam a avaliação do desempenho organizacional frente aos requisitos definidos, ou seja, é através das Dimensões da Qualidade que ocorre a avaliação das práticas da organização em relação aos requisitos apresentados.

Todas as dimensões são consideradas na avaliação para acreditação, pois orientam a avaliação por requisitos.

- **ACEITABILIDADE** – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e adequação, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
(Donabedian, 1994)
- **ADEQUAÇÃO** – torna-se relevante na medida em que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Em uma curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
(Donabedian, 1994)
- **EFETIVIDADE** – é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência à saúde e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante desta relação.
(Donabedian, 1990)
- **EFICÁCIA** – é a capacidade de produção de melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
(Donabedian, 1990)
- **EFICIÊNCIA** – é a relação entre o benefício oferecido pela assistência à saúde e seu custo econômico.
(Donabedian, 1990)
- **EQUIDADE** – é a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população.
(Donabedian, 1994)
- **INTEGRALIDADE** – é o conjunto articulado e contínuo de saberes, processos e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
(Lei Federal n. 8.080/1990, cap. 2)
- **LEGITIMIDADE** – é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço às partes interessadas ou à sociedade como um todo, confirmando sua aceitação e credibilidade.
(Donabedian, 1990)

O MANUAL DA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE

O Manual Brasileiro da Acreditação (MBA) é o instrumento de avaliação desenvolvido para verificar a qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), tendo como base padrões e requisitos de complexidade crescente (Nível 1, Nível 2 e Nível 3). É a referência nacional para ser utilizado pelas Instituições Acreditoras Credenciadas (IAC) do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), coordenado pela ONA, atualizado periodicamente em seus níveis, padrões e requisitos.

O Manual de OPSS é o primeiro da coleção do SBA/ONA com metodologia acreditada pela ISQua. Sua estrutura oferece a toda a sociedade e a todos os interessados no SBA um conjunto de informações e diretrizes para a acreditação das seguintes organizações prestadoras de serviços de saúde:

- NA de Serviços Hospitalares.
- NA de Serviços de Hemoterapia.
- NA de Serviços Laboratoriais.
- NA de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva.
- NA de Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear.
- NA de Serviços Ambulatoriais.
- NA de Serviços de Pronto Atendimento.
- NA de Serviços de Atenção Domiciliar.
- NA de Serviços Oncológicos.
- NA de Serviços de Medicina Hiperbárica.

Este manual está dividido em duas partes. Na primeira parte consta a explicação sobre o processo e a metodologia de avaliação do SBA/ONA juntamente com a descrição das Normas para o Processo de Avaliação para OPSS (NA) de cada tipo de serviço avaliado com o estabelecimento de regras para elegibilidade de acordo com o perfil do serviço prestado.

A segunda parte do manual apresenta os requisitos exigidos para avaliação desses serviços, divididos em seções e subseções.



Entendendo o manual

SEÇÃO 1

GESTÃO ORGANIZACIONAL

Seção é o agrupamento maior de subseções com características e fundamentos semelhantes.

Definição do modelo de gestão da organização e de como o negócio é conduzido por sua liderança e como esta liderança é exercida.

As subseções incluídas na seção “Gestão Organizacional” possuem atuação transversal na organização e por isso se aplica obrigatoriamente para acreditação de todos os tipos de serviços.

Explica o significado da seção.

Subseção	Na													
	Serviços Hospitalares	Hospitalaria	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Neurologia e Terapia Renal Substitutiva - Crônica	Serviços de Neurologia e Terapia Renal Substitutiva - Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar - Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar - Internação	Serviços de Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica	Serviços de Hemodinâmica e Medicina Intervencionista
1.1 Liderança Organizacional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 Gestão da Qualidade e Segurança	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3 Gestão Administrativa e Financeira	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.4 Gestão de Pessoas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabela apresentada por seção, que estabelece as subseções obrigatórias, aplicáveis conforme o perfil ou não aplicáveis, por NA.

SEÇÃO 1 – Gestão Organizacional

Subseção 1.1 Liderança Organizacional

Subseção trata especificamente de cada processo em si e é composta por requisitos.

Define e promove o *modelo de gestão* da organização envolvendo as partes interessadas e estabelecendo as responsabilidades e os critérios para a tomada de decisão.

Explica o significado da subseção.

PADRÃO NÍVEL 1: Determina a direção da organização estabelecendo objetivos, *modelo de gestão* e *políticas* institucionais com foco na *segurança* e na *qualidade* do cuidado, acompanhamento e provendo recursos necessários para sustentar seu cumprimento.

Padrão orienta as atividades e o desempenho desejável para o atingimento do nível.

Requisitos – Nível 1

1. Estabelece a *identidade organizacional* e a dissemina para as partes interessadas.
2. Estabelece o modelo assistencial e os serviços prestados, considerando a identificação do perfil epidemiológico e as necessidades da população atendida.
3. Estabelece e implanta o *planejamento estratégico*, considerando o desejo ou necessidade de novos negócios, partes interessadas e *opinião* dos clientes, disseminando-o a toda a organização.
4. Atende às referências legais para execução das atividades propostas.
5. Define e acompanha os protocolos assistenciais conforme perfil da organização.
6. Provê recursos humanos, equipamentos, insumos e de infraestrutura que permitem a execução das atividades propostas.
7. Constitui e acompanha as comissões obrigatórias e as de apoio à *gestão*.

Requisitos são itens a serem cumpridos pela organização, separados conforme o nível a ser alcançado.

Termo em destaque para consulta na página 139 a 143 em “Termos e definições”.

PROCESSOS DE AVALIAÇÃO

Processo de Diagnóstico Organizacional

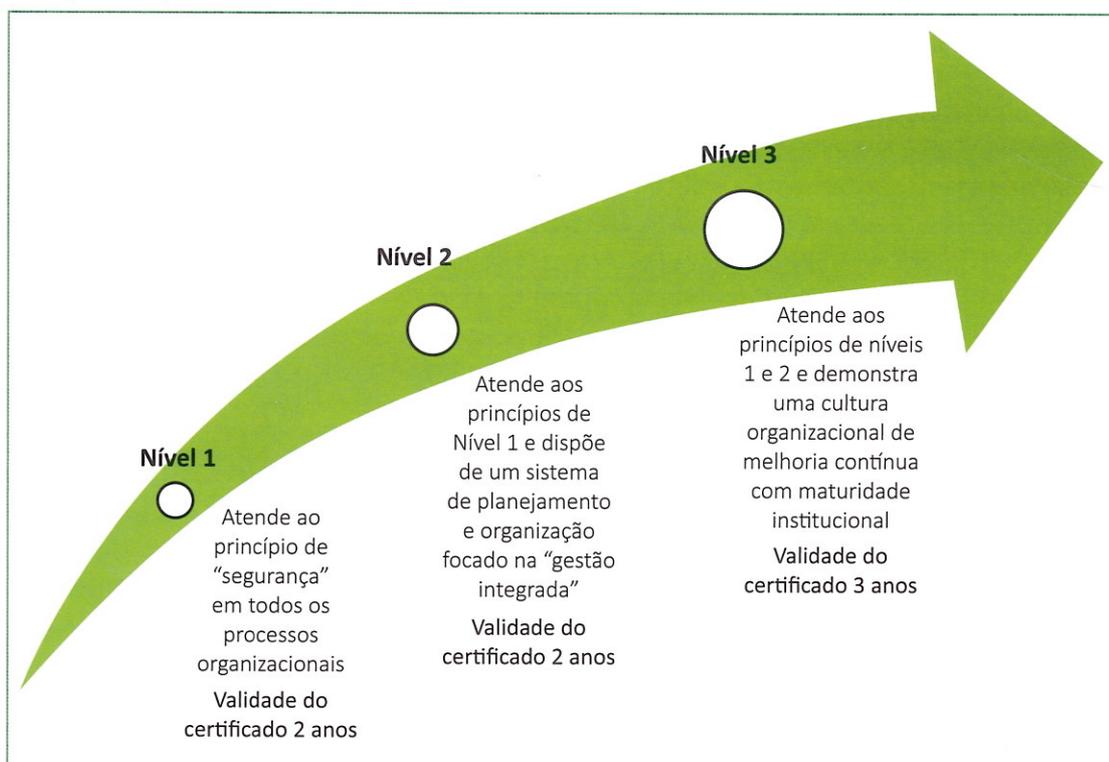
Diagnóstico Organizacional é uma atividade de avaliação das organizações, serviços e programas da saúde realizada com base na metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e no Manual Brasileiro de Acreditação específico, mas sem fins de certificação. Sua realização não é obrigatória, mas permite identificar processos não controlados e áreas que apresentam *não conformidade* com os padrões e *requisitos* definidos pelo SBA/ONA, além de apontar os pontos fortes e onde é possível promover melhorias.

Declaração de Diagnóstico Organizacional – Ao final do processo, a ONA emite uma Declaração de Diagnóstico Organizacional e dá publicidade ao resultado alcançado, mantendo o nome da instituição avaliada pelo período de um ano em uma lista disponibilizada em seu *site*.

Processo de Acreditação

Conferido às organizações, aos serviços e aos programas de saúde avaliados por meio da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e do Manual Brasileiro de Acreditação específico.

A avaliação pode resultar em: Acreditado com Excelência (Nível 3), Acreditado Pleno (Nível 2), Acreditado (Nível 1) ou Não Acreditado.



Processo de Manutenção da Certificação

É realizado a partir de visita para acompanhar a manutenção e a continuidade das ações implementadas, incluindo as que se referem aos *eventos adversos*.

As instituições acreditadas devem ser obrigatoriamente submetidas a um processo de acompanhamento para a verificação da manutenção dos resultados, que inclui visitas de avaliação de manutenção ordinária e visitas extraordinárias, que podem ser motivadas pela ocorrência de *eventos adversos*.

Depois da avaliação de acompanhamento, a instituição poderá manter a certificação no mesmo *nível*, sofrer um rebaixamento ou até perder o certificado caso sejam verificadas *não conformidades* que comprometam o funcionamento do sistema ou mesmo ausência de *plano de ação* para tratamento de *não conformidades*, principalmente em processos críticos.

- Visitas de avaliação de manutenção ordinária

Nos casos de Acreditação nos *níveis* 1 e 2, é realizada a cada oito meses depois da certificação. No caso de Acreditação no Nível 3, ocorre a cada ano. O objetivo das visitas é verificar a continuidade do atendimento aos *padrões* e *requisitos* estabelecidos.

- Visitas extraordinárias

Podem ser realizadas a qualquer tempo nos casos de mudanças que interfiram diretamente no escopo da avaliação que resultou na certificação, incluindo alteração de endereço, titularidade do proprietário ou responsável. Pode também ser motivada por denúncia de irregularidade, por constatação de *não conformidade* durante a visita ordinária ou ainda pela ocorrência de *evento adverso*.

Recertificação

É o processo de avaliação realizado após o término do período de validade da certificação conferindo continuidade à condição de acreditado. O resultado obtido independente da certificação anterior, é obtido após um novo ciclo de avaliação que envolve todos os procedimentos adotados anteriormente.

Upgrade

É o processo antecipado de recertificação, na tentativa de avançar para um *nível* mais elevado. É considerado um novo ciclo de certificação e, por isso, seu resultado não depende da nivelção vigente. O *upgrade* só pode ser solicitado pela instituição de saúde num prazo mínimo de um ano após a última certificação e deve ser realizado pela mesma IAC responsável pelo processo anterior.

A METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO PARA ACREDITAÇÃO

O processo de Acreditação é uma ferramenta desenvolvida para auxiliar as organizações a avaliar seus processos e a identificar onde são necessárias melhorias. É também uma abordagem objetiva, mensurável e de aplicação fácil e coerente.

A avaliação é realizada *in loco* e transversal, ou seja, a abordagem sistêmica permite analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados.

Dessa forma, o Sistema Brasileiro de Acreditação considera que a organização de saúde é um sistema complexo, onde as *estruturas*, os processos e os resultados da organização estão de tal forma interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. No processo de avaliação e na lógica do Sistema Brasileiro de Acreditação, não se avalia um setor ou processo isoladamente.

A qualidade assistencial das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde é avaliada de acordo com a NA específica, determinada segundo a especialidade e a atividade-fim desenvolvida pela organização de saúde.

O instrumento de avaliação é composto de *seções* e *subseções*, onde para cada *subseção* existem *requisitos* interdependentes que devem ser atendidos. No início de cada seção, existe uma tabela com a relação das subseções e a obrigatoriedade ou não de sua aplicação para cada tipo de NA.

As *seções* são compostas por três *níveis* de complexidade crescente e com princípios específicos.

Nível 1 – Princípio: Segurança

As exigências deste *nível* contemplam o atendimento aos *requisitos* de *segurança* e *qualidade* na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com os recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada do profissional e responsável técnico com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional.

Nível 2 – Princípio: Gestão Integrada

As exigências deste nível contemplam evidências de interação entre os processos bem como o acompanhamento e avaliação dos seus resultados, alinhado as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria.

Nível 3 – Princípio: Excelência em Gestão

As exigências deste nível contemplam evidências de uma gestão em excelência, utilizando o conhecimento e o aprendizado para tomada de decisão, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando melhores resultados, a sustentabilidade e a responsabilidade socioambiental, promovendo ciclos de melhoria.



Avaliação de Processos Terceirizados

Os processos terceirizados pela organização serão avaliados da seguinte forma:

- a equipe técnica da Instituição Acreditadora Credenciada deve verificar, antes do processo de visita, os serviços terceirizados da organização;
- obrigatoriamente devem ser avaliadas as relações com os fornecedores de todos os processos terceirizados da organização;
- todos os processos terceirizados que impactam na **segurança do paciente** e acompanhante devem ser, obrigatoriamente, avaliados *in loco*, mesmo que isso possa repercutir nos custos do processo;
- serviços para a saúde com o Selo de Qualificação ONA válido não serão avaliados *in loco*. Obrigatoriamente, devem ser avaliadas as relações destes serviços com a organização;
- processos terceirizados, quando visitados pela mesma IAC, em um prazo de oito meses, poderão não ser visitados *in loco*, a critério da IAC;
- processos terceirizados que impactam na **segurança do paciente** e acompanhante substituído após a certificação concedida devem ser obrigatoriamente avaliados *in loco* na visita subsequente de manutenção, mesmo que isso possa repercutir nos custos do processo.

As Instituições Acreditadoras Credenciadas, em qualquer momento durante o processo de preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da organização, podem recorrer à ONA, a fim de esclarecer dúvidas ou aspectos não previstos nas **Normas Orientadoras** ou no Manual Brasileiro de Acreditação – ONA.

Parâmetros Mínimos para a Definição de Tempo de Visita e Equipe de Avaliadores

Para realizar o processo de avaliação para a acreditação de qualquer Organização Prestadora de Serviços de Saúde, será necessária uma equipe de avaliadores formada por no mínimo dois membros, sendo um avaliador líder com experiência em avaliação e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA) e um avaliador com competência compatível com as características do serviço.

O avaliador líder e os demais avaliadores definidos para a equipe devem estar presentes durante todo o período de visita.

As competências do avaliador designado para avaliar um determinado processo da organização devem ser compatíveis com as características deste processo.

Caso necessário, podem ser incluídos especialistas na equipe de avaliadores.

É facultativo à ONA, em qualquer momento, designar observador para acompanhar a equipe de avaliadores da Instituição Acreditadora Credenciada durante o processo de avaliação.

O dimensionamento de avaliadores e definição de perfil profissional deve ser estabelecido minimamente tomando por base as seguintes referências:

- número de funcionários (incluindo terceiros), número de leitos, ou número de matriz e filial, de acordo com a NA da organização de saúde;
- complexidade da organização de saúde;
- número de serviços e unidades de atendimento assistenciais da organização;
- número de serviços e/ou terceiros fora da sede, incluindo o deslocamento da equipe.

As informações das demais referências devem complementar o dimensionamento do tempo de visita e equipe de avaliadores.

Tabela para Definição do Número de Avaliadores

O cálculo do número de avaliadores para os **Serviços Hospitalares** é baseado no número de leitos da instituição, e deve seguir a numeração da tabela abaixo:

Número de leitos	Avaliador/Dia**
1 – 80	6
81 – 150	9
151 – 300	12
301 – 700	15
≥ 701	Definição mediante avaliação da ONA

O cálculo do número de avaliadores para os **Serviços de Assistência Domiciliar** é definido por matriz e filial da organização, e deve seguir a numeração da tabela abaixo:

Unidade	Avaliador/Dia**
Matriz	≥ 4
Cada filial	≥ 2 por filial

O cálculo do número de avaliadores para os **Serviços de Hemoterapia, Serviços Laboratoriais, Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, Serviços Ambulatoriais, Serviços de Pronto Atendimento, Serviços Oncológicos e Serviços de Medicina Hiperbárica** é baseado no número de funcionários da organização, e deve seguir a numeração da tabela abaixo:

Número de Funcionários*	Avaliador/Dia**
1-45	2 (Hospital-dia mínimo 3)
46-90	4
91-150	6
151-300	8
301-625	10
626-875	12
876-1175	13
1176-1550	14
1551-2025	15
2026-2675	16
2676-3450	17



Número de Funcionários*	Avaliador/Dia**
3451-4350	18
4351-5450	19
5451-6800	20
6801-8500	21
8501-10700	22
≥ 10700	Seguir o mesmo modelo de progressão

* Inclui funcionários terceirizados.

** dia – é considerada uma jornada diária de 8 (oito) horas de trabalho.

** avaliador/dia – é a relação entre o número de avaliadores e os dias necessários para a visita.

Visita de Certificação, Recertificação e Upgrade

A equipe de avaliadores para as visitas de certificação, recertificação ou *upgrade* deve obrigatoriamente ser composta de acordo com a “Tabela para Definição do Número de Avaliadores” e a NA específica.

Visita de Manutenção Ordinária

A equipe de avaliadores para visita de manutenção ordinária deve ser composta por pelo menos 50% do número de avaliadores/dia definido na “Tabela para Definição do Número de Avaliadores”, de acordo com a NA específica.

Caso os 50% de avaliadores/dia resultem em um avaliador, a visita deverá ser realizada com dois avaliadores.

Visita de Manutenção Extraordinária

A equipe de avaliadores para a visita de manutenção extraordinária deve ser composta por no mínimo dois avaliadores, ou mais, de acordo com o perfil da organização e/ou itens a serem avaliados.

Nova avaliação - Revisita

A equipe de avaliadores para a revisita deve ser composta por no mínimo dois avaliadores, ou mais, de acordo com o perfil da organização e/ou *não conformidades* detectadas na primeira avaliação.

O avaliador líder da revisita deve obrigatoriamente ser o mesmo da equipe de avaliadores da visita inicial.

Diagnóstico Organizacional

A equipe de avaliadores para a visita de Diagnóstico Organizacional deve ser composta por no mínimo um avaliador líder, ou mais avaliadores.

Sistema de Avaliação para a Acreditação

O método de avaliação para o processo de acreditação tem como objetivo ser mais claro e assertivo, visando à melhoria contínua sistêmica das organizações prestadoras de serviços de saúde. Esse método foi desenvolvido de forma a estimular as organizações a melhorar continuamente.

A avaliação é baseada em *subseções*, compostas por *requisitos* específicos que poderão ser pontuados como uma das opções abaixo:

- S:** **Supera:** Evidências apresentadas superam o esperado para o atendimento ao *requisito* em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.
- C:** **Conforme:** Evidências apresentadas atendem ao *requisito* em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.
- PC:** **Parcial Conforme:** Evidências apresentadas atendem parcialmente ao *requisito* em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização.
- NC:** **Não Conforme:** Evidências apresentadas não atendem ao *requisito* ou ausência de evidência para atendimento ao *requisito* em consonância com as dimensões da qualidade e fundamentos de gestão em saúde, considerando o perfil da organização. Ausência de práticas.
- NA:** **Não se Aplica:** Requisito não se aplica à característica da organização.

Resultados das Avaliações para Acreditação

O resultado da avaliação para acreditação está baseado no atendimento do percentual dos *requisitos* por *subseção* e por *nível*, conforme tabela abaixo:

ACREDITAÇÃO	% para N1	% para N2	% para N3
N1 – Acreditado	≥ 70% C e S ≤ 20% PC ≤ 10% NC*	--	--
N2 – Acreditado Pleno	≥ 80% C e S ≤ 20% PC 0% NC	≥ 70% C e S ≤ 20% PC ≤ 10% NC*	--
N3 – Acreditado com Excelência	≥ 90% C e S ≤ 10% PC 0% NC	≥ 80% C e S ≤ 20% PC 0% NC	≥ 70% C e S ≤ 20% PC ≤ 10% NC*

**Se uma ou mais NC for considerada sistêmica, automaticamente a avaliação resultará em uma Nova Avaliação, independentemente do percentual atingido.*

Tabela de percentual para acreditação

Para uma organização ser considerada **Acreditada**, deve atingir os percentuais de atendimento aos *requisitos* por *subseção* relativos ao *nível* 1.

Para uma organização ser considerada **Acreditada Pleno**, deve atingir os percentuais de atendimento aos *requisitos* por *subseção* progressivos de *nível* 1 mais os percentuais relativos aos requisitos por *subseção* do *nível* 2.



Para uma organização ser considerada **Acreditada com Excelência**, deve atingir os percentuais de atendimento aos **requisitos** por **subseção** progressivos de **níveis 1 e 2** e os percentuais de atendimento aos **requisitos** relativos ao **nível 3**.

As **não conformidades** evidenciadas durante o processo de avaliação podem ser classificadas em **Não Conformidade Sistêmica** e **Não Conformidade Pontual**.

- **Não Conformidade Pontual:** não atendimento de um **requisito** de forma pontual que não comprometa um processo ou um sistema como um todo.
- **Não Conformidade Sistêmica:** não atendimento de um **requisito** de forma sistêmica que comprometa um processo ou um sistema como um todo.

Para que a organização seja considerada acreditada, o resultado da avaliação deverá atingir o percentual mínimo estabelecido na Tabela. Quando evidenciada NC Pontual, a organização deverá elaborar um **Plano de Ação** a ser verificado nas visitas de manutenção ordinária subsequentes.

Quando evidenciada uma ou mais **Não Conformidades Sistêmicas**, mesmo que dentro do percentual mínimo de NC atingida, a avaliação resultará em uma Nova Avaliação.

Se ao final da avaliação for evidenciado que o percentual de **requisitos** sinalizados como **Não Conforme** ou **Parcial Conforme** é maior que o percentual estipulado, a avaliação também resultará em uma **Nova Avaliação**.

Para cada **requisito** sinalizado como NC, obrigatoriamente, deverá conter a descrição da **Não Conformidade** no Relatório de Avaliação, para atendimento ao **requisito**.

Para os **requisitos** sinalizados como PC, deverá conter no Relatório de Avaliação a descrição da **Oportunidade de Melhoria**, para atendimento completo do requisito.

Requisitos que não se adequam ao perfil da organização deverão ser sinalizados como NA – Não se Aplica.

O processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

Caso a organização possua processos que impactem na **segurança do paciente** e que não estejam incluídos neste manual, estes devem atender a **subseção** cujos **requisitos** estejam mais próximos ao processo de acordo com a avaliação da IAC, usando como referência as evidências científicas, as boas práticas e os princípios da metodologia ONA:

- Princípio nível 1: Segurança.
- Princípio nível 2: Gestão Integrada.
- Princípio nível 3: Excelência em Gestão.

Nova avaliação

A Nova Avaliação é uma nova oportunidade que a organização tem para reajustar os apontamentos evidenciados durante a avaliação para acreditação. Por meio dessa Nova Avaliação, poderão ser realizadas ações para adequação das NC e PC, emissão de documentação para análise ou uma revisita para avaliação *in loco*.

A Nova Avaliação pode ocorrer por dois motivos:

- Não atingimento do percentual estabelecido conforme a “Tabela de percentual para acreditação” pontuados como NC e PC.
- Evidência de uma ou mais NC considerada sistêmica, independente do atingimento do percentual.

Essa Nova Avaliação deverá ser realizada em até 90 (noventa) dias após a última data da visita para acreditação. Nesse período, a organização deve tratar os *requisitos* apontados como NC e PC, que serão analisados e acompanhados pela IAC.

A Nova Avaliação pode ser realizada de duas formas, a serem definidas pela equipe de avaliadores de acordo com os apontamentos evidenciados durante a avaliação.

- **Avaliação Documental:** realizada por meio de envio à IAC de um *Plano de Ação* e/ou documentação que evidencie o atendimento ao *requisito* apontado inicialmente como NC e/ou PC.
- **Revisita:** é obrigatoriamente realizada com o retorno do avaliador líder que realizou a primeira visita, para verificação *in loco* dos itens pendentes, além do estabelecimento do *Plano de Ação* pela organização.

A equipe de avaliadores para a revisita deve ser composta por no mínimo dois avaliadores, ou mais, de acordo com o perfil da organização e/ou *não conformidades* detectadas na avaliação.

Após a revista, a avaliação poderá resultar em organização acreditada de acordo com o *nível*, ou poderá ser considerada **Não Acreditada**.

Não acreditada

Os critérios para uma organização ser considerada **Não Acreditada** são:

- A organização não enviou à IAC as documentações e/ou *Plano de Ação* exigido para a Nova Avaliação.
- A organização não apresentou, durante a revisita, evidências que comprovem o atendimento dos *requisitos* apontados como NC ou PC na visita inicial.
- Os *requisitos* pontuados como *Não Conformidade Sistêmica*, evidenciados durante a visita para acreditação, não possuem condições de serem atendidos em até 90 (noventa) dias.

NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO – NA

As *normas para o processo de avaliação* sistematizam a elegibilidade e a metodologia de avaliação para cada tipo de organização prestadora de serviços de saúde, e possuem um papel fundamental, na medida em que incorporam as *seções* e *subseções* de aplicação obrigatória independente da característica ou conforme a característica da organização de saúde.

NA de Serviços Hospitalares

Hospital é o estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, dispondo de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência e emergência e de ensino e pesquisa (Ministério da Saúde, 2002).

Para fins de acreditação, um Hospital deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), no qual se prestam serviços de assistência médica, de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços formalmente considerados hospitalares, mas que possuem como atividade fim um dos processos constantes na seção MA2 – Atenção ao Paciente, do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, não serão elegíveis à acreditação do SBA – ONA.

Hospital-dia (HD) é o regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial. Para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, o Hospital-dia é indicado quando a permanência do *paciente/cliente* na unidade é requerida por um período máximo de 12 horas (Portaria GM n. 44/2001).

Hospital-dia Psiquiátrico será avaliado por essa norma somente se houver internação. Caso contrário, a organização deverá ser avaliada através da norma NA 6 – Serviços Ambulatoriais.

Definição de Amostra para o Processo de Avaliação

É obrigatória a avaliação de uma amostra mínima de dois *pacientes/clientes* sob regime de internação domiciliar para hospitais que possuam assistência domiciliar em sua *estrutura* organizacional. Esta amostra deve considerar apenas *pacientes/clientes* oriundos do hospital avaliado.

NA de Serviços Hemoterápicos

Definição de Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia: serviços de hemoterapia realizam serviços e atividades hemoterápicos e hematológicas, podendo fazer parte de uma rede de complexidade variável.

Para fins de acreditação, um serviço de hemoterapia deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Unidades de coleta e agências transfusionais não serão avaliadas independentemente. No caso de serviços de hemoterapia, a cadeia do sangue deve ser avaliada na íntegra.

Requisitos de boas práticas para serviços de hemoterapia que desenvolvam atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue e para serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais, incluindo captação de doadores, coleta, processamento, testagem, controle de qualidade e proteção ao doador e ao receptor, armazenamento, distribuição, transporte e transfusão em todo o território nacional, nos termos desta Resolução. RESOLUÇÃO RDC N. 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014.

Definição de Amostra para o Processo de Avaliação

Para efeito de cálculo da amostra mínima de postos de coleta a serem avaliados na visita de certificação, deve-se considerar a raiz quadrada do total destas unidades. Será considerado o número de coletas para definir as unidades a serem visitadas. Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.

Para efeito de cálculo da amostra mínima de agências transfusionais a serem avaliadas na visita de certificação, deve-se considerar a raiz quadrada do total destas unidades. Será considerado o número de transfusões para definir as unidades a serem visitadas. Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.

As unidades que realizam processamento, sorologia e imuno-hematologia, armazenamento e distribuição de hemocomponentes devem ser avaliadas na visita de certificação obrigatoriamente.

NA de Serviços Laboratoriais

Serviços Laboratoriais realizam exames em amostras provenientes de seres humanos para fins preventivos, diagnósticos, prognósticos e de monitorização em saúde humana.

Para fins de acreditação, um serviço de laboratório deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços Laboratoriais pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.

Postos de coleta e laboratórios satélites não serão avaliados independentemente. No caso de Serviços Laboratoriais, as etapas pré-analíticas, analíticas e pós-analíticas devem ser avaliadas na íntegra.

Anatomia patológica são serviços que realizam análises em materiais anatomopatológicos (fragmentos de tecidos, biópsias, peças cirúrgicas) e em materiais citopatológicos (cervicovaginal, secreções, líquidos cavitários e punções).

Laboratórios de análises clínicas são serviços destinados à análise de amostra de *pacientes/clientes* para fins preventivos, diagnósticos, prognósticos e de monitoramento.

Definição de Amostra para o Processo de Avaliação

Para efeito de cálculo da amostra mínima de postos de coleta a serem avaliados na visita de certificação, deve-se considerar a raiz quadrada do total destas unidades. Será considerado o número de coletas para definir as unidades a serem visitadas. Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.

Para efeito de cálculo da amostra mínima de laboratórios satélites a ser avaliada na visita de certificação, deve-se considerar a raiz quadrada do total destas unidades. Será considerada a diversidade analítica para definir as unidades a serem visitadas. Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.



NA de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva

Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva realizam assistência em nefrologia e oferecem modalidades de diálise para tratamento de *pacientes/clientes* com insuficiência renal.

Para fins de acreditação, um serviço de nefrologia e terapia renal substitutiva deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.

Esta seção inclui os serviços de terapia renal substitutiva para *pacientes/clientes* com insuficiência renal aguda e crônica.

Definição de Amostra para o Processo de Avaliação

Para efeito de cálculo da amostra mínima de unidades de atendimento para agudos a serem avaliadas na visita de certificação, deve-se considerar a raiz quadrada do total destas unidades. Será considerado o número de diálises para definir as unidades a serem visitadas. Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.

NA de Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear

Serviços de Diagnóstico por Imagem

Serviços que realizam procedimentos diagnósticos e terapêuticos que utilizam métodos para a produção de imagens, voltados para a realização da propedêutica e investigação de patologias, que apoiam a tomada de decisão.

Para fins de acreditação, um serviço de Diagnóstico por Imagem deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços de Diagnóstico por Imagem pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.

No caso de dúvidas quanto ao enquadramento da organização na NA, cabe à Instituição Acreditadora Credenciada, juntamente com a Organização Nacional de Acreditação, definir a *Norma para o Processo de Acreditação* ao qual será submetida. A definição deve ser devidamente justificada. Situações não previstas nesta definição serão submetidas à análise e deliberação do Conselho de Administração da ONA.

Serviços de Radioterapia

Serviços de Radioterapia se destinam à aplicação de radiações para fins terapêuticos, utilizando-se fontes seladas ou equipamentos geradores de radiações ionizantes.

Para fins de acreditação, um serviço de Radioterapia deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços de Radioterapia pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.

No caso de dúvidas quanto ao enquadramento da organização na NA, cabe à Instituição Acreditora Credenciada, juntamente com a Organização Nacional de Acreditação, definir a **Norma para o Processo de Acreditação** a qual será submetida. A definição deve ser devidamente justificada. Situações não previstas nesta definição serão submetidas à análise e deliberação do Conselho de Administração da ONA.

Serviços de Medicina Nuclear

Serviço de Medicina Nuclear utiliza substâncias radioativas (radiofármacos) na forma de fontes não seladas, para a administração a *pacientes/clientes* com finalidades diagnósticas e terapêuticas.

Para fins de acreditação, um serviço de Medicina Nuclear deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços de Medicina Nuclear pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.

No caso de dúvidas quanto ao enquadramento da organização na NA, cabe à Instituição Acreditora Credenciada, juntamente com a Organização Nacional de Acreditação, definir a **Norma para o Processo de Acreditação** a qual será submetida. A definição deve ser devidamente justificada.

Situações não previstas nesta definição serão submetidas à análise e deliberação do Conselho de Administração da ONA.

NA de Serviços Ambulatoriais

Serviços ambulatoriais prestam serviços de assistência à saúde em regime de não internação, constituído por um conjunto de consultórios com uma ou várias especialidades, preparados para consultas e procedimentos.

Para fins de acreditação, um Serviço Ambulatorial deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços Ambulatoriais pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.

Esta norma não prevê a acreditação para consultórios isolados.

NA de Serviços de Pronto Atendimento

Serviço de assistência à saúde em regime de urgência e emergência para diagnóstico, estabilização, tratamento ou encaminhamento para unidades de maior complexidade.

Para fins de acreditação, um Serviço de Pronto Atendimento deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços de Pronto Atendimento pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.



NA de Serviços para Atenção Domiciliar

Serviço de Atenção Domiciliar que presta assistência à saúde em domicílio e se divide em dois tipos de atendimento: assistência domiciliar e internação domiciliar, desenvolvida por equipe multiprofissional, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Para fins de acreditação, um Serviço de Atenção Domiciliar deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços de Atenção Domiciliar pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos.

Franqueadora de *Home Care* para ser elegível ao processo, precisa ter assistência própria ou uma filial com assistência.

Assistência Domiciliar: a assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar que se baseia na plena interação do profissional com o *paciente/cliente*, com sua família e com o cuidador, quando este existe. Constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas instrumentalizadas por visitas intermitentes desenvolvidas em domicílio.

Internação Domiciliar: a internação domiciliar é um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

Definição de Amostra para o Processo de Avaliação

Para efeito de cálculo da amostra mínima de *pacientes/clientes* assistidos a ser avaliada na visita de certificação, deve-se considerar o perfil de atendimento sendo:

Serviço de Atenção Domiciliar que realize INTERNAÇÃO

Oito pacientes de acordo com o perfil:

- Dois pacientes adultos em ventilação mecânica.
- Dois pacientes adultos sem ventilação mecânica e conforme perfil de atendimento.
- Dois pacientes infantis em ventilação mecânica.
- Dois pacientes sem ventilação mecânica e conforme perfil de atendimento.

Serviço de Atenção Domiciliar que realize ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Seis pacientes de acordo com o perfil:

- Dois pacientes adulto em atenção domiciliar.
- Dois pacientes infantil em atenção domiciliar.
- Um paciente adulto ou infantil com procedimento de curativo.
- Um paciente adulto ou infantil com terapia intravenosa.

Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.

Essa amostra definida de visita deve ser por filial. Não havendo *paciente/cliente* com os perfis definidos, a equipe de avaliadores deve selecionar o mesmo número de *pacientes/clientes* com outro perfil de atendimento.

NA de Serviços Oncológicos

Serviço de assistência à saúde voltado ao atendimento de *pacientes/clientes* oncológicos, incluindo as formas de tratamento do câncer como cirurgia, radioterapia e quimioterapia, usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação.

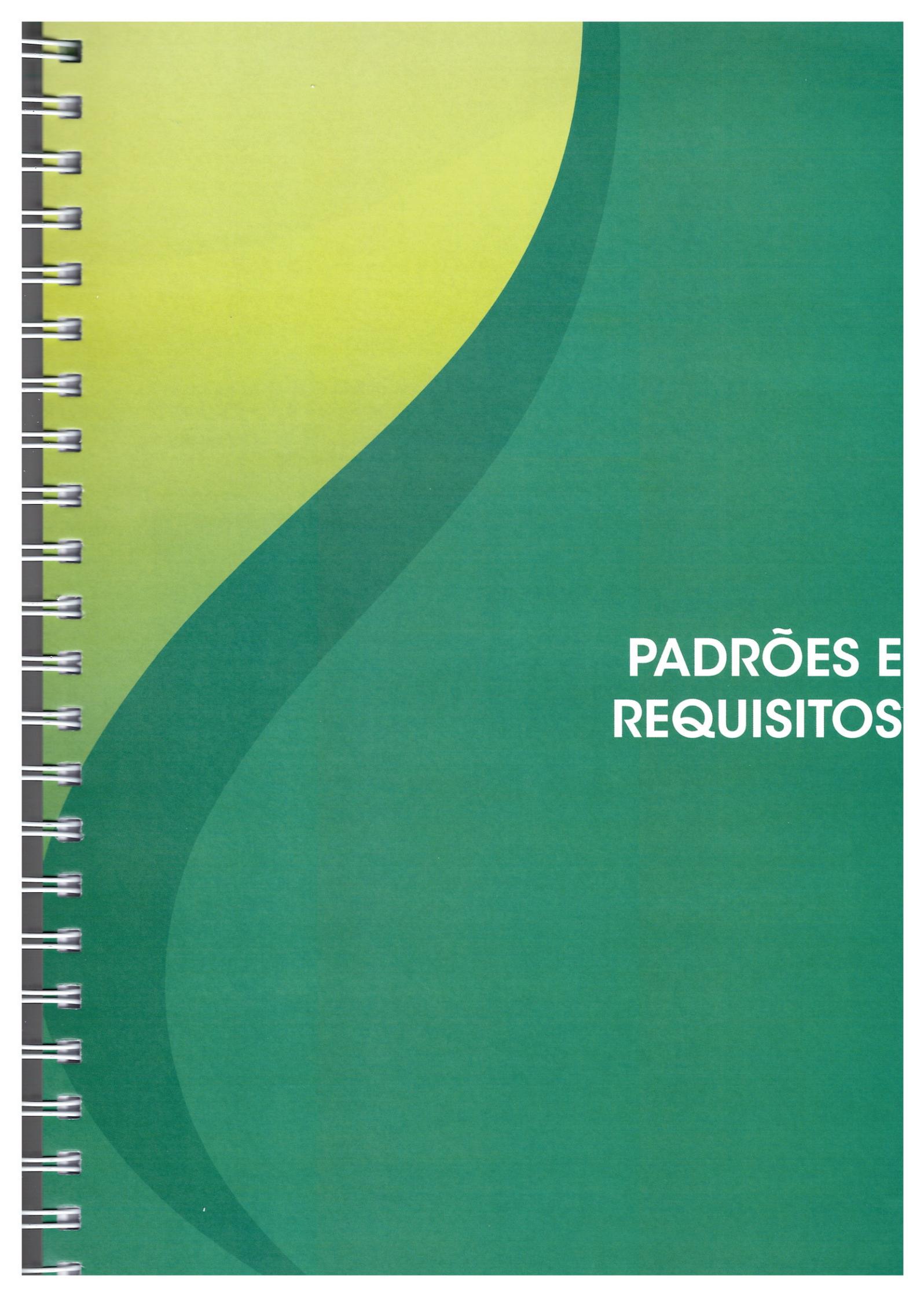
Para fins de acreditação, um Serviço Oncológico deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos. Serviços Oncológicos pertencentes a uma mesma organização com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos. Esta norma não prevê a acreditação para consultórios isolados.

NA de Serviços de Medicina Hiperbárica

Serviço terapêutico que utiliza oxigênio puro em ambiente fechado e pressurizado.

Para fins de acreditação, um Serviço de Medicina Hiperbárica deve ser uma entidade jurídica legalmente constituída, devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Serviços de Medicina Hiperbárica pertencentes a uma mesma organização, com CNPJ distintos (número completo), ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos



**PADRÕES E
REQUISITOS**

The image shows the cover of a spiral-bound notebook. The cover is primarily a dark green color. On the left side, there is a silver metal spiral binding. The top-left corner features a large, curved shape in a lighter, lime-green color. A dark green, curved band separates this lighter area from the rest of the cover. The title 'PADRÕES E REQUISITOS' is printed in white, bold, uppercase letters on the right side of the cover.

PADRÕES E REQUISITOS

GESTÃO ORGANIZACIONAL

Definição do *modelo de gestão* da organização e de como o negócio é conduzido por sua liderança e como esta liderança é exercida.

As *subseções* incluídas na seção “Gestão Organizacional” possuem atuação transversal na organização e, por isso, se aplica obrigatoriamente para acreditação de todos os tipos de serviços.

Subseção	Na												
	Serviços Hospitalares	Hospital-dia	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Crônica	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar – Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar – Internação	Serviços Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica
1.1 Liderança Organizacional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 Gestão da Qualidade e Segurança	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3 Gestão Administrativa e Financeira	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.4 Gestão de Pessoas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5 Gestão de Suprimentos e Logística	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.6 Gestão da Informação e Comunicação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.7 Gestão do Acesso ao Cuidado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.8 Gestão da Segurança Patrimonial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.9 Gestão da Infraestrutura e Tecnologia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ : Aplicação obrigatória

○ : Aplicação obrigatória conforme característica da organização

– : Não se aplica

GESTÃO ORGANIZACIONAL

Definição do *modelo de gestão* da organização e de como o negócio é conduzido por sua liderança e como esta liderança é exercida.

As *subseções* incluídas na seção “Gestão Organizacional” possuem atuação transversal na organização e, por isso, se aplica obrigatoriamente para acreditação de todos os tipos de serviços.

Subseção	Na												
	Serviços Hospitalares	Hospital-dia	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Crônica	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar – Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar – Internação	Serviços Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica
1.1 Liderança Organizacional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 Gestão da Qualidade e Segurança	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3 Gestão Administrativa e Financeira	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.4 Gestão de Pessoas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5 Gestão de Suprimentos e Logística	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.6 Gestão da Informação e Comunicação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.7 Gestão do Acesso ao Cuidado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.8 Gestão da Segurança Patrimonial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.9 Gestão da Infraestrutura e Tecnologia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ : Aplicação obrigatória

○ : Aplicação obrigatória conforme característica da organização

– : Não se aplica



Subseção 1.1

Liderança Organizacional

Define e promove o *modelo de gestão* da organização envolvendo as partes interessadas e estabelecendo as responsabilidades e os critérios para a tomada de decisão.

PADRÃO NÍVEL 1: Determina a direção da organização estabelecendo objetivos, *modelo de gestão* e *políticas* institucionais com foco na *segurança* e na *qualidade* do cuidado, acompanhamento e provendo recursos necessários para sustentar seu cumprimento.

Requisitos – Nível 1

1. Estabelece a *identidade organizacional* e a dissemina para as partes interessadas.
2. Estabelece o modelo assistencial e os serviços prestados, considerando a identificação do perfil epidemiológico e as necessidades da população atendida.
3. Estabelece e implanta o *planejamento estratégico*, considerando o desejo ou necessidade de novos negócios, partes interessadas e opinião dos clientes, disseminando-o a toda a organização.
4. Atende às referências legais para execução das atividades propostas.
5. Define e acompanha os protocolos assistenciais conforme perfil da organização.
6. Provê recursos humanos, equipamentos, insumos e de infraestrutura que permitem a execução das atividades propostas.
7. Constitui e acompanha as comissões obrigatórias e as de apoio à *gestão*.
8. Acompanha e monitora sistematicamente a satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios.
9. Estabelece *política documentada de gestão da qualidade*, contemplando a *gestão de riscos*.
10. Estabelece *política documentada de comunicação* institucional.
11. Estabelece *política documentada para gestão de pessoas*.
12. Estabelece *política documentada para gestão de custos*.
13. Estabelece *política* documentada de consentimento informado e esclarecido.
14. Estabelece *política documentada para gestão das informações* da organização.
15. Estabelece *política documentada para gestão ambiental*.
16. Estabelece *política documentada para gestão de fornecedores de serviços e produtos*.
17. Estabelece *política documentada de segurança do paciente*.
18. Estabelece modelo de comunicação a respeito das responsabilidades dos *pacientes/clientes* e acompanhantes.
19. Estabelece modelo de comunicação a respeito dos direitos dos *pacientes/clientes* buscando comprometimento organizacional com o cumprimento destes.
20. Estabelece e formaliza a estrutura hierárquica institucional considerando suas responsabilidades e níveis hierárquicos.
21. Acompanha e verifica se as atividades de ensino e pesquisa estão alinhadas às diretrizes organizacionais e boas práticas clínicas, se aplicável.

22. Acompanha os *riscos organizacionais*.
23. Estabelece um código de conduta pessoal documentado.
24. Estabelece *política* para cuidados paliativos e terminalidade.
25. Divulga a diversidades de serviços prestados para clientes e partes interessadas, de forma transparente e de fácil acesso.

PADRÃO NÍVEL 2: Promove o acompanhamento e a avaliação do desempenho dos resultados organizacionais de acordo com o *modelo de gestão* e *políticas* definidas.

Requisitos – Nível 2

1. Gerencia os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento às solicitações emergenciais e em situações de contingência.
2. Define as diretrizes para *gestão* da tecnologia de acordo com as necessidades dos serviços, atendendo aos critérios de seleção, aquisição, utilização, inativação e substituição.
3. Acompanha o gerenciamento dos *riscos organizacionais*, apoiando as ações para mitigação, eliminação e implantação de melhorias.
4. Estabelece e acompanha os processos estratégicos da organização e suas interações.
5. Gerencia os resultados dos processos e de suas relações, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria.
6. Acompanha os indicadores de resultados dos processos.
7. Estabelece mecanismos para acompanhamento e desdobramento do *planejamento estratégico*.
8. Revisa sistematicamente o *planejamento estratégico* considerando o cenário interno, externo e legislações vigentes.
9. Acompanha os resultados dos indicadores do *planejamento estratégico* para a tomada de decisão.
10. Utiliza as informações gerenciais para tomada de decisão e atualização das estratégias.
11. Oferece suporte ao gerenciamento e acompanha os resultados dos protocolos institucionais sustentados pelas boas práticas referenciadas.
12. Estabelece mecanismos para acompanhamento e monitoramento de todas as *políticas* institucionais.
13. Acompanha o desempenho e apoia as comissões, utilizando suas informações para as ações de melhoria.
14. Acompanha de forma sistemática a cultura de *segurança do paciente* dentro da organização.
15. Divulga para os colaboradores e para as partes interessadas os padrões de conduta e estratégia organizacional.
16. Define um sistema de *gestão* considerando o negócio, estabelecendo atribuições e responsabilidades para a tomada de decisão.
17. Acompanha o gerenciamento da satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios, apoiando a implantação de melhorias.



18. Utiliza informações essenciais da *gestão* organizacional, considerando as necessidades e as expectativas das partes interessadas, para o planejamento de ações e tomada de decisões.
19. Acompanha a *gestão* dos contratos com base na *política* de *qualificação de fornecedores*, apoiando a implantação de ações de melhoria.
20. Acompanha a *gestão* da *segurança* da informação, apoiando a implantação de ações de melhoria.
21. Acompanha a *gestão* do uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e *pessoas*, apoiando a implantação de ações de melhoria.

Subseção 1.2

Gestão da Qualidade e Segurança

Diretrizes para o planejamento e acompanhamento das atividades relativas à *gestão* e melhoria da *qualidade e segurança do paciente*.

PADRÃO NÍVEL 1: Desenvolve um *modelo de gestão* sistêmico com foco na *segurança* e na *qualidade* do cuidado e dos serviços.

Requisitos – Nível 1

1. Estabelece método de padronização, elaboração, validação, acompanhamento da aprovação, disponibilização, atualização e controle de *documentos*.
2. Estabelece sistemática para padronização e implantação dos protocolos e procedimentos pertinentes aos processos assistenciais, processos de apoio e institucionais.
3. Estabelece sistema de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
4. Estabelece um fluxo prioritário para notificação e controle de *incidentes* com *dano* grave e catastrófico.
5. Estabelece os protocolos institucionais de *segurança do paciente* e atendimento das doenças de maior prevalência e gravidade, com base em diretrizes e evidências científicas.
6. Estabelece sistemática para identificação dos *riscos da assistência* ao *paciente/cliente* e apoia o desenvolvimento de ações para a mitigação ou eliminação, baseadas nos protocolos de *segurança do paciente*.
7. Estabelece diretrizes institucionais de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
8. Estabelece protocolo institucional de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
9. Estabelece protocolo institucional de transição do cuidado nas passagens de plantão, bem como nas transferências internas e externas, com troca de informação para continuidade da assistência.
10. Estabelece protocolo institucional com critérios para identificação de sinais de deterioração clínica e atendimento destes *pacientes/clientes*.
11. Mapeia e formaliza os processos estratégicos e suas interações.
12. Estabelece sistemática para identificação, análise e controle dos *riscos organizacionais*.
13. Estabelece mecanismos de desdobramento do *planejamento estratégico* considerando cenário interno e externo e legislações vigentes.
14. Estabelece procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.



PADRÃO NÍVEL 2: Estabelece mecanismos para gerenciar o cumprimento do *modelo de gestão* e a adoção de melhorias a partir dos resultados obtidos.

Requisitos – Nível 2

1. Estabelece sistemática para investigação, classificação, análise e tratamento de *incidentes e eventos adversos*.
2. Estimula a identificação e a notificação de *quase erros*.
3. Envolve a equipe multidisciplinar no processo de tratativa dos *incidentes e eventos adversos*.
4. Estabelece sistemática para identificação, priorização e implantação de ações para mitigação ou eliminação dos *riscos* dos processos que impactam na assistência ao *paciente/cliente*.
5. Estabelece sistemática para identificação, priorização e implantação de ações para mitigação ou eliminação dos *riscos* dos processos estratégicos.
6. Estabelece sistemática para apoiar o acompanhamento dos indicadores estratégicos e tomada de decisão.
7. Estabelece sistemática para coleta de indicadores e definição de metas relativas aos processos assistenciais e de adesão aos protocolos implantados.
8. Estabelece sistemática para a definição de indicadores e realização da análise crítica para atingimento de metas.
9. Apoia e acompanha a análise dos resultados dos indicadores e implantação de ações para melhoria.
10. Estabelece sistemática para acompanhamento da aderência e gerenciamento dos protocolos institucionais, apoiando a implantação de ações de melhoria.
11. Estabelece sistemática para o acompanhamento da aderência e gerenciamento dos protocolos de *segurança do paciente* e protocolos das doenças de maior prevalência e gravidade, apoiando a implantação de ações de melhoria para mitigação/diminuição de *incidentes e eventos adversos*.
12. Estabelece sistemática para formalização do mapeamento dos processos, com identificação de suas entradas e saídas; clientes e fornecedores; prazos; direitos e deveres; e as atividades que agregam valor.
13. Estabelece sistemática para interação entre os processos considerando as entregas e os prazos.
14. Acompanha a análise do desempenho dos processos e apoia a implantação de melhorias nas suas inter-relações.
15. Estabelece sistemática para acompanhamento do gerenciamento dos processos assistenciais e de apoio, e implantação de melhorias nos protocolos e procedimentos implantados.
16. Estabelece sistemática para realização de auditorias clínicas periódicas avaliando os cuidados de saúde prestados e apoiando a implantação de ações de melhoria.
17. Estabelece sistemática para realização de *auditorias internas* para melhoria dos processos da organização, apoiando a implantação de ações de melhoria.
18. Estabelece sistemática para constituição e acompanhamento dos comitês e comissões institucionais.

Subseção 1.3

Gestão Administrativa e Financeira

Atividades relacionadas à *gestão* dos recursos financeiros, *gestão* da satisfação dos clientes e *gestão* de fornecedores, planejando e promovendo recursos necessários para alcance dos objetivos organizacionais.

PADRÃO NÍVEL 1: Planeja, promove e controla os recursos necessários para o alcance dos objetivos institucionais.

Requisitos – Nível 1

1. Estabelece método de acompanhamento, avaliação e classificação por criticidade das manifestações dos *pacientes/clientes* e acompanhantes.
2. Acompanha e monitora sistematicamente a satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios.
3. Estabelece sistemática para acompanhamento e desenvolvimento dos fornecedores alinhado às estratégias institucionais.
4. Estabelece sistemática para acompanhamento e gerenciamento dos contratos com base na *política* de *qualificação de fornecedores*.
5. Estabelece plano de gerenciamento de resíduo.
6. Estabelece sistemática de acompanhamento da segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados pela organização.
7. Estabelece sistemática para apoiar o uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e *pessoas*.
8. Estrutura e gerencia os custos conforme *política* estabelecida.
9. Estabelece processo de planejamento orçamentário da Instituição.
10. Apresenta processo sistematizado de análise de viabilidade de investimentos.
11. Estabelece processo para a *gestão* e revisão das contas às fontes pagadoras.
12. Apoia o processo de tomada de decisão institucional em demonstrativos financeiros.



PADRÃO NÍVEL 2: Estabelece modelo para *gestão* dos recursos, *gestão* de fornecedores e satisfação dos clientes.

Requisitos – Nível 2

1. Gerencia o desenvolvimento dos fornecedores alinhado às estratégias institucionais.
2. Acompanha, avalia e controla os custos dos diferentes processos e serviços.
3. Gerencia sistematicamente as manifestações (reclamações/queixas/sugestões/elogios) dos *pacientes/clientes* e acompanhantes e o tempo de resposta baseado na criticidade, promovendo ações de melhoria.
4. Gerencia os canais de comunicação para as manifestações dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, assegurando o recebimento das mesmas (reclamações/queixas/sugestões/elogios).
5. Gerencia os contratos com base na *política de gestão de fornecedores de serviços e produtos*, utilizando os critérios para a qualificação com ênfase na avaliação de desempenho.
6. Gerencia as atividades de segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados pela organização.
7. Gerencia o uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e *pessoas*.
8. Estrutura, acompanha e avalia a satisfação dos clientes e as reclamações/queixas, promovendo ações de melhoria.
9. Gerencia processo de revisão da execução orçamentária com o envolvimento das lideranças.
10. Acompanha e analisa o resultado dos investimentos realizados.
11. Estabelece ciclos de melhoria operacionais através da apuração das contas às fontes pagadoras.
12. Analisa criticamente os demonstrativos financeiros estabelecendo ações de sustentabilidade.

Subseção 1.4

Gestão de Pessoas

Organização das atividades relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, *segurança* e desenvolvimento das *pessoas*, alinhadas aos objetivos da organização.

PADRÃO NÍVEL 1: Estrutura e desenvolve a *gestão de pessoas*, alinhada às competências essenciais da instituição, com foco na *segurança* e na *qualidade* do cuidado e dos serviços.

Requisitos – Nível 1

1. Possui profissionais dimensionados para atender o perfil epidemiológico e as necessidades dos *pacientes/clientes*.
2. Define responsabilidades e competências conforme função exercida.
3. Estabelece processo de recrutamento, seleção e desligamento de *pessoas* alinhado às competências essenciais e individuais.
4. Estabelece procedimento para o credenciamento e a admissão de *pessoas* e para a atualização das informações.
5. Estabelece regimento documentado do corpo clínico alinhado ao conselho de classe.
6. Estabelece regimento documentado das categorias profissionais alinhadas aos conselhos de classe.
7. Estabelece a documentação e os registros correspondentes à *segurança* e saúde ocupacional.
8. Estabelece um plano de prevenção de *riscos* de acidentes com materiais perfurocortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos.
9. Estabelece um plano de prevenção de *riscos ocupacionais*.
10. Identifica o perfil epidemiológico das *pessoas*.
11. Capacita os profissionais para situações de catástrofes internas.
12. Estabelece um programa de preparação e acompanhamento de novas *pessoas* para o exercício de suas funções e integrando-as à cultura organizacional.
13. Identifica e mapeia as necessidades de capacitação e desenvolvimento considerando as competências, a estratégia organizacional e as necessidades das *pessoas* para o exercício das funções atuais e futuras.
14. Planeja e realiza programas de capacitação e de desenvolvimento, conforme as necessidades identificadas.
15. Capacita as lideranças.
16. Promove e desenvolve a cultura da aprendizagem em equipe, o compartilhamento de informações, as inovações e as melhores práticas.
17. Estabelece diretriz de treinamento para utilização de equipamentos e materiais críticos.



PADRÃO NÍVEL 2: Coordena o *modelo de gestão de pessoas*, adequando as competências individuais às institucionais para o alcance das estratégias.

Requisitos – Nível 2

1. Estabelece um processo sistemático e articulado das ações relacionadas à *gestão de pessoas*, alinhado às estratégias institucionais.
2. Acompanha e avalia os resultados das ações de *gestão de pessoas*, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria.
3. Avalia o desempenho das *pessoas* por meio de um instrumento objetivo, alinhado com as competências essenciais da organização e específicas para a função exercida.
4. Define a sistemática de capacitação e desenvolvimento de *pessoas* baseado em informações gerenciais.
5. Define *plano de capacitação* e desenvolvimento de *pessoas*, conforme necessidades identificadas e perfil da função exercida, alinhado aos resultados da avaliação de desempenho individual.
6. Promove ações voltadas para qualidade de vida dos colaboradores de acordo com as necessidades e perfil epidemiológico.
7. Acompanha a eficácia dos programas de prevenção de *riscos ocupacionais* e da qualidade de vida, com o objetivo de promoção e preservação da saúde dos trabalhadores.
8. Avalia os resultados do processo de integração e acompanhamento de novas *pessoas* na organização, promovendo ações de melhoria.
9. Avalia o impacto da capacitação dos profissionais da equipe multidisciplinar baseado nas informações gerenciais.
10. Demonstra como são avaliadas e desenvolvidas, nos líderes, as competências necessárias para o exercício da liderança.
11. Utiliza os indicadores de *gestão de pessoas*, para o planejamento de ações e tomada de decisões.
12. Estabelece ações para a retenção de *conhecimentos* conquistados pela organização.
13. Identifica a necessidade de desenvolvimento da liderança para o alcance das metas e estratégias da organização.

Subseção 1.5

Gestão de Suprimentos e Logística

Atividades relacionadas à organização e à coordenação das ações relativas ao planejamento, à aquisição, ao armazenamento, à rastreabilidade e à disponibilização de materiais, insumos e serviços.

PADRÃO NÍVEL 1: Planeja, qualifica e controla os recursos entrantes, necessários para execução dos processos, de forma eficiente, atendendo aos objetivos da organização e focando a *segurança* e a *qualidade* do cuidado e dos serviços.

Requisitos – Nível 1

1. Qualifica e avalia o desempenho dos fornecedores críticos, de acordo com os critérios definidos pela *política de gestão de fornecedores de serviços e produtos*.
2. Planeja a aquisição de suprimentos conforme critérios técnicos e necessidade da organização.
3. Estabelece critérios técnicos e multidisciplinares para padronização de suprimentos.
4. Estabelece sistemática de disponibilização de suprimentos atendendo à necessidade dos processos.
5. Estabelece critérios de recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos.
6. Estabelece mecanismos de rastreabilidade de materiais e medicamentos.
7. Avalia serviços terceirizados com base na *política de gestão de fornecedores de serviços e produtos*.
8. Estabelece diretrizes de farmacovigilância e tecnovigilância.
9. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
10. Verifica as exigências legais para a totalidade dos fornecedores.
11. Promove instruções ao cliente interno quanto ao uso e armazenamento de suprimentos.
12. Estabelece critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos.
13. Estabelece os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.



PADRÃO NÍVEL 2: Integra e gerencia todos os parâmetros da *cadeia de suprimentos*.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e gerencia o cumprimento da utilização segura dos materiais, conforme critérios estabelecidos.
2. Promove o desenvolvimento dos fornecedores com base na análise de desempenho.
3. Identifica, analisa e trata os *riscos* relacionados à *gestão* de suprimentos.
4. Acompanha e analisa os resultados das relações dos processos internos, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria.
5. Gerencia a falta de materiais e medicamentos, estabelecendo plano de contingência e ação de melhoria.
6. Gerencia as compras de urgência e estabelece ação de melhoria.
7. Gerencia as solicitações de compra de materiais e medicamentos não padronizados.
8. Gerencia os estoques satélites buscando a *segurança* e a eficiência da *gestão* de suprimentos.

Subseção 1.6

Gestão da Informação e Comunicação

Contempla o conjunto da segurança dos dados e informações em meio físico e digital, considerando a coleta, a integração, a organização, o controle, a disponibilização, a movimentação, o recebimento, o armazenamento, a conservação e o descarte das informações.

Estabelece meios de comunicação externa e interna contemplando *paciente/cliente* e acompanhantes profissionais de serviços de saúde, fontes pagadoras, sociedade, órgãos de classe e terceiros, incluindo as situações de crise.

PADRÃO NÍVEL 1: Apresenta atividades relacionadas à *segurança* das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem e distribuição de informações. Estabelece meios de comunicação interna e externa.

Requisitos – Nível 1

1. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
2. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
3. Define plano de contingência visando ao acesso e à integridade das informações em sistemas ou físicas.
4. Organiza e integra as informações do *paciente/cliente* permitindo acesso ao histórico dos atendimentos realizados.
5. Estabelece método para registros do *paciente/cliente* permitindo a continuidade do cuidado e a assistência adequada pela equipe multiprofissional.
6. Estabelece mecanismos visando à qualidade e à integridade dos registros e informações dos *pacientes/clientes*.
7. Estabelece mecanismos e procedimentos para a movimentação, disponibilização, rastreabilidade sigilo, *segurança*, conservação e descarte da informação do *paciente/cliente*.
8. Estabelece mecanismos e procedimentos para gerenciar a *segurança* e o sigilo da informação do *paciente/cliente*, seja por meios físicos ou virtuais.
9. Estabelece método para coleta, organização, análise e disponibilização de dados estatísticos e epidemiológicos, relativos ao prontuário do *paciente/cliente*.
10. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
11. Estabelece diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
12. Estabelece e orienta os usuários quanto às regras de *segurança* da informação.
13. Estabelece diretrizes para uso e acesso do prontuário visando à privacidade e confidencialidade da informação.
14. Estabelece procedimento para avaliação sistemática dos registros e informações relativas à assistência prestada e do *paciente/cliente*.



15. Organiza e disponibiliza os registros clínicos de forma integrada e de fácil acesso à equipe de trabalho nos pontos de cuidado.
16. Estabelece mecanismos para organização e padronização dos *documentos de prontuário do paciente/cliente*.
17. Estabelece canais de comunicação externa com fontes pagadoras, sociedade, órgãos de classe, terceiros e meios de comunicação, de forma periódica e em situação de crise.
18. Estabelece canais de comunicação interna com *paciente/cliente* e acompanhantes.
19. Estabelece canais de comunicação institucional entre diferentes níveis hierárquicos e para os diferentes perfis profissionais.

PADRÃO NÍVEL 2: Estabelece *modelo para gestão* dos dados e da comunicação relevantes para o negócio, tornando-os acessíveis à liderança para a tomada de decisões.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
2. Avalia a efetividade dos diferentes canais de comunicação, promovendo ações de melhoria.
3. Utiliza os resultados da análise de prontuários para promover ações de melhoria.
4. Estabelece plano de treinamento para modificações e incorporações de novos *documentos de prontuário*.
5. Estabelece diretrizes para coleta de dados de prontuários, preservando a confidencialidade dos profissionais e do *paciente/cliente* envolvido.

Subseção 1.7

Gestão do Acesso ao Cuidado

Ações voltadas para a recepção, admissão, transferência, orientação e alta dos *pacientes/clientes*, sistematizadas de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização, articulação e comunicação eficiente entre unidades e com outras organizações de saúde, para o encaminhamento e o retorno de *pacientes/clientes*, ofertado com padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Define ações voltadas à agilidade na identificação das necessidades do *paciente/cliente* e articula as relações necessárias para a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 1

1. Demonstra condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento, de acordo com o perfil da organização.
2. Demonstra que os serviços de remoção, próprios ou não, são qualificados para o transporte seguro dos *pacientes/clientes*.
3. Define planos de contingência que promovam a continuidade do acesso.
4. Define fluxos e critérios para admissão de *pacientes/clientes*, incluindo os provenientes de outras organizações e serviços.
5. Define fluxos e critérios para alta ou transferência de *pacientes/clientes*.
6. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do acesso.
7. Estabelece um método sistemático de acompanhamento da eficiência dos objetivos definidos e metas propostas.
8. Monitora os leitos e os serviços para disponibilização em tempo e condições adequadas ao *paciente/cliente*.
9. Desenvolve plano de continuidade assistencial do *paciente/cliente*, com envolvimento da equipe multidisciplinar.
10. Estabelece formalmente as relações com a rede de referência, para onde devem ser transferidos ou referidos os casos em que a organização não tenha capacidade resolutive.
11. Estabelece formalmente as relações de contrarreferência, conforme o perfil da instituição.
12. Registra as informações do *paciente/cliente*, incluindo solicitação do serviço ou motivo de transferência, interna e externa.
13. Define canais de comunicação entre equipes e serviços, que permitam as transferências.
14. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes os encaminhamentos necessários à continuidade do tratamento.
15. Demonstra fluxo preferencial para as prioridades previstas em lei no acesso aos diferentes serviços.



PADRÃO NÍVEL 2: Define ações voltadas à agilidade na identificação das necessidades do *paciente/cliente* e articula as relações necessárias para a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Gerencia os leitos e os serviços de forma integrada, com disponibilização em tempo e condições adequadas ao *paciente/cliente*.
2. Gerencia os resultados dos processos e suas relações, de acordo com os objetivos e metas estabelecidos, promovendo ações de melhoria.
3. Envolve os serviços de apoio na busca de melhorias para a *gestão* de leitos.
4. Utiliza o *plano terapêutico* como base para a *gestão* de leitos.
5. Gerencia as relações de referência e contrarreferência articulando mudanças de acordo com as necessidades da demanda.
6. Gerencia o acesso de *paciente/cliente* aos recursos internos e externos incluindo leitos, procedimentos e exames, promovendo ações de melhoria.
7. Promove adaptações operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades de acordo com a demanda e o perfil.
8. Analisa o perfil epidemiológico frente à capacidade instalada para adaptar os serviços às necessidades assistenciais.
9. Gerencia filas com base em critérios clínicos para priorizar o acesso aos diferentes serviços.
10. Gerencia os leitos e os serviços de forma integrada, com disponibilização em tempo em condições adequadas ao *paciente/cliente*.
11. Gerencia a ocupação hospitalar e a permanência hospitalar, incluindo a análise dos casos de longa permanência.

Subseção 1.8

Gestão da Segurança Patrimonial

Conjunto de atividades que visa à *estrutura* segura e funcional aos *pacientes/clientes*, acompanhantes, profissionais e visitantes, ao planejamento das situações de rotina e à atuação frente a crises geradas por falhas de *segurança*.

PADRÃO NÍVEL 1: Planeja as situações de rotina, a atuação frente a crises geradas por falhas de *segurança* e as ações de prevenção, para sustentar um ambiente seguro.

Requisitos – Nível 1

1. Possuem profissionais com competência e capacitação compatíveis para atender às necessidades da organização.
2. Dimensiona profissionais de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas.
3. Estabelece mecanismos para a identificação e o controle da entrada e saída de *pessoas*, materiais e equipamentos.
4. Controla e orienta quanto ao acesso e à circulação nos ambientes da organização.
5. Promove a educação permanente dos profissionais para situações de emergência relacionadas à segurança patrimonial.
6. Estabelece mecanismos para divulgação e orientação do plano de evacuação.
7. Dispõe de plano de contingência para situações de incêndio, acidente, explosão e desastres naturais.
8. Estabelece sistemática para realização e controle dos bens e mobiliários.
9. Estabelece procedimentos de controle de acesso especialmente voltados às áreas críticas de internação e circulação de *pacientes/clientes*.
10. Estabelece procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia as ações de *segurança* estrutural e patrimonial, promovendo *segurança* aos *pacientes/ clientes*, acompanhantes e profissionais, e gerando ações de melhoria.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado da segurança patrimonial, promovendo ações de melhoria.
2. Acompanha e avalia as inter-relações de processos promovendo ações de melhoria.
3. Alinha suas atividades às demandas assistenciais.
4. Identifica, analisa e trata os *riscos* relacionados à segurança patrimonial.
5. Estuda as ações implementadas para a minimização das ameaças, os resultados obtidos e define melhorias.
6. Acompanha e avalia o desempenho e a vida útil dos bens e mobiliários, promovendo melhorias.

Subseção 1.9

Gestão da Infraestrutura e Tecnologia

Planejamento e gerenciamento da *estrutura* físico-funcional, das instalações, mobiliário, equipamentos e integração com a monitoração do ambiente tecnológico (servidores, armazenamento e rede de comunicação). A *gestão* deve abranger os processos de comissionamento predial e de infraestrutura tecnológica e tecnologia, seguindo com os aspectos gerenciais da operação, a *gestão* da comunicação e os aspectos de *segurança*, de saúde e ambientais.

PADRÃO NÍVEL 1: Controle e manutenção da infraestrutura predial e tecnológica apropriada ao perfil e à complexidade da organização, promovendo *segurança* estrutural e da informação.

Requisitos – Nível 1

1. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
2. Planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos, incluindo a calibração.
3. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
4. Monitora o desempenho dos fornecedores críticos, alinhado à *política de gestão de fornecedores de serviços e produtos*.
5. Dispõe de plano de contingência para atender a situações de emergência.
6. Provê local adequado para o manejo dos resíduos.
7. Estabelece periodicidade para a realização da inspeção das instalações.
8. Monitora a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de informática.
9. Estabelece mecanismos e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura e realização de *backup*.
10. Estabelece sistemática para qualificar e testar os sistemas de informática e *software* antes de entrar em uso, periodicamente.
11. Capacita os usuários periodicamente para utilização correta dos sistemas de informática e *software*.
12. Identifica, planeja e implementa ações para aquisição, manutenção e atualização de *software* e *hardwares*, com a participação da equipe multidisciplinar.
13. Estabelece plano de contingência para recuperação de dados dos sistemas de informação.
14. Estabelece critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia as condições da infraestrutura institucional e tecnológica, buscando um constante e contínuo aprimoramento na forma de atingir melhorias da organização.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia as condições da infraestrutura institucional, promovendo melhorias.
2. Avalia o impacto das obras e reformas nas práticas assistenciais e no negócio da instituição, gerando aprendizado.
3. Gerencia os equipamentos de infraestrutura de forma a atender às necessidades do serviço seguindo critérios de seleção, aquisição, instalação e funcionamento.
4. Identifica, analisa e trata os *riscos* relacionados à infraestrutura.
5. Gerencia a manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos.
6. Gerencia as demandas promovendo ações de melhoria dos sistemas informatizados.
7. Utiliza dados dos sistemas de informática e *estrutura* de tecnologia para promover ações de melhorias.

ATENÇÃO AO PACIENTE

Processos que envolvem a assistência prestada aos *pacientes/clientes*, estabelecendo as relações entre as etapas necessárias e fundamentais para a prática clínica transdisciplinar, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

Subseção	Na												
	Serviços Hospitalares	Hospital-dia	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Crônica	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar – Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar – Internação	Serviços Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica
2.1 Internação	✓	–	–	–	–	–	–	○	○	–	–	–	–
2.2 Atendimento Ambulatorial	○	○	✓	–	✓	–	–	✓	○	–	–	✓	○
2.3 Atendimento Emergencial	○	–	–	–	–	–	–	○	✓	–	–	○	–
2.4 Atendimento Cirúrgico	○	–	–	–	–	–	–	○	○	–	–	–	–
2.5 Atendimento Obstétrico	○	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2.6 Atendimento Neonatal	○	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2.7 Cuidados Intensivos	○	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2.8 Assistência Hemoterápica	○	○	✓	–	○	–	–	○	○	–	○	○	–
2.9 Assistência Nefrológica e Dialítica	○	–	–	–	✓	✓	–	–	–	○	○	–	–
2.10 Assistência Oncológica e Terapia Antineoplásica	○	–	–	–	–	–	–	○	–	○	○	✓	–
2.11 Radioterapia	○	–	–	–	–	–	○	–	–	–	–	○	–
2.12 Medicina Oxigenoterapia Hiperbárica	○	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2.13 Assistência Farmacêutica	✓	✓	○	–	✓	✓	○	○	✓	✓	✓	✓	✓
2.14 Assistência Nutricional	✓	○	–	–	✓	✓	–	○	○	✓	✓	✓	○

✓ : Aplicação obrigatória

○ : Aplicação obrigatória conforme característica da organização

– : Não se aplica



Subseção 2.1

Internação

Processos voltados à prestação de atendimento a *pacientes/clientes* que necessitam de assistência com permanência na instituição ou no domicílio, programada ou não, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente* através de um processo constante de identificação e prevenção de *riscos assistenciais*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Cumpre critérios para identificação de *pacientes/clientes* críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
8. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
9. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
10. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
11. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
12. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
13. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
14. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
15. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
16. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
17. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.

18. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhantes para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
19. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
20. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
21. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
22. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
23. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
24. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
25. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
26. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
27. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
28. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
29. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia o esforço coordenado e acompanha a fluidez entre os processos, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
7. Promove o envolvimento do *paciente/cliente* e/ou acompanhante a respeito dos seus procedimentos, *riscos* e *plano terapêutico*.
8. Planeja e oferece plano educacional para o *paciente/cliente* e acompanhante para desospitalização.
9. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
10. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
11. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.

Subseção 2.2

Atendimento Ambulatorial

Processos voltados para a prestação de atendimento eletivo e de assistência aos *pacientes/clientes* externos, programado e/ou continuado.

O modelo assistencial contempla ações preventivas, de diagnóstico, terapêuticas e de reabilitação ofertado com padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Define ou promove ações voltadas à acessibilidade, agilidade e continuidade do atendimento ao *paciente/cliente* com identificação e prevenção de *riscos assistenciais*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece método para agendamento e acompanha a demanda.
7. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
9. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
10. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
11. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
12. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
13. Cumpre critérios para identificação de *pacientes/clientes* críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
14. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
15. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de conhecimento do *paciente/cliente* e acompanhante para continuidade do cuidado extra-ambulatorial.
16. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
17. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa.

18. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
19. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
20. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
21. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
22. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
23. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
24. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
25. Disponibiliza o histórico clínico durante o atendimento para continuidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
26. Dispõe de plano interdisciplinar da assistência considerando as características do *paciente/cliente*.
27. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
28. Desenvolve atividades voltadas para a promoção à saúde de acordo com o perfil epidemiológico.
29. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
30. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
31. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
32. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-ambulatorial dos *pacientes/clientes*.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia o atendimento, a partir das informações e metas terapêuticas definidas, promovendo a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente* e ações de melhoria.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia as inter-relações de processos promovendo ações de melhoria.
5. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
6. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
7. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.



8. Promove o envolvimento do *paciente/cliente* e/ou acompanhante a respeito dos seus procedimentos, *riscos* e *plano terapêutico*.
9. Planeja e oferece plano educacional para o *paciente/cliente* e acompanhante para desospitalização.
10. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
11. Gerencia o agendamento e a demanda, promovendo ações de melhoria.
12. Avalia a eficácia dos programas de promoção à saúde.
13. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
14. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.
15. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.

Subseção 2.3

Atendimento Emergencial

Processos voltados para a prestação de atendimento imediato a *pacientes/clientes* externos, sem *risco* de perda da vida (urgência) ou com *risco* de perda da vida (emergência), ofertado com padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Define ou promove ações voltadas à acessibilidade e à agilidade no atendimento ao *paciente/cliente*, articulado aos serviços assistenciais e de diagnóstico, identificação e prevenção de *riscos assistenciais*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao *paciente/cliente* de urgência e emergência, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Estabelece protocolo de triagem para priorização do atendimento.
9. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
10. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
11. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
12. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
13. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
14. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
15. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
16. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
17. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.



18. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
19. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
20. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
21. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
22. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
23. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
24. Estabelece sistemática de identificação e mobilização de doadores de órgãos, tecidos e células.
25. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
26. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
27. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
28. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia o esforço coordenado e acompanha a fluidez entre os processos e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia a efetividade do protocolo de triagem para priorização do atendimento, promovendo ações de melhoria.
5. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
6. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
7. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
8. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a demanda de atendimento, promovendo ações de melhoria.
11. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.
12. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.

Subseção 2.4

Atendimento Cirúrgico

Processos voltados para o desenvolvimento de atividades cirúrgicas, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Define um plano de cuidado, voltado para estabelecimento de práticas para a *segurança* cirúrgica, identificação e prevenção de *riscos assistenciais*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre sistemática de agendamento cirúrgico e acompanha a demanda.
7. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao *paciente/cliente* cirúrgico, com base em diretrizes e evidências científicas.
9. Estabelece protocolos de *segurança* para administração de anestésicos.
10. Estabelece o protocolo de cirurgia segura.
11. Estabelece protocolo para atendimento de cirurgias de urgência e emergência.
12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
13. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
14. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
15. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
16. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
17. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência, para procedimentos eletivos.
18. Estabelece *plano terapêutico* individualizado para procedimentos eletivos.

19. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
20. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de conhecimento do paciente/cliente e acompanhante para continuidade do cuidado extra-hospitalar, quando aplicável.
21. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
22. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
23. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
24. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
25. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
26. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
27. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
28. Dispõe de critérios para o processamento e liberação dos diferentes tipos de material biológico humano.
29. Cumpre com os critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos.
30. Dispõe de *mecanismos de validação* de procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos ao material biológico humano e a *amostra de material biológico* humano.
31. Dispõe de mecanismos e procedimentos para o armazenamento, conservação, transporte, rastreabilidade e descarte apropriado do material biológico humano e a *amostra de material biológico* humano, visando a sua integridade e preservação.
32. Monitora as *condições de armazenamento e transporte de materiais biológicos* humanos.
33. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
34. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
35. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
36. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
37. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
38. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
39. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia processo consistente e articulado, com ações de *segurança* sistemáticas de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos para *segurança* em cirurgia, promovendo ações de melhoria.
5. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
6. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
7. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
8. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia o agendamento e a demanda, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
11. Acompanha e analisa as causas de reoperações não planejadas.
12. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
13. Cumpre protocolos de reação a situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
14. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.



Subseção 2.5

Atendimento Obstétrico

Processos voltados para o desenvolvimento de atividades de assistência à gestante, ao parto e ao puerpério, sistematizados de acordo com o grau de complexidade da organização ofertado com padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente* através de um processo constante de identificação e prevenção de *risco assistencial*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao *paciente/cliente* obstétrico, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Estabelece protocolos para parto seguro.
9. Estabelece protocolos para atendimento de emergência obstétrica.
10. Estabelece protocolos assistenciais pré-operatórios.
11. Estabelece protocolos assistenciais pós-operatórios.
12. Estabelece protocolo de assistência pré-natal.
13. Estabelece protocolo de cirurgia segura.
14. Estabelece protocolos de *segurança* para administração de anestésicos.
15. Estabelece práticas para a movimentação segura do binômio mãe-filho(s).
16. Estabelece sistemática e estimula o alojamento conjunto e o envolvimento materno e do núcleo familiar nos cuidados com o recém-nascido.
17. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
18. Estabelece sistemática de agendamento de pré-natal e acompanha a demanda.
19. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
20. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.

21. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
22. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
23. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
24. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
25. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
26. Dispõe de plano individual de parto.
27. Estabelece critérios para a alta segura, pós-parto.
28. Fornece orientações a respeito do aleitamento materno.
29. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
30. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
31. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
32. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
33. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
34. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
35. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
36. Dispõe de critérios para o processamento e a liberação dos diferentes tipos de material biológico humano.
37. Cumpre com os critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos.
38. Dispõe de mecanismos e procedimentos para o armazenamento, conservação, transporte, rastreabilidade e descarte apropriado da amostra e material biológico humano, visando a sua integridade e preservação.
39. Dispõe de *mecanismos de validação* do processo de rastreabilidade dos dados, relativos à amostra e a material biológico humano.
40. Monitora as *condições de armazenamento e transporte de materiais biológicos* humanos.
41. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
42. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
43. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
44. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
45. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.



46. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
47. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
48. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia processo consistente e articulado, com ações de *segurança* sistemáticas de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
5. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
6. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
7. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
8. Planeja e oferece plano educacional para puérpera quanto ao autocuidado e cuidados ao(s) recém-nascido(s).
9. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos para parto seguro, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia o agendamento e a demanda, promovendo ações de melhoria.
11. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
12. Acompanha e analisa as causas de reoperações não planejadas.
13. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
14. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
15. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.

Subseção 2.6

Atendimento Neonatal

Processos voltados para a atenção ao recém-nascido, sistematizados de acordo com o grau de complexidade da organização ofertado com padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, respeitando o grau de dependência do recém-nascido com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente* através de um processo constante de identificação e prevenção de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao *paciente/cliente* neonatal, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Estabelece práticas para a movimentação segura do binômio mãe-filho(s).
9. Estabelece protocolos de assistência neonatal.
10. Utiliza metodologia para classificação da gravidade do *paciente/cliente*, relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida.
11. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
12. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
13. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
14. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
15. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
16. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências neonatal.
17. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.



18. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
19. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
20. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
21. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
22. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
23. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
24. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
25. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
26. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
27. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
28. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
29. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
30. Estabelece critérios para a alta segura do *paciente/cliente* neonatal.
31. Dispõe de procedimentos de *segurança* na coleta e utilização do leite materno.
32. Dispõe de procedimentos de *segurança* para a utilização de leite manipulado.
33. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
34. Dispõe de sistemática de identificação e mobilização de doadores de órgãos, tecidos e células.
35. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
36. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
37. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
38. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia o esforço coordenado da fluidez entre os processos e as ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
7. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
8. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de assistência neonatal, promovendo ações de melhoria.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Acompanha e analisa as causas das readmissões não planejadas.
11. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.
13. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.



Subseção 2.7

Cuidados Intensivos

Processos destinados à estabilização de *pacientes/clientes* com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência multidisciplinar e interdisciplinar, sistematizados de acordo com o grau de complexidade e especialização da organização, realizados por meio de padrões de **qualidade** adequados à redução, a um mínimo aceitável, do **risco** de **dano** desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, através de um processo constante de identificação e prevenção de **risco assistencial**.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao *paciente/cliente* em cuidados intensivos, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Dispõe de critérios para admissão e alta de *paciente/cliente*.
9. Utiliza metodologia para classificação da gravidade do *paciente/cliente*, relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida.
10. Estabelece protocolos de assistência ao *paciente/cliente* crítico.
11. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
13. Identifica os **riscos assistenciais** do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
14. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
15. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
16. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
17. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.

18. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
19. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
20. Cumpre as diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
21. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
22. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
23. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
24. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
25. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
26. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança da cadeia medicamentosa*.
27. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
28. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento do paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
29. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
30. Estabelece sistemática de identificação e mobilização de doadores de órgãos, tecidos e células.
31. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
32. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
33. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
34. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia o esforço coordenado e acompanha a fluidez entre os processos e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.



7. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
8. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de assistência ao *paciente/cliente* crítico, promovendo ações de melhoria.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Acompanha e analisa as causas das readmissões não planejadas.
11. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.
13. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.

Subseção 2.8

Assistência Hemoterápica

Atividades voltadas para a indicação de hemocomponentes, hemoderivados e realização de procedimentos hemoterápicos. Compreendem avaliação de solicitação, seleção, preparo, realização, acompanhamento transfusional e assistência ao *paciente/cliente*.

PADRÃO NÍVEL 1: Solicitação consistente, permitindo a transfusão segura, compatível e em tempo hábil com ações voltadas à acessibilidade e à agilidade no atendimento ao *paciente/cliente*, articulado aos serviços assistenciais na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/*gravidade/risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento hemoterapêutico, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Dispõe de sistemática para mobilizar doadores.
9. Dispõe de processo de esclarecimento do doador ou responsável quanto aos procedimentos de doação.
10. Dispõe de procedimentos voltados ao sigilo das informações prestadas pelo doador ou responsável durante todo o processo.
11. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
12. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa.
13. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
14. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
15. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
16. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
17. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
18. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.



19. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
20. Monitora a demanda e uso racional do hemocomponente/hemoderivados.
21. Desenvolve diretrizes para notificação de hemovigilância e ações de melhoria.
22. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância.
23. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
24. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
25. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de tecidos e células, incluindo componentes obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical e da medula óssea.
26. Dispõe de *mecanismos de validação* dos processos para rastreabilidade de tecidos e células, incluindo componentes obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical e da medula óssea.
27. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
28. Dispõe de *mecanismos de validação* dos procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos à transfusão.
29. Dispõe de procedimento seguro para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado dos insumos.
30. Dispõe de critérios para o processamento e a liberação dos diferentes tipos de material biológico humano.
31. Cumpre com os critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos.
32. Dispõe de mecanismos e procedimentos para o armazenamento, conservação, transporte, rastreabilidade e descarte apropriado da amostra e material biológico humano, visando a sua integridade e preservação.
33. Dispõe de *mecanismos de validação* do processo de rastreabilidade dos dados, relativos à amostra e ao material biológico humano.
34. Monitora as *condições de armazenamento e transporte de materiais biológicos* humanos.
35. Atualiza as informações necessárias para a triagem dos doadores, com base em mudanças epidemiológicas e evidências científicas.
36. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para as atividades de transfusão, triagem, coleta e outros procedimentos.
37. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
38. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
39. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, com ações de *segurança* sistemáticas e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Utiliza as informações e manifestações dos doadores, receptores, acompanhantes e da equipe profissional para a melhoria do processo.
5. Mensura a efetividade das ações de captação de doadores e define melhorias.
6. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
7. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
8. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
9. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
10. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
11. Gerencia a demanda e uso racional de hemocomponentes/hemoderivados, promovendo ações de melhoria.
12. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos para procedimentos hemoterapêuticos, promovendo ações de melhoria.



Subseção 2.9

Assistência Nefrológica e Dialítica

Processo destinado à assistência ao portador de insuficiência renal crônica ou aguda, a fim de manter estáveis os parâmetros hemodinâmicos ou viabilizar a recuperação do *paciente/cliente*, realizado por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Estabelece protocolos e procedimentos para *pacientes/clientes* em assistência dialítica, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Estabelece protocolos para procedimentos dialíticos.
9. Estabelece protocolos de assistência ao *paciente/cliente* crítico.
10. Monitora a demanda por procedimentos de terapia dialítica.
11. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
12. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
13. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
14. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
15. Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
16. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
17. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.

18. Estabelece *plano terapêutico* individualizado para procedimentos eletivos.
19. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
20. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
21. Cumpre as diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas, quando aplicáveis.
22. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas à terapia dialítica.
23. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
24. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
25. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
26. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
27. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
28. Dispõe de prontuário com registros sobre assistência dialítica atualizados, que promovam a continuidade da assistência, quando aplicável.
29. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
30. Dispõe de procedimentos de *segurança* para o armazenamento e transporte de soluções dialíticas.
31. Dispõe de procedimento seguro para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado dos insumos.
32. Monitora a articulação com a rede de referência e contrarreferência frente à demanda do serviço.
33. Monitora a qualidade da água em todas as etapas que envolvem a terapia renal substitutiva.
34. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
35. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
36. Utiliza termos de consentimento para procedimentos invasivos.
37. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
38. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
39. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, com ações de *segurança* sistemáticas e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
2. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
3. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
5. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
6. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de terapia dialítica, promovendo ações de melhoria.
8. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de terapia dialítica, promovendo ações de melhoria.
11. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.
13. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.

Subseção 2.10

Assistência Oncológica e Terapia Antineoplásica

Processo destinado ao tratamento oncológico ou de imunossupressão, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, realizado por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Estabelece protocolos e procedimentos para cuidados a *pacientes/clientes* oncológicos, incluindo a infusão e descarte seguro de medicamentos antineoplásicos.
8. Estabelece o método para agendamento e acompanha a demanda.
9. Monitora a demanda por procedimentos de terapia antineoplásica.
10. Monitora a articulação com a rede de referência e contrarreferência frente à demanda do serviço.
11. Dispõe de plano de contingência para atender a situações de emergência.
12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
13. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
14. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
15. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
16. Identifica os sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
17. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
18. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.



19. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
20. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
21. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
22. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
23. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
24. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
25. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
26. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
27. Dispõe de procedimento seguro para o armazenamento e transporte de medicamentos antineoplásicos.
28. Dispõe de procedimento seguro para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado dos insumos.
29. Estabelece os protocolos de infusão e descarte seguro de medicamentos antineoplásicos.
30. Estabelece os protocolos para manejo de derramamento e extravasamento de medicamentos antineoplásicos.
31. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
32. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
33. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
34. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
35. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
36. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
37. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
38. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, com ações de *segurança* sistemáticas e ações de melhoria, sustentando a continuidade.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
2. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
3. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
5. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
6. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de infusão e descarte seguro de medicamentos antineoplásicos, promovendo ações de melhoria.
8. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia o agendamento e a demanda, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
11. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.
13. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.



Subseção 2.11

Radioterapia

Processos destinados à aplicação de radiações para fins terapêuticos, utilizando-se fontes seladas ou equipamentos geradores de radiações ionizantes aos *pacientes/clientes* com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de conduta para alcance das metas terapêuticas e resultados clínicos esperados, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, no tempo adequado na busca de um único resultado para o paciente, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil de atendimento/assistencial.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento/assistencial.
3. Dimensiona os recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil de atendimento/assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre a sistemática de agendamento de radioterapia e acompanha a demanda.
7. Cumpre os critérios para identificação de *pacientes/clientes* críticos e fluxo de atendimento.
8. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
9. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
10. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
11. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
12. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
13. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
14. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
15. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas aos procedimentos de radioterapia.



16. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
17. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço.
18. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
19. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
20. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
21. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
22. Cumpre com o plano de radioproteção.
23. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança da cadeia medicamentosa*.
24. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
25. Estabelece formalmente as relações de contrarreferência, conforme o perfil da instituição.
26. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
27. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
28. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
29. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
30. Aplica o termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
31. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
32. Cumpre o procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
33. Cumpre o procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.
34. Estabelece o protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
35. Cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, entre os processos e ações de melhoria, sustentando a tomada de decisão clínica e a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de radioterapia, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de procedimentos de radioterapia, promovendo ações de melhoria.

Subseção 2.12

Medicina Oxigenoterapia Hiperbárica

Processo terapêutico no qual o *paciente/cliente* é submetido a uma pressão maior que a atmosférica, no interior de uma câmara hiperbárica, respirando oxigênio a 100%. Consiste em um compartimento selado resistente à pressão que pode ser pressurizado com ar comprimido ou oxigênio puro.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, no tempo adequado na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil assistencial.
3. Dimensiona os recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Monitora a demanda por procedimentos de câmara hiperbárica.
8. Monitora a articulação com a rede de referência e contrarreferência frente à demanda do serviço.
9. Estabelece protocolos de oxigenioterapia hiperbárica, com base em diretrizes e evidências científicas.
10. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
11. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
13. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa.
14. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
15. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
16. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
17. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
18. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
19. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.



20. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
21. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
22. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas à oxigenioterapia hiperbárica.
23. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
24. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
25. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para continuidade da assistência.
26. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a oxigenioterapia hiperbárica, que promovam a continuidade da assistência.
27. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
28. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
29. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
30. Cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, entre os processos e ações de melhoria, sustentando a tomada de decisão clínica e a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece as relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de oxigenioterapia hiperbárica, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de oxigenioterapia hiperbárica, promovendo ações de melhoria.

Subseção 2.13

Assistência Farmacêutica

Conjunto de ações voltadas para o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais e o uso racional de medicamentos compreendendo: padronização, planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, controle de qualidade, acompanhamento da eficácia terapêutica e utilização dos medicamentos, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde e do *paciente/cliente*.

A Assistência Farmacêutica é considerada em todos os processos assistenciais.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil assistencial.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Estabelece protocolo multidisciplinar para a *segurança da cadeia medicamentosa*.
6. Estabelece planos de contingências para a cadeia medicamentosa.
7. Estabelece diretrizes voltadas para a interação, o preparo, a diluição, a administração, o armazenamento, a estabilidade e vigilância dos medicamentos.
8. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
9. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
10. Monitora a compra, o recebimento, o armazenamento e a distribuição de suprimentos.
11. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
12. Estabelece o *plano terapêutico* individualizado.
13. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
14. Avalia tecnicamente as prescrições, de acordo com critérios validados pela prática clínica, considerando o *risco* medicamentoso.
15. Estabelece critérios e procedimentos específicos para medicamentos de alto risco/potencialmente perigosos.
16. Dispõe de sistema de distribuição seguro de medicamentos conforme doses e intervalos posológicos prescritos.
17. Estabelece mecanismos e procedimentos para a administração de medicamentos considerando: o *paciente/cliente* certo, medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa, registro certo, indicação certa, apresentação farmacêutica certa e resposta terapêutica esperada.

18. Compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes informações relacionadas aos medicamentos prescritos.
19. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais, para o planejamento do cuidado.
20. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
21. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e administrativas.
22. Monitora a indicação, a eficácia terapêutica e as reações adversas de medicamentos, com base na evolução do *paciente/cliente*.
23. Monitora o desempenho de fornecedores, alinhado à *política* institucional.
24. Desenvolve diretrizes para notificação de farmacovigilância e ações de melhoria.
25. Dispõe de ações interdisciplinares para as práticas de conciliação e reconciliação medicamentosa.
26. Dispõe de registros atualizados em prontuário sobre informações relacionadas à terapêutica medicamentosa e à evolução do *paciente/cliente*, promovendo a continuidade da assistência.
27. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
28. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
29. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
30. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
31. Dispõe de área/local exclusivos para armazenamento de medicamentos antineoplásicos separados dos medicamentos comuns, contemplando *estrutura* e procedimento de contenção de derramamento.
32. Dispõe de *estrutura* física e procedimento para o preparo e a manipulação de medicamentos antineoplásicos.
33. Mantém o registro e gerenciamento de medicamentos controlados.
34. Dispõe de sistemática para recebimento, validação e gerenciamento de produtos manipulados por serviços externos.
35. Dispõe de sistemática para controle de recebimento, validação, dispensação e rastreabilidade de *amostras grátis* e medicamentos próprios do *paciente/cliente*.
36. Estabelece critérios farmacotécnicos para manipulação de medicamentos.
37. Estabelece mecanismos e procedimentos para os casos de recusa do uso do medicamento por parte do *paciente/cliente*.
38. Dispõe de ações interdisciplinares para controle de interação fármaco-nutriente.
39. Dispõe de ações interdisciplinares para controle de interação medicamentosa.
40. Dispõe de protocolos e procedimentos para uso de medicamentos.
41. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.
42. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia o processo do uso seguro e racional de medicamentos consistente e articulado, com ações de *segurança* sistemáticas e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado e o resultado assistencial.

Requisitos – Nível 2

1. Estabelece práticas de avaliação econômica, relacionadas à utilização de medicamentos, como: análise de custos, desperdício, custo-efetividade, eficácia e resultados.
2. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
3. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
5. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
6. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
7. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
8. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
9. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de assistência ao *paciente/cliente* crítico, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
11. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
12. Gerencia as atividades da assistência farmacêutica: planejamento, aquisição, recebimento, armazenamento e sistema de distribuição.



Subseção 2.14

Assistência Nutricional

Atividades voltadas para atender às necessidades nutricionais específicas dos *pacientes/clientes* permitindo criar oferta de produtos ou programas para assegurar a promoção, prevenção e recuperação nutricional.

Esta *subseção* abrange também procedimentos relacionados ao banco de leite e lactário.

PADRÃO NÍVEL 1: Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil assistencial.
3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
7. Monitora a demanda de dietas, lactação e procedimentos de terapia nutricional.
8. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento, distribuição e transporte de alimentos.
9. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
10. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
11. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
12. Avalia tecnicamente as prescrições dietéticas, considerando o *risco* nutricional, de acordo com diretrizes e evidências científicas.
13. Dispõe de protocolos e procedimentos para uso de dietoterapia enteral e parenteral, com base em diretrizes e evidências científicas.
14. Orienta os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes quanto à assistência nutricional.
15. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
16. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a assistência nutricional do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.

17. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de alimentos, amostras, leite humano, dietas enterais e parenterais.
18. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
19. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
20. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
21. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
22. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
23. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
24. Monitora a qualidade da água em todas as etapas que envolvem a assistência nutricional.
25. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
26. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas.
27. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
28. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
29. Cumpre protocolos de assistência ao *paciente/cliente* crítico.
30. Cumpre protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/*gravidade/risco*.
31. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento.
32. Cumpre protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
33. Dispõe de sistemática para mobilizar doadoras de leite humano.
34. Dispõe de processo de esclarecimento da doadora de leite humano ou responsável quanto aos procedimentos de doação.
35. Atualiza as informações necessárias para a triagem das doadoras de leite humano, com base em mudanças epidemiológicas e evidências científicas.
36. Dispõe de *mecanismos de validação* dos procedimentos para rastreabilidade de alimentos, amostras, leite humano, dietas enterais e parenterais.
37. Monitora a demanda de dietas enterais e parenterais.
38. Monitora a demanda de leite humano.
39. Dispõe de condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura, no banco de leite humano e lactário.
40. Dispõe de Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional devidamente constituída e atuante.
41. Dispõe de critérios para o processamento e liberação do leite humano.
42. Cumpre com os critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de leite humano.
43. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de leite humano.
44. Dispõe de *mecanismos de validação* de procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos ao leite humano.



45. Dispõe *mecanismos de validação* dos procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos às amostras de leite humano.
46. Dispõe de critérios para armazenamento e transporte de amostras de leite humano, visando a sua integridade e preservação.
47. Monitora as *condições de armazenamento* e transporte de leite humano.
48. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia assistência nutricional de forma consistente e articulada, com ações de *segurança* sistemáticas e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado e o resultado assistencial.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
2. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
3. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos e terapia nutricional, promovendo ações de melhoria.
5. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
6. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
7. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
8. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a demanda de dietas, lactação e procedimentos de terapia nutricional.
10. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
11. Gerencia a efetividade das ações de captação de doadores e define melhorias.
12. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o *plano terapêutico* estabelecido.

DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Processos que envolvem atividades e serviços que se relacionam aos processos de apoio ao diagnóstico e à terapêutica aos *pacientes/clientes* com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de conduta para alcance das metas terapêuticas e resultados clínicos esperados, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

Subseção	Na												
	Serviços Hospitalares	Hospital-dia	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Crônica	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar – Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar – Internação	Serviços Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica
3.1 Análises Clínicas	✓	✓	✓	✓	✓	–	○	○	○	–	✓	✓	✓
3.2 Anatomia Patológica e Citopatologia	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	✓	–
3.3 Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados	○	○	–	–	–	–	○	○	○	○	○	–	–
3.4 Diagnóstico por Imagem	✓	○	–	–	○	○	○	○	○	○	○	○	–
3.5 Medicina Nuclear	○	○	–	–	–	–	○	○	–	–	–	○	–
3.6 Radiologia Intervencionista	○	○	–	–	–	–	○	–	–	–	–	–	–
3.7 Métodos Endoscópicos e Videoscópicos	○	○	–	–	–	–	○	○	–	–	–	○	–

✓ : Aplicação obrigatória

○ : Aplicação obrigatória conforme característica da organização

– : Não se aplica



Subseção 3.1

Análises Clínicas

Atividades voltadas para a solicitação da análise, coleta, transporte, cadastro e triagem da amostra, procedimentos de armazenamento, análise da consistência do resultado, liberação de resultados e consultoria técnica. Apoiam a tomada de decisão clínica, com ações voltadas à acessibilidade e à agilidade no atendimento ao *paciente/cliente*, articuladas aos serviços assistenciais na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, realizadas por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Promove ações para confiabilidade e qualidade das amostras e análises, considerando a precisão, exatidão, especificidade, sensibilidade, em tempo hábil para tomada de decisão clínica e execução da análise de um único resultado para o *paciente/cliente*, por meio de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

Processos Pré-Analíticos

1. Identifica o perfil de atendimento/assistencial do processo considerando as análises realizadas.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento/assistencial.
3. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos incluindo os produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, de acordo com o perfil de atendimento/assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Dispõe de método para agendamento de procedimentos de análises clínicas e acompanha a demanda.
9. Cumpre protocolo para atender aos procedimentos de análises clínicas de urgência e emergência, com base em diretrizes e evidências científicas.
10. Dispõe de mecanismos para obtenção de informações clínicas necessárias conforme procedimentos a serem realizados.
11. Dispõe de canais de comunicação para informar o preparo necessário conforme procedimentos a serem realizados.
12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
13. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de *amostras de material biológico* humano.
14. Dispõe e dissemina protocolos de coleta das diferentes *amostras de material biológico* humano, baseados em diretrizes e evidências científicas.

15. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança da cadeia medicamentosa*.
16. Dispõe de procedimentos para validar a integridade de *amostras de material biológico* humano.
17. Cumpre protocolos de transporte de *amostras de material biológico* humano que promovam sua integridade e preservação, baseados em diretrizes e evidências científicas.
18. Dispõe de critérios para aceitação, restrição ou rejeição de *amostras de material biológico* humano.
19. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
20. Cumpre protocolo para atendimento de urgências, emergências ou intercorrências clínicas, com base em diretrizes e evidências científicas.
21. Cumpre as diretrizes de transferência de informação para as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
22. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade na realização do exame.
23. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e/ou biossegurança com base em diretrizes e evidências científicas.
24. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
25. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
26. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
27. Cumpre protocolos assistenciais institucionais, com base em diretrizes e evidências científicas.
28. Aplica termo de consentimento informado para procedimentos críticos.

Armazenamento e transporte de materiais biológicos

29. Dispõe de procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos às *amostras de materiais biológicos* humanos.
30. Dispõe de critérios para *armazenamento e transporte de amostras de materiais biológicos* humanos, visando a sua integridade, estabilidade e preservação.
31. Monitora as condições de *armazenamento e transporte de materiais biológicos* humanos.
32. Dispõe de mecanismos e procedimentos para assegurar o correto preparo do *paciente/cliente*, incluindo a disponibilidade de instruções verbais ou escritas.
33. Identifica o *paciente/cliente* nas etapas de atendimento, coleta, realização do exame e liberação do laudo de forma inequívoca.

Processos Analíticos

34. Dispõe de procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação, integridade e encaminhamento ou descarte de amostras biológicas.
35. Dispõe de critérios para aceitação, restrição ou rejeição de *amostras de material biológico* humano.
36. Dispõe de procedimentos para processar diferentes tipos de *amostras de material biológico* humano.

37. Estabelece critérios e fluxos de atendimento, processamento e liberação às urgências e emergências.
38. Dispõe de procedimentos para validar e monitorar a qualidade analítica, contemplando programas de controle de qualidade interno e externo, para a totalidade dos procedimentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
39. Dispõe de critérios e procedimentos para a execução e liberação dos resultados da análise da amostra.
40. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
41. Dispõe de *mecanismos de validação* dos insumos e metodologias utilizadas.
42. Estabelece mecanismo seguro de realização de testes laboratoriais remotos considerando calibração, capacitação para utilização, procedimento, controle interno e externo da qualidade, rastreabilidade e critérios de liberação por outra metodologia em resultado crítico.
43. Monitora o desempenho de fornecedores críticos e laboratórios de apoio, alinhado à *política* institucional.
44. Monitora a qualidade da água em todas as etapas pertinentes ao processo analítico.
45. Estabelece critérios para armazenamento de amostras processadas.
46. Estabelece critérios para validação de novas metodologias com base em diretrizes e evidências científicas antes da sua introdução na rotina.
47. Estabelece critérios para rastreabilidade dos insumos e produtos utilizados para diagnóstico de uso *in vitro*.
48. Estabelece critérios para limites de *risco*, valores críticos ou de alerta, para os analíticos com resultado que necessita de tomada imediata de decisão.
49. Estabelece critérios para qualificação e avaliação dos serviços prestados pelos laboratórios de apoio contratados.

Processos Pós-Analíticos

50. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação, integridade e encaminhamento ou descarte adequado de amostras biológicas.
51. Dispõe de procedimentos de notificação para valores críticos de acordo com o perfil assistencial.
52. Dispõe de sistemática voltada para a concordância da interpretação de exames.
53. Dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados.
54. Dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao *paciente/cliente* ou seu representante autorizado.
55. Dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência.
56. Qualifica e avalia o desempenho dos laboratórios de apoio, alinhado à *política* institucional de *qualificação de fornecedores* críticos.

Processamento e Liberação

57. Dispõe de critérios para o processamento e liberação dos diferentes tipos de material biológico humano.

58. Cumpre com os critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos.
59. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de material biológico humano.
60. Dispõe de *mecanismos de validação* de procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos ao material biológico humano.
61. Cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância e tecnovigilância.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado das etapas pré e pós-analítica, e a fluidez com a etapa analítica, sustentando a relação com os processos assistenciais e de apoio.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de análises clínicas, patologia clínica e citologia, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de procedimentos de análises clínicas, patologia clínica e citologia, promovendo ações de melhoria.
11. Gerencia o desempenho e o resultado do *armazenamento e transporte de materiais biológicos*, promovendo ações de melhoria.
12. Gerencia a análise crítica dos programas internos e externos de qualidade, com implantação de melhorias.
13. Gerencia o desempenho e o resultado da produção de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos, promovendo ações de melhoria.
14. Alinha suas atividades com as diretrizes dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
15. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
16. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono, tentativa de suicídio.



Subseção 3.2

Anatomia Patológica e Citopatologia

Atividades voltadas para a solicitação da análise, coleta, transporte, cadastro e triagem da amostra, procedimentos de armazenamento, análise da consistência do resultado, liberação de resultados e consultoria técnica. Apoiam a tomada de decisão clínica, com ações voltadas à acessibilidade e à agilidade no atendimento ao *paciente/cliente*, articuladas aos serviços assistenciais na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, realizadas por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Promove ações para confiabilidade e qualidade das amostras e análises, considerando a precisão, exatidão, especificidade, sensibilidade, em tempo hábil para tomada de decisão clínica e execução da análise de um único resultado para o *paciente/cliente*, por meio de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

Processos Pré-Analíticos

1. Identifica o perfil do atendimento/assistencial do processo, considerando as análises realizadas.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento/assistencial.
3. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil de atendimento/assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Dispõe de método para agendamento de procedimentos de patologia clínica e citologia e acompanha a demanda.
9. Cumpre protocolo para atender aos procedimentos de patologia clínica e citologia de urgência e emergência, com base em diretrizes e evidências científicas.
10. Dispõe de mecanismos para obtenção de informações clínicas e de topografia anatômica e lateralidade, necessárias conforme procedimentos a serem realizados.
11. Dispõe de canais de comunicação para informar o preparo necessário conforme procedimentos a serem realizados.
12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
13. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de *amostras de material biológico* humano.

14. Dispõe e dissemina protocolos de coleta das diferentes *amostras de material biológico* humano, baseados em diretrizes e evidências científicas.
15. Cumpre o protocolo para a *segurança* da manipulação de químicos.
16. Dispõe de procedimentos para validar a integridade de *amostras de material biológico* humano.
17. Cumpre protocolos de transporte de *amostras de material biológico* humano que promovam sua integridade e preservação, baseados em diretrizes e evidências científicas.
18. Dispõe de critérios para aceitação, restrição ou rejeição de *amostras de material biológico* humano.
19. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
20. Cumpre protocolo para atendimento de urgências, emergências ou intercorrências clínicas, com base em diretrizes e evidências científicas.
21. Cumpre as diretrizes de transferência de informação para as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
22. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade na realização do exame.
23. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e/ou biossegurança com base em diretrizes e evidências científicas.
24. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
25. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
26. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
27. Cumpre protocolos assistenciais institucionais, com base em diretrizes e evidências científicas.
28. Aplica termo de consentimento informado para procedimentos críticos.

Processos Analíticos

29. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte de espécimes anatômicos.
30. Dispõe de critérios para aceitação, restrição ou rejeição de *amostras de material biológico* humano.
31. Dispõe de procedimentos para processar diferentes tipos de *amostras de material biológico* humano e peças anatômicas.
32. Dispõe de procedimentos para validar a qualidade analítica, contemplando programas de controle de qualidade externo, para a totalidade dos procedimentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
33. Dispõe de programa externo de avaliação comparativo como prática de educação continuada e aferição da expertise técnica dos profissionais.
34. Dispõe de critérios e procedimentos para a execução e liberação dos resultados da análise da amostra.
35. Dispõe de plano de contingência para atender a situações de emergência.
36. Dispõe de *mecanismos de validação* dos insumos e metodologias utilizadas.



37. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
38. Monitora a qualidade da água nas metodologias aplicáveis.
39. Estabelece procedimento seguro para necropsia, embalsamento e formalização quando aplicável.
40. Estabelece critérios e prazos para arquivamento das amostras e peças anatômicas, blocos e lâminas.

Processos Pós-Analíticos

41. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação, integridade e encaminhamento ou descarte de espécimes anatômicos.
42. Dispõe de procedimentos de notificação para achados críticos de acordo com o perfil assistencial.
43. Dispõe de sistemática voltada para a concordância da interpretação de exames.
44. Dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados.
45. Dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao *paciente/cliente* ou seu representante autorizado.
46. Dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência.
47. Qualifica e avalia o desempenho dos laboratórios de apoio, alinhado à *política de gestão de fornecedores de serviços e produtos*.
48. Dispõe de recursos e método seguro para procedimentos de congelamento, quando aplicável.
49. Estabelece critérios e prazos para arquivamento de laudos e termos de responsabilidade de guarda de blocos e lâminas.

Processamento e liberação

50. Dispõe de critérios para o processamento e liberação dos diferentes tipos de material biológico humano.
51. Cumpre com os critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos.
52. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de material biológico humano.
53. Dispõe de *mecanismos de validação* de procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos ao material biológico humano.
54. Cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância e tecnovigilância.

Armazenamento e transporte de materiais biológicos

55. Dispõe de procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos às *amostras de materiais biológicos* humanos.
56. Dispõe de critérios para armazenamento e transporte de *amostras de materiais biológicos* humanos, visando a sua integridade e preservação.
57. Monitora as *condições de armazenamento e transporte de materiais biológicos* humanos.
58. Estabelece fluxo e termo de responsabilidade na solicitação, encaminhamento, liberação e guarda da amostra para o *paciente/cliente* ou representante autorizado.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado das etapas pré e pós-analítica, e a fluidez com a etapa analítica, sustentando a relação com os processos assistenciais e de apoio.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia o impacto do laboratório na efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a qualidade analítica e consistência do processamento e dos resultados de patologia clínica e citologia, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos* dos processos e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de procedimentos de análises clínicas, patologia clínica e citologia, promovendo ações de melhoria.
11. Gerencia o desempenho e o resultado do *armazenamento e transporte de materiais biológicos*, promovendo ações de melhoria.
12. Gerencia a análise crítica dos programas internos e externos de qualidade, com implantação de melhorias.
13. Gerencia o desempenho e o resultado da produção de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos, promovendo ações de melhoria.
14. Alinha suas atividades com as diretrizes dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
15. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
16. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio.



Subseção 3.3

Métodos Diagnósticos e Terapêuticos Especializados

Atividades voltadas para a investigação e o acompanhamento de patologias, que apoiam a tomada de decisão clínica com ações voltadas à acessibilidade e à agilidade no atendimento ao *paciente/cliente*, articuladas aos serviços assistenciais na busca de um único resultado para o *paciente/cliente*, realizadas por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Executa e analisa corretamente os exames, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica e o planejamento terapêutico, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil de atendimento/assistencial.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento/assistencial.
3. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil de atendimento/assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
7. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
9. Cumpre sistemática de agendamento de procedimentos de métodos diagnósticos e terapêuticos e acompanha a demanda.
10. Cumpre protocolo para atendimento de procedimentos de métodos diagnósticos e terapêuticos de urgência e emergência, com base em diretrizes e evidências científicas.
11. Cumpre protocolos de diagnóstico e tratamento por métodos diagnósticos e terapêuticos, com base em diretrizes e evidências científicas.
12. Estabelece protocolos de *segurança* para administração de anestésicos, com base em diretrizes e evidências científicas.
13. Dispõe de sistemática voltada para a concordância de interpretação de exames.
14. Dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados.
15. Dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao *paciente/cliente* ou seu representante autorizado.
16. Dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência.

17. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança da cadeia medicamentosa*.
18. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
19. Cumpre protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
20. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
21. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
22. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas aos procedimentos de métodos diagnósticos e terapêuticos
23. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
24. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço.
25. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
26. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
27. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
28. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
29. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
30. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
31. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
32. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de espécimes anatômicas.
33. Estabelece mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de insumos.
34. Cumpre protocolos assistenciais pré-operatórios, com base em diretrizes e evidências científicas.
35. Cumpre protocolos assistenciais pós-operatórios, com base em diretrizes e evidências científicas.
36. Acompanha, avalia e adéqua, se necessário, o planejamento da intervenção.
37. Dispõe *mecanismos de validação* dos procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos às *amostras de materiais biológicos* humanos.
38. Dispõe de critérios para *armazenamento e transporte de amostras de materiais biológicos* humanos, visando a sua integridade e preservação.
39. Monitora as *condições de armazenamento e transporte de materiais biológicos* humanos.
40. Dispõe de critérios e procedimentos para interrupção de testes.
41. Cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância e tecnovigilância.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, com os processos assistenciais e a tomada de decisão clínica com ações de *segurança* sistemáticas, sustentando a relação com os processos assistenciais e de apoio.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de métodos diagnósticos e terapêuticos, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de procedimentos de métodos diagnósticos e terapêuticos, promovendo ações de melhoria.
11. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono, tentativa de suicídio.



Subseção 3.4

Diagnóstico por Imagem

Processos que geram imagens voltados para a investigação e acompanhamento de patologias, que apoiam a tomada de decisão clínica aos *pacientes/clientes* com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de conduta para alcance das metas terapêuticas e resultados clínicos esperados, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Detecta, caracteriza e analisa corretamente imagens, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica e o planejamento terapêutico, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil de atendimento/assistencial.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento/assistencial.
3. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil de atendimento/assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
7. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
9. Estabelece sistemática de agendamento de procedimentos de diagnóstico por imagem e acompanha a demanda.
10. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
11. Estabelece protocolos de diagnóstico por imagem, com base em diretrizes e evidências científicas.
12. Estabelece protocolos de atendimento dos exames de maior prevalência/gravidade/*risco*/custo, com base em diretrizes e evidências científicas.
13. Estabelece protocolos de *segurança* para administração de anestésicos, com base em diretrizes e evidências científicas.
14. Dispõe de sistemática voltada para a concordância de interpretação de exames.
15. Dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados.



16. Dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao *paciente/cliente* ou seu representante autorizado.
17. Dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência.
18. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
19. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
20. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
21. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade e valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
22. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas aos procedimentos de diagnóstico por imagem.
23. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
24. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço.
25. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
26. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e/ou biossegurança com base em diretrizes e evidências científicas.
27. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
28. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
29. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
30. Cumpre com o plano de radioproteção.
31. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
32. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de espécimes anatômicos.
33. Cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância e tecnovigilância.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, com os processos assistenciais e a tomada de decisão clínica com ações de *segurança* sistemáticas, sustentando a relação com os processos assistenciais e de apoio.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de diagnóstico por imagem, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de procedimentos de diagnóstico por imagem, promovendo ações de melhoria.
11. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono, tentativa de suicídio.



Subseção 3.5

Medicina Nuclear

Processos relacionados à utilização de substâncias radioativas (isótopos e radiofármacos) na forma de fontes não seladas, para a administração a *pacientes/clientes* com as finalidades diagnósticas e terapêuticas a *pacientes/clientes* com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de conduta para alcance das metas terapêuticas e resultados clínicos esperados, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Executa e analisa corretamente os exames, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica, o planejamento e a execução terapêutica, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil de atendimento/assistencial.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento/assistencial.
3. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil de atendimento/assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre sistemática de agendamento de procedimentos de medicina nuclear e acompanha a demanda.
7. Cumpre critérios para identificação de *pacientes/clientes* críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
8. Cumpre os protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*.
9. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
10. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
11. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
12. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
13. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
14. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.

15. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas aos procedimentos de medicina nuclear.
16. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
17. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço.
18. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
19. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e/ou biossegurança com base em diretrizes e evidências científicas.
20. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
21. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
22. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
23. Estabelece o plano de radioproteção.
24. Dispõe de sistemática voltada para a concordância de interpretação de exames.
25. Dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados.
26. Dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao *paciente/cliente* ou seu representante autorizado.
27. Dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência.
28. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
29. Estabelece formalmente as relações de contrarreferência, conforme o perfil da instituição.
30. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
31. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
32. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
33. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
34. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
35. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
36. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
37. Cumpre as diretrizes de notificação de farmacovigilância e tecnovigilância.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, com ações de *segurança* sistemáticas e ações de melhoria, sustentando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de medicina nuclear, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de procedimentos de medicina nuclear, promovendo ações de melhoria.
11. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono, tentativa de suicídio.

Subseção 3.6

Radiologia Intervencionista

Procedimentos médicos invasivos especializados, guiados por imagens, para fins de diagnóstico e terapia aos *pacientes/clientes* com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de conduta para alcance das metas terapêuticas e resultados clínicos esperados, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Detecta, caracteriza e analisa corretamente imagens, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica, o planejamento e a execução terapêutica, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil assistencial.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
3. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Estabelece sistemática de agendamento de procedimentos de radiologia intervencionista e acompanha a demanda.
9. Cumpre critérios para identificação de *pacientes/clientes* críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências.
10. Estabelece protocolos de diagnóstico e tratamento por radiologia intervencionista, com base em diretrizes e evidências científicas.
11. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
12. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
13. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
14. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do *paciente/cliente*, que promova a continuidade da assistência.
15. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.



16. Cumpre os protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/*gravidade/risco*.
17. Estabelece protocolos de *segurança* para administração de anestésicos, com base em diretrizes e evidências científicas.
18. Dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados.
19. Dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao *paciente/cliente* ou seu representante autorizado.
20. Cumpre protocolo para atendimento de urgências e emergências com base em diretrizes e evidências científicas.
21. Dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência.
22. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança* da *cadeia medicamentosa*.
23. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
24. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
25. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade e valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.
26. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas aos procedimentos de radiologia intervencionista.
27. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
28. Estabelece formalmente as relações de contrarreferência, conforme o perfil da instituição.
29. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço.
30. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
31. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e/ou biossegurança com base em diretrizes e evidências científicas.
32. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
33. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
34. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
35. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância e tecnovigilância.
36. Cumpre com o plano de radioproteção.
37. Estabelece *plano terapêutico* individualizado.
38. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
39. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de espécimes anatômicos.
40. Cumpre protocolos assistenciais pré-operatórios, com base em diretrizes e evidências científicas.
41. Cumpre protocolos assistenciais pós-operatórios, com base em diretrizes e evidências científicas.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, entre os processos e ações de melhoria, sustentando a tomada de decisão clínica e a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de diagnóstico e tratamento por radiologia intervencionista, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de procedimentos de radiologia intervencionista, promovendo ações de melhoria.
11. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono, tentativa de suicídio.

Subseção 3.7

Métodos Endoscópicos e Videoscópicos

Procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que utilizam como meio a inspeção visual e remota de cavidades e órgãos através de equipamentos específicos aos *pacientes/clientes* com enfoque multiprofissional e interdisciplinar na definição de conduta para alcance das metas terapêuticas e resultados clínicos esperados, realizados por meio de padrões de *qualidade* adequados à redução, a um mínimo aceitável, do *risco* de *dano* desnecessário associado à atenção à saúde.

PADRÃO NÍVEL 1: Caracteriza e analisa corretamente imagens, propiciando a interpretação segura, a consolidação diagnóstica, o planejamento e a execução terapêutica, através de um processo constante de identificação de *risco*.

Requisitos – Nível 1

1. Identifica o perfil de atendimento/assistencial.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil de atendimento/assistencial.
3. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com o perfil de atendimento/assistencial.
4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
7. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
9. Monitora a qualidade da água.
10. Cumpre sistemática de agendamento de procedimentos endoscópicos e acompanha a demanda.
11. Monitora a articulação com a rede de referência e contrarreferência frente à demanda do serviço.
12. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
13. Cumpre protocolos de diagnóstico e tratamento endoscópicos, com base em diretrizes e evidências científicas.
14. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no *plano terapêutico* definido, considerando o grau de complexidade e dependência.
15. Registra e compartilha com os *pacientes/clientes* e/ou acompanhantes as decisões relacionadas aos procedimentos endoscópicos.
16. Considera as características individuais dos *pacientes/clientes* e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado.

17. Cumpre os protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/*risco*.
18. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
19. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de *segurança do paciente*.
20. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
21. Identifica os *riscos assistenciais* do *paciente/cliente* e estabelece ações de prevenção, para a redução da probabilidade de *incidentes*.
22. Cumpre o protocolo de cirurgia segura, com base em diretrizes e evidências científicas.
23. Estabelece protocolos de *segurança* para administração de anestésicos, com base em diretrizes e evidências científicas, com base em diretrizes e evidências científicas.
24. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e/ou biossegurança com base em diretrizes e evidências científicas.
25. Cumpre protocolo para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas.
26. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos *pacientes/clientes*.
27. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a intervenção realizada, que promova a continuidade da assistência.
28. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
29. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de espécimes anatómicos.
30. Cumpre o protocolo multidisciplinar para a *segurança da cadeia medicamentosa*.
31. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
32. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de *conhecimento* do *paciente/cliente* e acompanhante para a continuidade do cuidado extra-hospitalar.
33. Dispõe de critérios e procedimentos para a análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados.
34. Dispõe de mecanismos de controle para a entrega de resultados ao *paciente/cliente* ou seu representante autorizado.
35. Dispõe de mecanismos de emissão dos resultados parciais nas situações de urgência/emergência.
36. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia.
37. Cumpre protocolos assistenciais pré-operatórios, com base em diretrizes e evidências científicas.
38. Cumpre protocolos assistenciais pós-operatórios, com base em diretrizes e evidências científicas.
39. Cumpre protocolo para atendimento de procedimentos endoscópicos de urgência e emergência, com base em diretrizes e evidências científicas.
40. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento destes *pacientes/clientes*.
41. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância e tecnovigilância.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia um processo consistente e articulado, entre os processos e as ações de melhoria, sustentando a tomada de decisão clínica e a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Formaliza a interação entre os processos, clientes e fornecedores, de acordo com a cadeia de valor estabelecida, contemplando direitos e deveres entre as partes.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Estabelece relações entre profissionais e serviços, internos e externos, a fim de promover a integralidade do cuidado ao *paciente/cliente*.
5. Utiliza as informações e as manifestações dos *pacientes/clientes*, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos assistenciais, promovendo ações de melhoria.
7. Acompanha e avalia a efetividade dos protocolos de diagnóstico e tratamento endoscópico, promovendo ações de melhoria.
8. Mensura a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos assistenciais* e define melhorias.
9. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
10. Gerencia a utilização racional de diagnósticos e tratamentos endoscópicos, promovendo ações de melhoria.
11. Cumpre procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio.
12. Cumpre procedimento para atendimento a *pacientes/clientes* vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono, tentativa de suicídio.

SEÇÃO 4

GESTÃO DE APOIO

Esta seção agrupa atividades transversais que auxiliam o bom funcionamento da organização.

Subseção	Na												
	Serviços Hospitalares	Hospital-dia	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Crônica	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar – Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar – Internação	Serviços Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica
4.1 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.2 Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.3 Higienização	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.4 Processamento de Materiais e Esterilização	✓	✓	✓	✓	✓	✓	○	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.5 Processamento de Roupas	✓	✓	–	–	○	○	○	○	○	–	○	✓	✓

✓ : Aplicação obrigatória

○ : Aplicação obrigatória conforme característica da organização

– : Não se aplica



Subseção 4.1

Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

Atividades destinadas à **gestão do parque tecnológico** da organização durante o seu ciclo de vida. Contempla o planejamento, especificação, seleção, recebimento, teste de aceitação, capacitação, instalação, operação, manutenção e desativação de equipamentos de suporte para a assistência.

PADRÃO NÍVEL 1: Planejamento e controle do *parque tecnológico* com envolvimento das partes interessadas para oferecer uma operação segura, permitindo a continuidade do cuidado e a *qualidade* da prática clínica.

Requisitos – Nível 1

1. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
2. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
3. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
4. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
5. Dispõe de procedimentos para realização de testes de **segurança** elétrica e desempenho dos equipamentos médico-hospitalares.
6. Define planos de contingência que promovam a continuidade do cuidado.
7. Dispõe de informações técnico-operacionais atualizadas e o histórico do *parque tecnológico*.
8. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a validação, rastreabilidade, conservação, utilização e descarte apropriado de equipamentos.
9. Estabelece critérios e procedimentos de **segurança** para a utilização de equipamentos, com base em diretrizes e evidências científicas.
10. Desenvolve diretrizes para notificação de tecnovigilância e ações de melhoria.
11. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
12. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço.
13. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à **política** institucional.
14. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
15. Mantém o controle do inventário de equipamentos atualizado.
16. Estabelece critérios para definição de obsolescência de equipamentos médicos.
17. Assegura que os equipamentos especializados são tratados apenas por pessoal treinado.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia o *parque tecnológico* analisando criticamente o valor agregado ao negócio.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia o desempenho e vida útil do *parque tecnológico*, promovendo melhorias.
2. Acompanha e gerencia o cumprimento da utilização segura dos equipamentos, conforme critérios estabelecidos.
3. Compara os resultados das práticas assistenciais aos obtidos com o uso do *parque tecnológico*, agregando valor ao negócio.
4. Estabelece e gerencia critérios de priorização para atender às necessidades de manutenção corretiva.
5. Utiliza as informações e manifestações dos clientes internos, para a melhoria do processo.
6. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
7. Gerencia a efetividade das ações de prevenção, definidas frente aos *riscos* dos equipamentos e processo, definindo melhorias.
8. Estabelece critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias.
9. Gerencia o desempenho do *parque tecnológico* com envolvimento dos gestores assistenciais.



Subseção 4.2

Prevenção, Controle de Infecções e Biossegurança

Diretrizes e ações sistemáticas e contínuas destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar *riscos*, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções, visando à proteção dos *pacientes/clientes*, dos profissionais de saúde e da população.

Esta *subseção* possui atuação transversal na organização e, por isso, se aplica obrigatoriamente para acreditação de todos os tipos de serviços.

PADRÃO NÍVEL 1: Institucionaliza as práticas de prevenção nas ações do cuidado, promovendo atitudes positivas de *segurança*.

Requisitos – Nível 1

1. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
4. Planeja, promove e divulga ações de prevenção e controle de infecção e biossegurança, com base em evidências científicas.
5. Estabelece programa e capacitação para higienização das mãos.
6. Cumpre as diretrizes de transferência de informação para as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
7. Monitora a adesão às ações de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
8. Monitora o uso de antimicrobianos e seus resultados.
9. Acompanha as ações de biossegurança e seus resultados.
10. Desenvolve ações de vigilância epidemiológica.
11. Desenvolve ações de vigilância ativa, para prevenção de infecções de sítio cirúrgico.
12. Estabelece protocolos para prevenção de infecções associadas à assistência.
13. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais e do serviço.
14. Cumpre as diretrizes de notificação de *incidentes e eventos adversos*.
15. Assessoria tecnicamente as medidas de controle para qualidade da água.
16. Assessoria tecnicamente as medidas de higienização do ambiente.
17. Assessoria tecnicamente as medidas de controle em situações de reformas.
18. Assessoria tecnicamente o Serviço de Medicina e Saúde Ocupacional nas práticas de prevenção de acidente com material de risco biológico.
19. Estabelece critérios para manutenção de precauções e isolamentos na instituição.

20. Dispõe de plano de contingência para atender situações de surtos internos de infecção, considerando limpeza e desinfecção do ambiente.
21. Estabelece protocolos para a utilização de EPI's para precaução e isolamento.
22. Assessoria tecnicamente o Serviço de Medicina e Saúde Ocupacional nas práticas de imunização dos profissionais da organização.
23. Assessoria tecnicamente a elaboração e implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS).
24. Assessoria tecnicamente o serviço de processamento de materiais e esterilização quanto à prática de limpeza e desinfecção de instrumentais e materiais médico-hospitalares.

PADRÃO NÍVEL 2: Estabelece um método sistemático e articulado das relações entre os processos, sustentando as ações de prevenção e controle na linha de cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Promove a análise crítica das taxas de infecção relacionadas à saúde, dando suporte técnico à equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de ações de correção e controle.
2. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processo, promovendo ações de melhoria.
3. Acompanha e avalia as inter-relações de processos, promovendo ações de melhoria.
4. Acompanha e analisa o perfil microbiológico das culturas dos *pacientes/clientes* com infecção relacionadas à assistência à saúde, promovendo ações de melhoria.
5. Monitora a situação de epidemias e doenças emergentes desenvolvendo planos de contingência para atendimento.
6. Gerencia a efetividade das ações de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana, promovendo ações de melhoria.
7. Gerencia as práticas de higienização das mãos, promovendo ações de melhoria.
8. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.
9. Desenvolve ações de vigilância ativa, comunicação e educação para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana.
10. Assessoria tecnicamente as áreas assistenciais quanto ao estabelecimento e monitoramento de protocolos.
11. Gerencia o uso racional de antimicrobianos e seus resultados, promovendo ações de melhoria.



Subseção 4.3

Higienização

Diretrizes e ações sistemáticas destinadas à limpeza e desinfecção de ambientes e superfícies, controle de pragas e vetores.

PADRÃO NÍVEL 1: Assegura a limpeza e higienização das áreas críticas e não críticas da organização, propiciando um ambiente seguro para a prática assistencial.

Requisitos – Nível 1

1. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
4. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
5. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
7. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
8. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência.
9. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
10. Monitora o cumprimento do programa de controle de pragas e vetores.
11. Cumpre os procedimentos de higienização e desinfecção de superfícies, conforme diretrizes do serviço de controle de infecção.
12. Dispõe de procedimento de comunicação com os serviços da organização para planejamento e execução das atividades de limpeza.
13. Dispõe de procedimento para execução de limpeza concorrente e terminal.
14. Monitora a qualidade da água em todas as etapas do processo.



PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia as etapas de higienização, sustentando um processo consistente e articulado com a assistência, buscando a *qualidade* e a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado da limpeza e higienização, promovendo ações de melhoria.
2. Analisa o desempenho e promove melhorias nas inter-relações dos processos.
3. Alinha suas atividades à *gestão* de leitos para atendimento às demandas assistenciais.
4. Gerencia a demanda dos serviços, promovendo ações de melhoria.
5. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.



Subseção 4.4

Processamento de Materiais e Esterilização

Atividades destinadas à limpeza, à desinfecção, ao preparo, à esterilização, ao armazenamento e à distribuição de instrumental, órteses, próteses e materiais especiais (OPME), equipamentos e materiais para a organização.

PADRÃO NÍVEL 1: Assegura disponibilização de instrumentais e materiais médico-hospitalares em condições de uso, permitindo a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 1

1. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
4. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
5. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
7. Estabelece critérios e procedimentos de *segurança* para a limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de instrumentais e materiais médico-hospitalares, com base em diretrizes e evidências científicas.
8. Monitora a qualidade dos instrumentais e materiais médico-hospitalares.
9. Dispõe de mecanismos de controle para atendimento da demanda da organização.
10. Estabelece mecanismos e procedimentos para a rastreabilidade, conservação e descarte dos instrumentais e materiais médico-hospitalares.
11. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
12. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
13. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência.
14. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à *política* institucional.
15. Documenta o processo de esterilização de forma a garantir a rastreabilidade de cada lote processado.
16. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.
17. Estabelece procedimento para esterilização de instrumental cirúrgico e produtos para saúde que não pertençam ao serviço de saúde.
18. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
19. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.



20. Dispõe de procedimentos para o controle de estoque de artigos esterilizados.
21. Dispõe de procedimento para transporte seguro de instrumental e material médico.
22. Desenvolve ações de tecnovigilância.
23. Monitora a qualidade da água em todas as etapas do processo.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia as etapas do processamento de materiais e esterilização, sustentando um processo consistente e articulado com a assistência, assegurando a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processamento de materiais e esterilização, promovendo ações de melhoria.
2. Analisa o desempenho e promove melhorias nas inter-relações dos processos.
3. Alinha suas atividades às demandas assistenciais.
4. Gerencia a demanda dos serviços, promovendo ações de melhoria.
5. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.



Subseção 4.5

Processamento de Roupas

Atividades voltadas para a coleta, separação, lavagem, secagem, classificação, reparação, distribuição e armazenamento da roupa, influenciando na *segurança* e *qualidade* da assistência.

PADRÃO NÍVEL 1: Assegura disponibilização de roupas às áreas em condições de higiene e *qualidade*.

Requisitos – Nível 1

1. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.
2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço.
3. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
4. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração.
5. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de equipamentos.
6. Cumpre os critérios e procedimentos de *segurança* para a utilização de materiais.
7. Estabelece critérios e procedimentos de *segurança* para o sistema de coleta, separação e distribuição de roupa, com base em boas práticas.
8. Dispõe de mecanismos de controle para atendimento da demanda da organização.
9. Cumpre os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança, com base em diretrizes e evidências científicas.
10. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
11. Dispõe de plano de contingência para atender a situações de emergência.
12. Estabelece procedimentos e treinamentos desde a coleta de roupa suja até a distribuição de roupa limpa.
13. Monitora a qualidade de fornecedor conforme política institucional.
14. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação frente às demandas assistenciais.

PADRÃO NÍVEL 2: Gerencia as etapas de processamento de roupas, sustentando um processo consistente e articulado com a assistência, assegurando a *qualidade* e a continuidade do cuidado.

Requisitos – Nível 2

1. Acompanha e avalia o desempenho e o resultado do processamento de roupas, promovendo ações de melhoria.
2. Analisa o desempenho e promove melhorias nas inter-relações dos processos.
3. Alinha suas atividades às demandas assistenciais.
4. Gerencia a demanda dos serviços, promovendo ações de melhoria.
5. Gerencia a eficácia dos treinamentos, promovendo ações de melhoria.

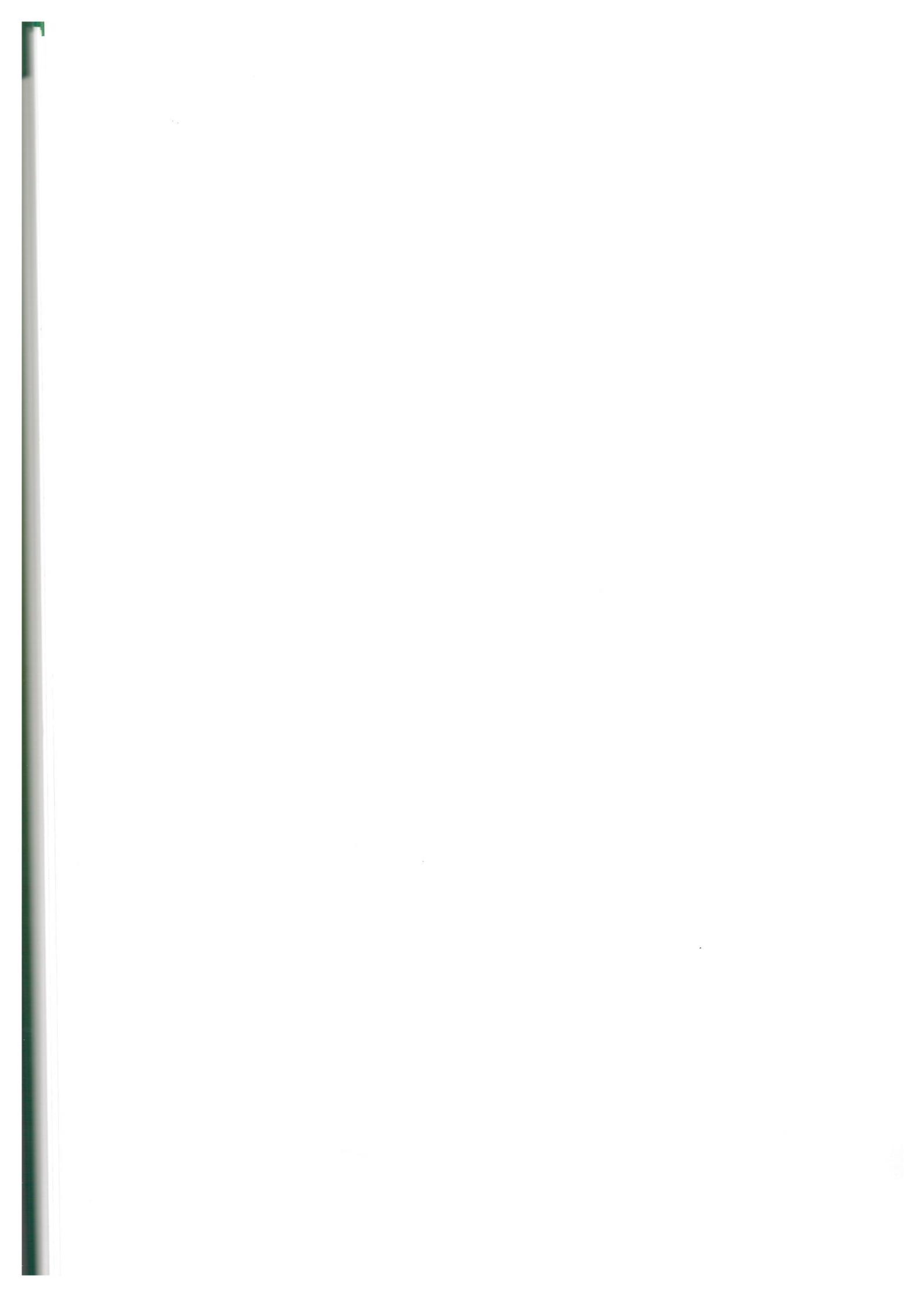
PADRÃO NÍVEL 3: Apresenta maturidade na gestão promovendo melhoria contínua em termos de: estrutura, tecnologias, atualização técnico profissional e boas práticas assistenciais. Evidências objetivas da utilização do conhecimento e do aprendizado para tomada de decisão, bem como a interação com todas as partes interessadas, utilizando as informações para o alcance de melhores resultados, a sustentabilidade sustentados pelos ciclos de melhoria.

NÍVEL 3 – EXCELÊNCIA EM GESTÃO

Aplicada a todas as *seções* e *subseções* para todas as *Normas de Processos de Avaliação*. Quando a organização de saúde cumpre integralmente com os *requisitos* dos níveis 1, 2 e 3, é qualificada na condição de Acreditada com Excelência.

Requisitos – Nível 3

1. Apresenta práticas de *gestão* inovadoras, proativas, disseminadas e integradas à estratégia.
2. Sustenta a estratégia de *gestão* definida pela instituição.
3. Demonstra que as tomadas de decisão promovem a sustentabilidade da organização.
4. Utiliza informações gerenciais para a tomada de decisão, promoção de melhorias e o alcance de resultados alinhados à estratégia.
5. Utiliza as informações de todas as partes interessadas nos ciclos de melhoria.
6. Demonstra responsabilidade com o ambiente e o contexto onde está inserida.
7. Demonstra que a *gestão de riscos* e suas informações são utilizadas para promoção de ciclos de melhoria.
8. Promove ações de melhoria voltadas para a cultura de *segurança do paciente*.
9. Promove ações de melhoria voltadas para atingir melhores resultados para a *segurança do paciente*.
10. Promove cultura justa frente ao *erro humano*.
11. Promove e sustenta ações que permitam à organização atingir resultados assistenciais favoráveis frente ao perfil da população atendida.
12. Promove ações para o cuidado centrado na pessoa e analisa a experiência do *paciente/cliente*, utilizando-a como ferramenta para a criação de valor tanto para o cliente quanto para a organização.
13. Promove ações voltadas para as necessidades da comunidade.
14. Promove ações voltadas para a sustentabilidade socioambiental.
15. Estabelece processo transparente de divulgação de resultados institucionais para a sociedade.
16. Promove um relacionamento ético no ambiente organizacional e em suas interfaces com o ambiente externo, baseado no *código de ética* e conduta institucional, utilizando-o como ferramenta de *gestão* na tomada de decisões que envolva dilemas éticos.
17. Promove processo transparente de divulgação de *incidentes* relacionados à *segurança* para os *pacientes/clientes*, incluindo mecanismos de apoio para *pacientes/clientes*, acompanhantes e prestadores de cuidado.



TERMOS E CONCEITOS

Define e estabelece os conceitos adotados e reconhecidos pelo Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.

Amostra de material biológico	Aquelas coletadas diretamente de seres humanos, incluindo, mas não se restringindo a, excreção, secreção, sangue e seus componentes, tecidos e amostras de fluidos, e partes do corpo a serem transportadas para fins de pesquisa, diagnóstico, investigação, tratamento e prevenção de doenças. (Manual de Vigilância Sanitária sobre o transporte de material biológico humano para fins de diagnóstico clínico, 2015)
Amostra Grátis	Medicamento com a quantidade total ou específica da apresentação registrada na ANVISA destinado à distribuição gratuita aos profissionais prescritores como ferramenta de publicidade. (RDC 60, 2009)
Aprendizado	É um fenômeno relacionado com o ato/efeito de aprender, adquirido em função das experiências ao longo do tempo.
Armazenamento e transporte de materiais biológicos	Práticas relacionadas à integridade e estabilidade das amostras, órgãos, tecidos e células, incluindo hemocomponentes, durante as etapas de transporte e armazenamento.
Auditoria interna	Uma avaliação sistemática independente para determinar se as atividades e resultados estão em conformidade com os padrões estabelecidos. (Adaptado ISQua, 2013)
Cadeia de Suprimentos	Processo que envolve o desenvolvimento e a homologação de fornecedores, aquisição, recebimento, armazenamento, distribuição e custo.
Cadeia medicamentosa	Conjunto de atividades voltadas para assistência medicamentosa, tais como: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação, prescrição, dispensação, preparo e administração; • Monitoramento da efetividade e segurança da terapêutica para continuidade do cuidado.
Código de Ética	Cumprimento das leis e pagamento de tributos; Operações com partes relacionadas; Uso de ativos da organização; Conflito de interesses; Informações privilegiadas; Processo de negociação das ações da empresa; Processos judiciais e arbitragem; Prevenção e tratamento de fraudes; Pagamentos ou recebimentos questionáveis; Recebimento de presentes e favorecimentos; Doações; Atividades políticas; Direito à privacidade; Nepotismo; Meio ambiente; Discriminação no ambiente de trabalho; Assédio moral ou sexual; Exploração do trabalho adulto ou infantil; Relações com a comunidade; Uso de álcool e drogas. (Adaptado FNQ)
Condições de armazenamento	Condições referentes à temperatura, umidade, integridade, tempo de transporte, prazo de validade, boas práticas de armazenamento e controle de pragas.
Conhecimento	Experiências geradas pelas informações institucionais.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Documentos	Contempla documentos físicos e eletrônicos.
Documentos de prontuário	Conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde devem ser registrados todos os cuidados multiprofissionais prestados aos pacientes, tais como solicitação de exames, solicitação de cirurgias, altas, transferências, entre outros. (Manual de orientação ética e disciplinar, CRM – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, 2000)
Erro humano nos cuidados de saúde	Pode ser definido como a incapacidade de uma ação planejada ser concluída como prevista ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Entre os problemas que normalmente ocorrem durante o curso da prestação de cuidados de saúde. (To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 1999)
Estrutura	Corresponde às características da assistência à saúde envolvendo desde estrutura física, recursos físicos, recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros. (Adaptado – Donabedian, 1990)



Eventos adversos	Incidentes que resultam em dano à saúde. (RDC 36, 2013)
Gestão de riscos	Um processo sistemático de identificação, avaliação e tomada de medidas para prevenir ou gerenciar riscos clínicos, administrativos, ocupacionais, financeiros, reputação, estrutura e jurídico. (Adaptado ISQua, 2013)
Gestão	Estabelecimento de objetivos e metas, através do planejamento e orçamento, estabelecendo processos para alcançar esses objetivos e metas, alocando recursos para esses planos. Assegurar que os planos sejam alcançados através da organização, controle e resolução de problemas, visando à melhoria contínua. (Adaptado ISQua, 2013)
Identidade Organizacional	Definição de missão, valores, visão e diretrizes éticas e comportamentais da organização.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente (International Classification for Patient Safety. Final Report. WHO, 2009)
Mecanismos de Validação	Estabelecimento de evidências documentadas que comprovem um alto grau de segurança a um processo específico, garantindo consistentemente que o produto esteja de acordo com as normas de qualidade. (RDC 57, 2010)
Modelo de Gestão	Conjunto de escolhas realizadas pelas lideranças que define a divisão e a coordenação do trabalho para atingir determinado propósito, estabelecendo objetivos, esforços e alocações de recursos que gerem valor para a sociedade e outras partes interessadas. (Adaptado FNQ)
Não Conformidade	Não atendimento a um requisito estabelecido.
Não Conformidade Pontual	Não atendimento de um requisito de forma pontual, não comprometendo um processo ou um sistema como um todo.
Não Conformidade Sistêmica	Não atendimento de um requisito de forma sistêmica, não comprometendo um processo ou um sistema como um todo.
Nível	O manual possui padrões e requisitos estruturados em três níveis. O nível é o agrupamento de requisitos aplicáveis às subseções distribuídas nas quatro seções do manual. O nível três é aplicável as quatro seções de forma sistêmica.
Norma para o Processo de Avaliação (NA)	As Normas para o Processo de Avaliação (NA) determinam a elegibilidade para participar do processo de acreditação, as subseções aplicáveis e a composição da equipe de avaliação. São elas que delimitam o escopo de avaliação para cada tipo de organização de saúde.
Normas Orientadoras	Conjunto de ações, atividades e regras que regem o Sistema Brasileiro de Acreditação.
Oportunidade de Melhoria	Fatos isolados que não comprometem a integridade do cumprimento da subseção, mas que devem ser tratados para que não evoluam para uma não conformidade.
Paciente/cliente	Indivíduo que pode, ou não, estar doente, e que está recebendo assistência de um profissional da área da saúde que tem o objetivo de manter, monitorar ou restaurar a saúde desse indivíduo.
Padrão	O padrão orienta as atividades e desempenho desejado e executável. Os padrões são definidos com base na essência dos três níveis, do mais simples ao mais complexo.
Parque Tecnológico	Equipamentos próprios, de terceiros, de pesquisa, cedidos por meio de contratos e convênios, incluindo os equipamentos do atendimento móvel. Instrumental, órteses, próteses e materiais especiais (OPME), equipamentos e materiais: próprios, de terceiros, de pesquisa, cedidos por meio de contratos e convênios, incluindo os equipamentos do atendimento móvel. Instrumentais e materiais médico-hospitalares: próprios, de terceiros, de pesquisa, cedidos por meio de contratos e convênios, incluindo os equipamentos do atendimento móvel.
Pessoas	Refere-se ao corpo clínico, corpo técnico, corpo administrativo e de apoio, considerando as diferentes categorias: contratados em tempo integral ou parcial, temporários, voluntários, autônomos e contratados de terceiros que trabalham sob supervisão direta da organização de saúde.
Plano de Ação	Plano documentado com ações necessárias para atingimento dos requisitos não atendidos ou atendidos parcialmente. (Adaptado ISQua, 2013)
Plano de Capacitação	Promoção de ações de capacitação e educação profissional, vinculadas ao planejamento institucional, potencializando o desenvolvimento das competências, individuais e coletivas, bem como do desenvolvimento integral e valorização da qualidade de vida dos colaboradores. (CEDESP, 2012)

Plano Estratégico	Um plano formalizado que estabeleça os objetivos e as metas da organização, baseado nas análises do ambiente interno e externo e identidade organizacional.
Plano Terapêutico	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.
Política de Comunicação	<p>A política de comunicação é o compromisso, por escrito, que define um conjunto sistematizado de princípios, valores, posturas, estratégias e diretrizes que objetivam orientar o relacionamento de uma organização/instituição ou empresa com os seus públicos de interesse e/ou estratégicos (“stakeholders”), como meio de promover seu envolvimento na melhoria do desempenho da organização. (Adaptado NBR ISO 9004)</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definição de quem são os clientes e partes interessadas da organização; • padronização das diretrizes, posturas, valores e princípios buscando a coerência e eficácia ao processo de relacionamento com todos os tipos de públicos; • canais de comunicação específicos para os colaboradores, pacientes e acompanhantes, sociedade, mídia e comunicação entre os processos assistenciais e de apoio; • plano para comunicação em momentos de crise; • divulgação dos serviços oferecidos.
Política de Custos	<p>Compromisso, por escrito, que define um conjunto de ações que visam promover aperfeiçoamento e difusão de informações relevantes e pertinentes a custos, utilizadas como subsídio para otimização do desempenho de serviços. (Portal da Saúde SUS)</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestão orçamentária de acordo com as diretrizes estratégicas e demandas operacionais; • método de planejamento e controle financeiro, considerando faturamento e glosa; • critérios para orientar as decisões de alocação de recursos; • acompanhamento periódico do desempenho financeiro; • gestão de custos; • gestão de contratos; • gestão do patrimônio; • planejamento e monitoramento financeiro definindo critérios de orientação para as decisões de alocação de recursos.
Política de Gestão Ambiental	<p>Compromisso, por escrito, que define importância do planejamento e prática de ações de responsabilidade socioambiental dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente. (Adaptado RDC 306,2004)</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estratégias para redução de impacto ambiental; • uso racional de recursos naturais; • gerenciamento de resíduos.
Política de Gestão de Fornecedores de Serviços e Produtos	<p>Compromisso, por escrito, no qual a organização influencia nos processos de relacionamento com os mesmos e na geração de valor para a cadeia de suprimentos que direciona os fornecedores para o caminho da sustentabilidade socioambiental no mercado. (Adaptado FNQ)</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • critérios para a qualificação de fornecedores; • critérios para avaliação de desempenho de fornecedores; • critérios para avaliação de contratos.



Política de Gestão das Informações da Organização	<p>Compromisso, por escrito, para orientação e apoio para tratativa e segurança da informação preservando sua confidencialidade, integridade e disponibilidade.</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• tipos de informações geradas, coletadas e utilizadas para alimentar os processos internos e externos de toda a organização;• métodos de obtenção, análise e tratativa dessas informações;• gestão da segurança das informações quanto ao seu armazenamento seguro, realização de <i>backup</i> e recuperação de dados.
Política de Gestão de Pessoas	<p>Compromisso, por escrito, que define a gestão saudável e eficaz dos colaboradores nos aspectos legais, maximizando a assertividade dos processos que confere melhor desempenho às organizações resultando em competitividade e produtividade.</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
Política de Gestão da Qualidade	<p>A política da qualidade é o compromisso, por escrito, no qual a organização firma seu comprometimento com a qualidade e segurança visando à melhoria contínua dos seus processos.</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• auditorias internas;• ferramentas da qualidade;• gestão de documentos;• gestão de indicadores;• gestão de protocolos;• gestão de riscos;• mapeamento de processos.
Política de Segurança do Paciente	<p>A política de segurança do paciente é o compromisso, por escrito, que define boas práticas de funcionamento do serviço de saúde tais como componentes de qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. (Adaptado RDC 36, 2013)</p> <p>Esta política deve estabelecer minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• diretriz institucional de consentimento informado e esclarecido;• declaração aos pacientes e acompanhantes o compromisso da instituição em relação às diretrizes de cuidados centrados na pessoa e direitos e deveres do paciente previstos em legislação, incluindo o consenso entre profissionais e pacientes acerca do tratamento e os termos de consentimento informado;• processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os pacientes, incluindo mecanismos de apoio para pacientes, acompanhantes e prestadores de cuidado;• núcleo de segurança do paciente;• sistemática de notificação e tratativa de incidentes e eventos adversos;• práticas para identificação de paciente;• práticas para prevenção de queda;• práticas para prevenção de lesão por pressão;

Política de Segurança do Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • práticas para cirurgia segura; • práticas de higiene das mãos; • práticas para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; • processo de divulgação de incidentes relacionados à segurança do paciente.
Políticas	Diretrizes gerais que expressam os parâmetros dentro dos quais as ações da instituição e de seus integrantes devem se desenvolver no cumprimento da missão para o alcance da visão. Devem ser coerentes com a ética e com os valores institucionais.
Qualidade	Grau de excelência em que uma organização atende às necessidades dos pacientes/clientes e excede suas expectativas. (Adaptado ISQua, 2013)
Qualificação de Fornecedores	Tem como objetivo alinhar o processo dos fornecedores ao modelo de excelência da gestão, influenciando nos processos de relacionamento com os mesmos e na geração de valor para a cadeia de suprimentos. A seleção, qualificação e avaliação dos fornecedores acontecem de maneira estruturada e padronizada, segundo procedimentos internos. (Adaptado FNQ)
Quase erro	Incidente que não alcançou o paciente, por exemplo, uma unidade de sangue que está sendo conectado ao paciente errado, mas o erro é detectado antes da infusão ser iniciada. (International Classification for Patient Safety. Final Report. WHO, 2009)
Requisitos	Requisitos são os itens a serem cumpridos pela organização separados conforme o nível a ser alcançado, e sua elaboração é baseada na essência do padrão. As avaliações são realizadas baseadas nos requisitos, onde a organização deverá apresentar práticas para constatar seu cumprimento. Os requisitos, além de servirem de guia para os avaliadores evidenciarem as práticas executadas, também são elaborados de tal forma que auxiliem a organização em seu processo de conquista para a acreditação.
Risco	Probabilidade de ocorrência de um evento que afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde, da comunidade, reputação, estrutura, estabilidade financeira ou funcionamento organizacional, onde o serviço está inserido. (Adaptado OMS, 2009 e ISQua, 2013)
Riscos assistenciais	Riscos que impactam na qualidade da assistência prestada ou continuidade da mesma.
Riscos ocupacionais	Riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes.
Riscos organizacionais	Risco relacionado ao negócio, financeiro, jurídico, imagem e socioambiental.
Seções	As seções são grupos maiores de subseções com características e fundamentos semelhantes.
Segurança	Grau em que o risco potencial e os resultados não intencionais são evitados ou minimizados. (ISQua, 2013)
Segurança do paciente	Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. (RDC 36, 2013)
Subseções	As subseções tratam especificamente de cada processo em si. A lógica das subseções é que todas possuem o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação. Cada subseção é composta por requisitos elaborados com base nos níveis.



REFERÊNCIAS

- ABNT NBR 14.561. *Veículos para atendimento a emergências*. Acesso em: 21/06/2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Acessibilidade. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*: NBR 9050. Rio de Janeiro, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Comissão de Estudo Especial – Armazenamento de resíduos sólidos perigosos*: NBR 12235. Rio de Janeiro, 1992.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Computadores e Processamento de Dados. Tecnologia da informação – Técnicas de segurança – Código de prática para a gestão da segurança da informação*: NBR ISO/IEC 17799. Rio de Janeiro, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Gestão de riscos. Gestão de riscos – princípios e diretrizes*: NBR ISO 31000. Rio de Janeiro, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Qualidade. Requisitos gerais para a competência de laboratórios de ensaio e calibração*: NBR 17025. Rio de Janeiro, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Qualidade. Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos*: NBR ISO 9001. Rio de Janeiro, 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Química. Produtos químicos – Informações sobre segurança, saúde e meio ambiente – Parte 4: Ficha de informações de segurança de produtos químicos (FISPQ)*. NBR 14725. Rio de Janeiro, 2014.
- BRASIL AS, RODRIGUES JS, FARIA MJ, RODRIGUES US. *A importância do recrutamento e seleção nas empresas*. Campo Grande: Conexão, 2012.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2010.
- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES E DOS EVENTOS ADVERSOS/UIPEA. GERÊNCIA GERAL DE TECNOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE/GGTES. *Indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde*. Brasília: Anvisa, 2010.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução n. 300, de 30 de janeiro de 1997*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução n. 357, de 20 de abril de 2001*. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>>.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução n. 416, de 27 de agosto de 2004*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução n. 449, de 24 de outubro de 2006*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução n. 476, de 28 de maio de 2008*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução n. 486, de 23 de setembro de 2008*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução n. 492, de 26 de novembro de 2008*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1.670, de 14 de julho de 2003*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1.802, de 01 de novembro de 2006*.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1638, de 10 de julho de 2002*.

- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1639, de 10 de julho de 2002.*
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1821, de 23 de novembro de 2007.*
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1931 de 24 de setembro de 2009.* Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 2009 Set 24; Seção 1:90.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 2.077, de 16 de setembro de 2014.*
- BRASIL. *Decreto-lei n. 5.452, de 1º de Maio de 1943.* Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da República do Brasil. Brasília, 1943.
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Programa de qualidade em radioterapia.* Rio de Janeiro: INCA, 2000.
- BRASIL. *Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.*
- BRASIL. *Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002.*
- BRASIL. *Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011.*
- BRASIL. *Lei n. 13.021, de 08 de agosto de 2014.*
- BRASIL. *Lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977.* Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.
- BRASIL. *Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.*
- BRASIL. *Lei n. 9431, de 6 de janeiro de 1997.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO. *Resolução CNEN 10/96, de 19 de abril de 1996.* Requisitos de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO. *Resolução CNEN 176/14, de 10 de dezembro de 2014.* Requisitos de segurança e proteção radiológica para serviços de radioterapia.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Nota técnica n. 001/2010.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Nota técnica n. 006/2009 – GGTES.* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde.* Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013. (Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Manual Técnico de hemovigilância – investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas.* Brasília: Anvisa, 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução normativa RN n. 259, de 17 de junho de 2011.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Anexo 03: Protocolo para cirurgia segura.* Brasília: Fiocruz, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Higiene das mãos na assistência à saúde extra-hospitalar e domiciliar e nas instituições de longa permanência.* Brasília: Anvisa, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2013. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Portaria n. 453, de 01 de junho de 1998.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Radiodiagnóstico médico: desempenho de equipamentos e segurança.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 120, de 14 de abril de 2009.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 15, de 15 de março de 2012.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 154, de 15 de junho de 2004.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 2, de 25 de janeiro de 2010.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 20, de 10 de abril de 2014.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 216, de 15 de setembro de 2004.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 220, de 21 de setembro de 2004.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 302, de 13 de outubro de 2005.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 306, de 07 de dezembro de 2004.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 34, de 11 de junho de 2014.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 38, de 04 de junho de 2008.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 41, de 16 de setembro de 2011.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 42, de 25 de outubro de 2010.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 45, de 12 de março de 2003.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 6, de 30 de Janeiro de 2012.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 63, de 25 de novembro de 2011.*



- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 63, de 6 de julho de 2000.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 7, de 24 de fevereiro de 2010.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Resolução RDC n. 8, de 27 de fevereiro de 2009.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Serviços de atenção materna e neonatal.* Brasília: Anvisa, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia.* 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Inca, 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de laboratório cito-histopatológico.* Brasília: Ministério da Saúde, 1987.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual Instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde – SUS.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção às Urgências.* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 158, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.* Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 2016 fev 5; Seção 1:37.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 2.048, de 05 de novembro de 2002.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 2.600, de 21 de outubro de 2009.* Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 2009 out 21.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998.* Programa de controle de infecção hospitalar [online]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 1998 Maio 12.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 2.914, de 12 de dezembro de 2011.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 20, de 10 de junho de 2014.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 272, de 08 de abril de 1998.* Regulamento Técnico para a terapia de nutrição parenteral. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 1998 Abr 08.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 905, de 16 de agosto de 2000.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 13 de março de 2014.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Cuidados em terapia nutricional.* Brasília: Ministério da Saúde, 2015 (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTOS DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011*.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Portaria n. 140, de 27 de fevereiro de 2014*.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em oncologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. *Portaria n. 2.712, de 12 de novembro de 2013*.

BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE. *Resolução CONAMA n. 358, de 29 de abril de 2005*.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Norma Regulamentadora NR 12, de 08 de junho de 1978*. Segurança e saúde no trabalho em máquinas e equipamentos.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Norma Regulamentadora NR 15, de 08 de junho de 1978*. Atividades insalubres.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Norma Regulamentadora NR 32, de 11 de novembro de 2004*.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Norma Regulamentadora NR 4, de 08 de junho de 1978*.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Norma Regulamentadora NR 6, de 08 de junho de 1978*.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Norma Regulamentadora NR 7, de 08 de junho de 1978*.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Norma Regulamentadora NR 9, de 08 de junho de 1978*.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *Manual de bases técnicas da oncologia*. 21. ed. Brasília: SIA/SUS, 2015.

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. *Manual de cirurgia segura do colégio brasileiro de cirurgiões*. Rio de Janeiro: CBC, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN n. 272, de 27 de agosto de 2002*.

- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Interfaces administrativas e clínicas do farmacêutico em oncologia*. Brasília: CFF, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer n. 001/2012*.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1.886, de 21 de novembro de 2008*.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM n. 1.995, de 09 de agosto de 2012*.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO MATO GROSSO DO SUL. *Parecer n. 10/2009*.
- CORDEIRO, TMSC. *Novas práticas nas unidades de processamento de roupas de serviços de saúde: um olhar na saúde ocupacional*. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 2013.
- DONABEDIAN, A. *A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- DONABEDIAN, A. *The Seven Pillars of Quality*. In: *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 114:1115-118,1990.
- FERNANDES, Roni de Carvalho; Soler, Wangles de Vasconcelos (coord. executiva); PEREIRA, Walter Antonio (coord. geral). *Diretrizes Básicas Para Captação e Retirada de Múltiplos Órgão e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgão*. São Paulo: ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. *Introdução ao modelo de excelência da gestão (MEG)*. São Paulo: FNQ; 2014. [Cadernos rumo à excelência].
- FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. *Introdução ao modelo de excelência da gestão (MEG)*. São Paulo: FNQ; 2014. [Cadernos Rumo à excelência].
- FURTADO, TRS; SANTOS, GA; MELO, PAA; MAIA, RPBF. *Responsabilidade social e ética em organizações de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2011.
- INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE. *Sepse: um problema de saúde pública/ Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse*. Brasília: CFM, 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Consenso nacional de nutrição oncológica*. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Serviço de Nutrição e Dietética. 2. ed. rev. ampl. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR PATIENT SAFETY. Version 1.1. *Final Technical Report*. Who, January 2009.
- NORMAS PARA PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE. *Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde*. vol. 1. Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato. Brasília, 1994.
- OLIVEIRA, CA; MENDES, ME (Org.). *Gestão da fase analítica do laboratório: como assegurar a qualidade na prática*. Rio de Janeiro: Controlab, 2011.
- OLIVEIRA, FE. *Programa de gerenciamento de equipamentos médicos: noções de boas práticas de gerenciamento de equipamentos e acreditação hospitalar*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2011.
- Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002*.
- Portaria n. 1.083, de 2 de outubro de 2012*. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.

Portaria n. 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013.

RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 302/2005. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 13 de outubro de 2005.

Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 57/2010. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 16 de dezembro de 2010.

Resolução normativa – RN n. 405, de 9 de maio de 2016.

SÃO PAULO. Decreto n. 12479, de 18 de outubro de 1978.

SÃO PAULO. Lei n. 15.759 de 25 de março de 2015.

SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE – SBRAFH. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar*. Goiânia: SBRAFH, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. *Recomendações Técnicas para a realização de hemodepuração intra-hospitalar em ambientes fora da unidade de diálise*.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. Terapia nutricional domiciliar. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012; 58(4):408-411.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. *Procedimentos diagnósticos em patologia*: cartilha de instruções. São Paulo: CBHPM, 2015.

ERRATA

Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, 2018.

FOLHA	LINHA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
16	12	Josiane de Oliveira Vivian	Josiane de Oliveira Vivan
17	3	Centro Clínico de Pediatria	Grupo NotreDame Intermédica - Centro Clínico de Pediatria – Jundiaí
17	4	Di Imagem – Centro de Diagnóstico Integrado	Di Imagem UNIC Sonimed Uni Imagem
17	7	Hospital Pequeno Príncipe	Hospital Santa Catarina de Blumenau
131	7	23. Assessora tecnicamente a elaboração e implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS)	23. Assessora tecnicamente a elaboração e implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)