

MANUAL

EBSERH

Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade

Versão: 03 | 2022

PRESIDENTE

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

DIRETOR DE ENSINO, PESQUISA E ATENÇÃO À SAÚDE

GIUSEPPE CESARE GATTO

COORDENADORA DE GESTÃO DA CLÍNICA

ROSANA REIS NOTHEN

CHEFE DE SERVIÇO DE GESTÃO DA QUALIDADE

MÁRCIA AMARAL DAL SASSO

ELABORAÇÃO

Márcia Amaral Dal Sasso – SGQ/CGC/DEPAS

Gabriela de Oliveira Silva – SGQ/CGC/DEPAS

Gisela da Mota Leitão – SGQ/CGC/DEPAS

Gleiciane Sousa Oliveira – SGQ/CGC/DEPAS

Susana Teixeira de Araujo Silva – SGQ/CGC/DEPAS

Leili Mara Mateus da Cunha – SGQ/CGC/DEPAS

Bruna Mafra Guedes – SGQ/CGC/DEPAS

Kleilma Leôncio da Silva – SGQ/CGC/DEPAS

Larissa Alves de Moraes – SGQ/CGC/DEPAS

Maria Caroliny Loiola Lima – SGQ/CGC/DEPAS

Sinara Mineiro Oliveira – SGQ/CGC/DEPAS

VALIDAÇÃO

SGQ/CGC/DEPAS

APROVAÇÃO

Rosana Reis Nothen – CGC/DEPAS

Giuseppe Cesare Gatto – DEPAS

Data da Emissão: 06/09/2022

Código do documento: MA.SGQ.001

"Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ©2022, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br"

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO	9
2. DEFINIÇÕES	10
3. LISTA DE SIGLAS	14
4. REQUISITOS SEGUNDO PROCESSOS DA CADEIA DE VALOR	21
A. PROCESSOS GERENCIAIS	27
1. GOVERNANÇA	27
1.1. Gestão da Estratégia	27
1.2. Gestão de Portfólio de Projetos.....	28
1.3. Governança de Processos	29
1.4. Melhoria Contínua de Processos	29
1.5. Gestão de Colegiados, Comissões, Núcleos, Grupos e Comitês.....	30
1.6. Gestão de Riscos	38
1.7. Responsabilidade Socioambiental	38
2. DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL.....	39
2.1. Gestão da Arquitetura Organizacional	39
2.2. Avaliação da Qualidade.....	39
3. CONTRATUALIZAÇÃO	40
3.1. Contratualização SUS	40
4. GESTÃO DE DADOS.....	41
4.1. Acompanhamento de Resultados.....	41
B. PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO	50
5. SELEÇÃO E ACOLHIMENTO	50
5.1. Acolhimento dos Estudantes	50
6. PRÁTICA DE ENSINO E EXTENSÃO.....	51
6.1. Gestão da Escala dos Residentes	51
6.2. Treinamento em Serviço.....	51
6.3. Mobilidade em Rede.....	54
7. AVALIAÇÃO.....	54
7.1. Avaliação dos Residentes.....	54
C. PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO.....	55
8. ESTRUTURA DE ENSINO	55

8.1. Gestão da Infraestrutura dos Espaços de Ensino	55
8.2. Avaliação do Campo de Prática de Ensino	56
9. MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES DE ENSINO E EXTENSÃO	56
9.1. Gestão de Informações de Estudantes e Docentes	56
10. PRECEPTORIA	57
10.1. Qualificação de Preceptores.....	57
10.2. Monitoramento das Atividades de Preceptoría	58
D. PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	58
11. ADMISSÃO DE PACIENTES.....	58
11.1. Regulação do Acesso aos Serviços Assistenciais	58
11.2. Gestão da Admissão de Pacientes	61
11.3. Admissão Ambulatorial	63
11.4. Admissão Hospitalar	63
11.5. Admissão na Urgência e Emergência	64
12. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO.....	65
12.1. Realização de Exames Laboratoriais.....	65
12.2. Realização de Exames de Imagem.....	68
12.3. Realização de Exames de Métodos Gráficos	71
13. TRATAMENTO DE PACIENTES	72
13.1. Tratamento	72
13.2. Tratamento Ambulatorial	76
13.3. Tratamento Ambulatorial Especializado: Radioterapia.....	77
13.4. Tratamento Ambulatorial Especializado: Terapia Antineoplásica	79
13.5. Assistência Nefrológica.....	81
13.6. Tratamento Hospitalar	82
13.7. Tratamento em Terapia Intensiva	89
13.8. Tratamento Cirúrgico	93
13.9. Obstetrícia	97
13.10. Neonatologia	100
14. SAÍDA DE PACIENTES.....	102
14.1. Saída Ambulatorial	102
14.2. Saída Hospitalar	102

14.3.	Gestão de Óbitos	104
E.	PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	105
15.	APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	105
15.1.	Gestão do Banco de Material Biológico	105
15.2.	Preparo da Terapia Antineoplásica	106
15.3.	Gestão de Serviços mediados por Tecnologia.....	107
15.4.	Hemoterapia.....	108
15.5.	Terapia Nutricional	109
15.6.	Banco e Posto de Coleta de Leite Humano	111
15.7.	Processamento de Produtos para a Saúde (CME).....	111
16.	HOTELARIA HOSPITALAR.....	113
16.1.	Produção e Distribuição de Dietas Orais	113
16.2.	Gestão de Enxoval Hospitalar	114
16.3.	Transporte de Pacientes.....	117
16.4.	Higienização Hospitalar	118
16.5.	Controle e Manejo de Pragas e Vetores.....	118
16.6.	Gerenciamento de Resíduos.....	119
17.	GESTÃO DA INFORMAÇÃO CLÍNICA	122
17.1.	Gestão da Informação Clínica em Meio Físico e do Prontuário Eletrônico do Paciente...122	
F.	PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO.....	124
18.	AUTORIZAÇÃO.....	124
18.1.	Autorização para Realização de Pesquisa	124
19.	EXECUÇÃO.....	125
19.1.	Monitoramento das Atividades de Pesquisa.....	125
20.	RESULTADOS	127
20.1.	Consolidação dos Resultados de Pesquisa	127
G -	PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO	128
21.	ESTRUTURA DE PESQUISA.....	128
21.1.	Gestão da Estrutura do Campo de Prática de Pesquisa	128
H-	PROCESSOS DE SUPORTE TRANSVERSAIS AOS PROCESSOS PRIMÁRIOS	128
22.	PLANEJAMENTO HOSPITALAR	128
22.1.	Planejamento de Ensino	128

22.2.	Identificação da Capacidade Instalada	131
22.3.	Responsabilidade Técnica e Coordenação	135
22.4.	Gestão de Documentos da Qualidade	139
22.5.	Gestão de sistemas de gestão da qualidade e vigilância em saúde	141
22.6.	Gestão de riscos e incidentes	141
22.7.	Gestão das ações de humanização	150
22.8.	Vigilância epidemiológica hospitalar	151
22.9.	Vigilância epidemiológica de infecções relacionadas à assistência à saúde e microrganismos multirresistentes	154
I -	PROCESSOS DE SUPORTE À ORGANIZAÇÃO	157
23.	OUVIDORIA	157
23.1.	Gestão de pesquisa de satisfação	157
23.2.	Gestão das demandas da população	157
24.	COMUNICAÇÃO	158
24.1.	Comunicação social	158
25.	GESTÃO DE PESSOAS	158
25.1.	Gestão da informação de pessoal	158
25.2.	Gestão de relações trabalhistas	159
25.3.	Gestão do desligamento de colaboradores	160
25.4.	Promoção da segurança e saúde dos trabalhadores	160
25.5.	Desenvolvimento e retenção de pessoas	164
26.	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	169
26.1.	Provimento da estrutura de tecnologia da informação	169
26.2.	Provimento de soluções de sistemas de informação	169
26.3.	Padronização de soluções de tecnologia da informação	170
26.4.	Institucionalização de soluções de tecnologia da informação	171
26.5.	Suporte de tecnologia da informação	172
27.	TECNOLOGIAS EM SAÚDE	172
27.1.	Avaliação de tecnologias em saúde	172
27.2.	Incorporação de tecnologias em saúde	173
28.	COMPRAS E CONTRATOS	175
28.1.	Gestão de contratos e atas de registros de preços	175

28.2.	Realização de contratações	175
29.	LOGÍSTICA ADMINISTRATIVA	176
29.1.	Gestão de serviços de suporte	176
30.	ORÇAMENTO E FINANÇAS	177
30.1.	Gestão de custos	177
31.	GESTÃO PATRIMONIAL	177
31.1.	Gestão patrimonial	177
32.	SUPRIMENTOS.....	177
32.1.	Governança de estoques	177
32.2.	Gestão de estoque.....	178
33.	GESTÃO DA INFRAESTRUTURA	184
33.1.	Gestão de equipamentos médico-hospitalares	184
33.2.	Gestão da manutenção predial	187
33.3.	Gestão de obras.....	197
34.	GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SISTEMAS OFICIAIS EM SAÚDE	200
34.1.	Processamento de informação assistencial	200
5.	REFERÊNCIAS.....	201
6.	HISTÓRICO DE REVISÃO	241

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Neste manual, estão estabelecidos os requisitos do Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). O PGQuali, instituído pela Portaria-SEI nº 23/2018, consiste em um sistema próprio de avaliação periódica que tem como objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira pelos hospitais universitários federais (HUF) da rede Ebserh nas áreas de assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde (Ebserh, 2018n).

Os requisitos estabelecidos são voltados, portanto, à melhoria da qualidade nos HUF, estando alinhados ao propósito da Ebserh de "Ensinar para transformar o cuidar" e à visão de ser referência nacional no ensino, extensão, pesquisa e inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade, e na gestão hospitalar, atuando de forma integrada com a universidade e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Considerando a complexidade dos HUF e a multiplicidade de processos envolvidos nessas instituições, o rol de requisitos é extenso e foi construído a partir de contribuições de colaboradores de diferentes áreas de atuação na rede Ebserh com a coordenação das profissionais do Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Coordenadoria de Gestão da Clínica (CGC) da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde (DEPAS). As avaliações internas da qualidade (AVAQualis) realizadas na rede Ebserh desde 2019, também contribuíram para as revisões do manual. Em 2021, a versão 2 permitiu o aprimoramento da descrição dos requisitos a partir dos levantamentos realizados durante a 1ª AVAQualis, de forma a harmonizar as avaliações da qualidade com a inclusão de requisitos constituídos por perguntas diretas, indicação de premissas a serem seguidas, fontes de informação e evidências objetivas, e referencial teórico e normativo para cada categoria ou subcategoria estabelecida. A versão 2 do manual foi considerada uma versão de transição, que foi validada durante a 2ª AVAQualis, que aconteceu de novembro de 2021 a fevereiro 2022. Na 2ª AVAQualis, outras oportunidades de melhoria foram identificadas, demandando uma nova revisão do manual, que gerou esta versão 3.

Nessa última revisão, adotou-se um processo de construção colaborativo, que contou com a participação da rede Ebserh por meio de contribuições enviadas por 158 profissionais da rede no período da consulta realizada conforme Portarias-SEI nº 27 e 29/2022.

Esta revisão do manual buscou torná-lo mais direcionador para ações que remetam à qualificação assistencial, à segurança do paciente e à qualidade da gestão, do ensino e extensão, da pesquisa e inovação. A revisão foi pautada em uma visão sistêmica, considerando o hospital como um sistema integrado. Nesse sentido, o manual aborda ações que necessitam de promoção institucional ao desenvolvimento de pessoas e do trabalho em equipe, de uma cultura justa, ética e transparente, direcionada à inovação e à melhoria contínua dos processos, associada ao cuidado centrado no paciente, não esquecendo da responsabilidade socioambiental e da importância da perenidade dos serviços prestados à sociedade. Esta versão traz também uma nova forma de organização dos requisitos de forma a alinhá-los à estrutura da cadeia de valor da Ebserh.

Ressalta-se que este manual não define novas obrigações, bem como não estabelece competências, devendo ser utilizado pelos colaboradores da rede Ebserh como referência para cumprimento e avaliação das diretrizes Ebserh voltadas para gestão da qualidade, do que já foi

estabelecido por legislação ou normativas, e do que é recomendado, seguindo boas práticas evidenciadas em serviços de saúde, para o alcance da qualidade na prestação de serviços nos HUF.

2. DEFINIÇÕES

Neste manual, são adotadas as seguintes definições:

1) Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares (Vigihosp): ferramenta de gestão de riscos assistenciais hospitalares, desenvolvida pela Ebserh, voltada para a qualidade e segurança do paciente, que se traduz em um software de identificação, avaliação, análise e tratamento, comunicação e monitorização de riscos, incidentes em saúde, queixas técnicas, doenças e agravos de notificação compulsória;

2) Avaliação interna da qualidade (AVAQualis): atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, realizada por uma equipe do hospital, para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente a este manual visando a melhoria contínua do desempenho (Ebserh, 2021p);

3) Avaliação externa: avaliação realizada por uma equipe pré-determinada de avaliadores externos, ou seja, que não atuam no hospital avaliado, que busca reconhecer formalmente o alcance dos padrões estabelecidos neste manual, para possível concessão do Selo Ebserh de Qualidade (Ebserh, 2021p);

4) Avaliador interno da qualidade: servidor ou empregado público da rede Ebserh, lotado no hospital, qualificado por meio de capacitação específica, designado como membro da Comissão AVAQualis, por portaria institucional, para realizar as avaliações internas parciais e total (Ebserh, 2021r);

5) Cadeia de valor: representação gráfica de alto nível do agrupamento dos macroprocessos primários em uma perspectiva ponta-a-ponta e seus processos gerenciais e de suporte, considerado o nível 0 (zero) da arquitetura de processos, que por sua vez define de forma mais clara uma hierarquia de processos e aprofunda o exame e a descrição dos macroprocessos, nível um, que por sua vez se desdobram em processos e assim por diante (Ebserh, 2021h).

6) Ciclo de melhoria: inclui as atividades de identificação e priorização da oportunidade de melhoria, análise do problema de qualidade, avaliação da qualidade, intervenção para melhorar, reavaliação e registro da melhoria conseguida (Ebserh, 2021p);

7) Comissão AVAQualis: grupo de profissionais do hospital, indicados por portaria institucional, encarregado de realizar a AVAQualis e emitir relatório final (Ebserh, 2021p);

8) Conformidade: atendimento de um requisito, de acordo com o constatado pelos avaliadores (Ebserh, 2021r);

9) Constatação da avaliação: resultado da avaliação da evidência coletada, comparada com o requisito de qualidade, que indica conformidade ou não conformidade, registrada no relatório de avaliação da qualidade (Ebserh, 2021p);

10) Coordenador da Comissão AVAQualis: profissional do hospital com conhecimento e experiência em avaliação e gestão da qualidade, líder da equipe de avaliação, designado por portaria institucional para coordenação das atividades de AVAQualis no hospital (Ebserh, 2021p);

- 11) Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (Anvisa, 2013c);
- 12) Desempenho: rendimento de um processo em termos de extrapolações de tempo, custo, capacidade e qualidade (ABPMP, 2013);
- 13) Documento: é toda informação registrada em um suporte material, suscetível de consulta, estudo, prova e pesquisa, pois comprova fatos, fenômenos, formas de vida e pensamentos do homem numa determinada época ou lugar (Arquivo Nacional, 2015).
- 14) Equipe de avaliação: grupo de avaliadores da qualidade designados para avaliar um local ou processos específicos em uma avaliação da qualidade (Ebserh, 2021p);
- 15) Escritório de Processos: é a comissão permanente que exerce a função de guardião da Metodologia de Gestão por Processos, planejando, implementando e monitorando boas práticas no tema, por meio da criação e sedimentação de cultura organizacional em gestão por processos, da elaboração do Modelo de Governança de Processos, do oferecimento e promoção de capacitações e do apoio na gestão e manutenção do portfólio de processos;
- 16) Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde, sendo não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado de saúde (Mendes, 2005; Anvisa, 2013c);
- 17) Evidência: registro, apresentação de fatos ou outras informações verificáveis que apoiam a existência ou a veracidade da conformidade e da não conformidade de um requisito de qualidade;
- 18) Gestão de documentos: conjunto de procedimentos e de operações técnicas referentes à produção, à tramitação, ao uso, à avaliação e ao arquivamento de documentos em fase corrente e intermediária, visando à sua eliminação ou seu recolhimento (Arquivo Nacional, 2015);
- 19) Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (Anvisa, 2013c);
- 20) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde (Anvisa, 2013c);
- 21) Indicador: representação de forma simples ou intuitiva de uma métrica ou medida para facilitar sua interpretação quando comparada a uma referência ou alvo (Ebserh, 2022a);
- 22) Indicador estratégico: responde de forma quantitativa ou qualitativa aos objetivos e /ou projetos estratégicos da instituição e da unidade (Ebserh, 2022a);
- 23) Indicador tático: mensura o desempenho dos processos que compõem a cadeia de valor da instituição ou da unidade (Ebserh, 2022a);
- 24) Indicador operacional: monitora as tarefas, atividades e rotinas (Ebserh, 2022a);
- 25) Monitoramento da qualidade: medição planejada e periódica de uma série de características que resumem a qualidade, por meio de indicadores, avaliações e outros

instrumentos, a fim de verificar se os níveis pré-determinados de qualidade estão atingidos ou mantidos (Ebserh, 2019a);

26) Não conformidade: evento ou circunstância que está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório, ou seja, não atendimento de um requisito, de acordo com o constatado pelos avaliadores (Ebserh, 2021p);

27) *Near miss*: incidente que não atingiu o paciente;

28) *Near miss* materno: uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, no parto ou em até 42 dias após o término da gravidez, ou seja, quando uma mulher sobreviveu a uma condição ameaçadora à vida, isto é, disfunção orgânica;

29) Perigo: fonte ou situação com potencial de provocar lesões pessoais, problemas de saúde, danos à propriedade, ao ambiente de trabalho, ou uma combinação desses;

30) Plano de melhoria da qualidade: conjunto de estratégias a serem aplicadas para o alcance de um resultado desejado, possuindo um tempo de duração, apresentado em documento estruturado com base na identificação das causas principais e dos fatores que contribuem para o não cumprimento dos requisitos de qualidade, identificados a partir de análise realizada pelos envolvidos no processo. Deve apresentar propostas de ações, e para cada uma delas, a motivação, a descrição, o local de execução, o responsável, os recursos necessários, o prazo e o acompanhamento;

31) Plano de Avaliação: documento elaborado pelos Avaliadores, com planejamento e descrição das atividades previstas, assim como os arranjos para execução das avaliações internas parciais e total para o período de um ano (Ebserh, 2021p);

32) Plano de segurança do paciente: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

33) Premissa: conjunto de orientações ou recomendações que visam auxiliar o profissional na identificação do que deve ser adotado pela instituição para atendimento do requisito;

34) Procedimento Operacional Padrão (POP): documento que descreve os procedimentos necessários para execução de uma atividade de repetição, uma rotina, ou seja, apresenta o passo a passo de uma atividade que necessita estabelecer uma sequência obrigatória para a garantia da qualidade e do mesmo resultado, de modo que qualquer indivíduo habilitado para executar o procedimento, seguindo as instruções, obterá o mesmo resultado (Ebserh, 2019b);

35) Processo: qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output), com sequência de atividades logicamente ordenadas que tenham como objetivo a produção de um produto ou serviço;

36) Processo de suporte: processo que dá apoio aos demais processos, administrando as necessidades desses, ou seja, está diretamente relacionado à gestão dos recursos imprescindíveis ao desenvolvimento de todos os processos da instituição, sobretudo aos primários;

37) Processo primário: aquele ligado à essência de funcionamento do hospital, correlacionado às atividades-fim da instituição, responsável pela produção dos produtos ou serviços finais que beneficiam imediatamente aos usuários, ou seja, que agrega valor direto para os clientes e recebe apoio de outros processos internos;

38) Processo gerencial: aquele ligado à estratégia da organização, diretamente relacionado à formulação de políticas e diretrizes para se estabelecerem e efetivarem metas operacionais, legais, financeiras e reguladoras, que norteia a definição de indicadores de desempenho e os modos de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados, interna e externamente à instituição;

39) Projeto: abrange atuações temporárias e transitórias para produzir um produto, serviço ou resultado exclusivo;

40) Prontuário do paciente: documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Anvisa, 2011);

41) Protocolo: instrumento de padronização de condutas que abrange conceitos, metodologias, propedêutica e terapia, com objetivo de otimizar a qualidade assistencial. Deve fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais (Ebserh, 2019g);

42) Protocolos e procedimentos: documentos institucionais do sistema de gestão da qualidade, que oferecem informações que permitem o monitoramento de todos os processos de trabalho do hospital, bem como a forma que deve ser executado cada procedimento, tais como procedimentos operacionais padrão, protocolos, guias, planos e manuais;

43) Qualidade: é determinada pela capacidade de satisfazer os clientes e pelo impacto pretendido e não pretendido nas partes interessadas pertinentes, incluindo a função e o desempenho pretendido, além do valor percebido e o benefício para o cliente (ABNT, 2015);

44) Queixa técnica: qualquer suspeita de alteração ou irregularidade de um produto ou empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar danos à saúde individual e coletiva;

45) Relatório de avaliação da qualidade: documento elaborado pela Comissão AVAQualis que contém o registro dos dados, evidências e constatações da avaliação realizada (Ebserh, 2021p);

46) Requisitos: itens a serem cumpridos pelos hospitais, que foram elaborados a partir de legislação, resoluções, normativas, boas práticas e ações desejáveis, entre outros;

47) Risco: probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, nos casos de serviço de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido (ONA, 2006);

48) Roteiro de avaliação: documento elaborado pelos avaliadores, com planejamento e organização de cada avaliação (Ebserh, 2021p);

49) Segurança: estado de confiança individual ou coletivo, baseado no conhecimento e no emprego de normas de proteção e na convicção de que os riscos de desastres foram reduzidos, em virtude da adoção de medidas minimizadoras (Ministério do Planejamento e Orçamento, 1998);

50) Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

51) Sistema de informação: conjunto de elementos materiais ou intelectuais, colocados à disposição dos usuários, em forma de serviços ou bens, que possibilitam a agregação dos recursos de tecnologia, informação e comunicações de forma integrada;

52) Sistema de gestão da qualidade: compreende atividades pelas quais a organização identifica seus objetivos e determina os processos e recursos necessários para alcançar os resultados desejados (Portal ISO 9001, 2022);

53) Sistema de notificação em vigilância sanitária: sistema informatizado na plataforma web, disponibilizado no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para receber as notificações de eventos adversos – Vigimed – e queixas técnicas – Notivisa – relacionadas a medicamentos, vacinas e imunoglobulinas, produtos para a saúde, equipamentos médico-hospitalares, produtos para diagnóstico de uso in vitro, sangue ou componentes, cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume, saneantes, agrotóxicos; e tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

3. LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AMBU	<i>Artificial Manual Breathing Unit</i> (Reanimador Manual)
ANS	Acordo de Nível de Serviço
ART	Anotação de Responsabilidade Técnica
ATS	Avaliação de tecnologias em saúde
AVAQualis	Avaliação interna da qualidade
AVCB	Auto de Vistoria Técnica do Corpo de Bombeiros
BLH	Banco de leite humano
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CATMAT	Catálogo de Materiais
CCIRAS	Comissão de Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde
CCQM	Comissão de Controle de Qualidade de Materiais
CDA	<i>Confidential Disclosure Agreement</i>
CE	Comunicado Especial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEUA	Comissão de Ética no Uso de Animais
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CFTV	Circuito fechado de televisão
CGC	Coordenadoria de Gestão da Clínica
CGSIC	Comitê gestor de segurança da informação e comunicações
CGTI	Comitê Gestor de Tecnologia da Informação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CME	Centro de Material e Esterilização
CNCDO	Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONCEA	Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONFEA	Conselho Federal de Engenharia e Agronomia
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
COREME	Comissão de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPAP	<i>Continuous positive airway pressure</i> (pressão positiva contínua nas vias aéreas)
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPN	Centro de Parto Normal
CREA	Conselho Regional de Engenharia e Agronomia
CREF	Conselho Regional de Educação Física
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CRN	Conselho Regional de Nutricionistas
CRP	Comissão de Revisão de Prontuários
CRT	Certidão de Responsabilidade Técnica
CVC	Cateter venoso central
DDCM	Dossiê de Desenvolvimento Clínico do Medicamento Experimental
DDD	Dose Diária Definida
DEPAS	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
DNC	Doenças e agravos de notificação compulsória
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMTA	Equipe Multiprofissional em Terapia Antineoplásica

EMTN	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ETIR	Equipe de tratamento e resposta a incidentes em redes computacionais
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FISPQ	Ficha de informações de segurança de produtos químicos
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GM	Gabinete do Ministro
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HE	Hospital Escola
HUF	Hospital Universitário Federal
IFC	Instrumento Formal de Contratualização
IES	Instituição de Ensino Superior
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IN	Instrução Normativa
IRAS	Infecções relacionadas à assistência à saúde
ISC	Infecção de sítio cirúrgico
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
IPCS	Infecção Primária da Corrente Sanguínea
ITU	Infecções do Trato Urinário
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
LPP	Lesão por pressão
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MS	Ministério da Saúde
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NCI	Notificação compulsória imediata
NCS	Notificação compulsória semanal
NE	Nutrição enteral
NG-AGHU	Núcleo de Gestão do AGHU
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NIR	Núcleo Interno de Regulação
Notivisa	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NP	Nutrição parenteral
NR	Norma Regulamentadora
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OGM	Organismos geneticamente modificados
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPA	Organização Pan Americana da Saúde
ORPC	Organização Representativa para Pesquisa Clínica
PAC	Plano Anual de Compras de Insumos
PAI	Pesquisa de anticorpos anti-eritrocitários irregulares
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PBA	Projeto Básico de Arquitetura
PCIRAS	Programa de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde
PCLH	Posto de coleta de leite humano
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PCP	Pedido de credenciamento de programa de residência
PDC	Plano de Desenvolvimento de Competências
PDE	Plano Diretor Estratégico
PGQuali	Programa Ebserh de Gestão da Qualidade
PDTI	Plano Diretor de Tecnologia da Informação
PGRSS	Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
POP	Procedimento Operacional Padrão
PoSIC	Política de Segurança da Informação e Comunicação
PRC	Portaria de Consolidação
PRO-RES	Programa de Desenvolvimento das Residências em Saúde da Rede Ebserh
PSP	Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
RM	Resistência microbiana
RN	Recém-nascido
RAM	Rotura Artificial de Membrana
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
RQE	Registro de Qualificação de Especialidade
RSS	Resíduos de serviços de saúde
RT	Responsável Técnico
SAM	<i>Software asset management</i>

SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
SGSICL	Subcomitês Gestores de Segurança da Informação e Comunicações Locais
SIADS	Sistema Integrado de Administração de Serviços
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Pessoal
SIG	Sistema de Informações Gerenciais
SIG-RES	Sistema de Informações Gerenciais dos Programas de Residência Ebserh
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINAR	Sistema Nacional de Residências em Saúde
SisCNRM	Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica
SNAPP-II	<i>Score for Neonatal Acute Physiology Version II</i> (Escore para a Fisiologia Neonatal Aguda - Versão II)
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SRPA	Sala de Recuperação Pós-Anestésica
STGQ	Setor de Gestão da Qualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Terapia antineoplásica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da informação
TNE	Terapia de nutrição enteral
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição
UGQ	Unidade de Gestão da Qualidade
UGQSP	Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente
Unacon	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

UTIN	Unidade de terapia intensiva neonatal
UVS	Unidade de Vigilância em Saúde
VEH	Vigilância Epidemiológica Hospitalar
Vigihosp	Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares
VM	Ventilação mecânica

4. REQUISITOS SEGUNDO PROCESSOS DA CADEIA DE VALOR

Todo trabalho importante realizado nas empresas faz parte de algum processo. Não existe cuidado oferecido por uma área do hospital, que envolva apenas a unidade assistencial; áreas de apoio e administrativas também são responsáveis pelo resultado daquilo que é entregue. Da mesma forma, não faz sentido existir um processo que não ofereça um produto ou um serviço apropriado, quando comparado à visão, missão e valores da empresa.

A implantação de um programa de gestão da qualidade envolve melhoria de processos, reconhecimento das interrelações entre os principais processos e gestão dos resultados, para evitar a fragmentação do cuidado prestado.

O direcionamento para os processos visa minimizar o que autores citam como competição de soma zero, na qual os participantes lutam para dividir o valor gerado, e não para aumentá-lo (ABPMP, 2013; Ebserh, 2021h). Para tanto, é necessário que o Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) atue na integração dos diferentes atores dos processos na execução das atividades do PGQuali.

Nesse sentido, ressalta-se que a qualidade do trabalho de uma instituição é fruto não somente do desempenho de processos individuais, mas também do modo como os processos se inter-relacionam como um sistema, possibilitando assim trabalho conjunto em torno de propósito comum.

Os processos podem ser classificados em três categorias: processos gerenciais, processos primários e processos de suporte. Os processos gerenciais, apesar de não entregarem valor diretamente ao cliente final, são necessários para que a operação seja eficaz e eficiente ao alinhá-la à estratégia da empresa. Tais processos são usados para medir, monitorar e controlar a rede Ebserh. Os processos primários, que englobam as atividades essenciais que a Ebserh executa para cumprir seu propósito, recebem apoio dos processos de suporte. Por serem os processos que agregam valor direto para os clientes, seus erros são primeiramente detectados. Na rede Ebserh, os processos primários são os de ensino e extensão, pesquisa e inovação e assistência à saúde.

Os HUF devem assegurar que os processos de suporte, mesmo quando providos externamente, estejam em conformidade com os requisitos, com uso de critérios de avaliação, seleção, monitoramento de desempenho e reavaliação dos provedores externos, bem como manter documentadas as informações dessas atividades e as ações decorrentes das avaliações. A instituição deve determinar os controles a serem aplicados para os processos de suporte quando:

- a) produtos e serviços de provedores externos forem destinados a incorporação nos

produtos e serviços da instituição;

b) produtos e serviços forem providos diretamente aos clientes por provedores externos em nome da instituição; e

c) processo ou parte de um processo, for provido por um provedor externo como um resultado de uma decisão da instituição.

O trabalho orientado por processos envolve atividades contínuas, enquanto os projetos abrangem atuações temporárias e exclusivas. A melhoria da qualidade envolve o aprimoramento de processos e, em alguns casos, o desenvolvimento de projetos, em que são empregados esforços transitórios para produzir um produto, um serviço ou mesmo um resultado exclusivo. Tais projetos devem estar alinhados ao Plano Diretor Estratégico (PDE) do hospital, em uma conjugação de esforços rumo à qualidade.

Para (re) conhecermos os processos executados pela rede Ebserh, o relacionamento e o encandeamento desses para promover as entregas de valor para os clientes, podemos utilizar como instrumento a Cadeia de Valor da Rede Ebserh. Esta demonstra o que a rede Ebserh realiza sobre o ponto de vista de processos, apresentando o alinhamento entre processos e a estratégia da empresa. Assim, esse instrumento representa um fator crítico de sucesso para a rede Ebserh, na perspectiva da promoção do gerenciamento dos processos de negócio da empresa.

Diante desse contexto, buscou-se alinhar a organização dos requisitos do PGQuali estabelecidos neste manual à estrutura da cadeia de valor da rede Ebserh (**Quadro 1**). Essa organização visa facilitar a associação dos requisitos aos processos correspondentes, auxiliar o processo avaliativo seguindo os percursos dos clientes da rede Ebserh (estudantes, pacientes e pesquisadores) e promover o reconhecimento dos diferentes atores nas ações de gestão da qualidade.

Quadro 1 – Organização dos requisitos segundo tipos de processos, categoria e subcategoria

Tipo de processo	Categoria (Função de negócio)		Subcategoria (Macroprocesso ou processo)		Requisitos
A - PROCESSOS GERENCIAIS	1	Governança	1.1	Gestão da estratégia	1.1.1. a 1.1.5.
			1.2	Gestão de portfólio de projetos	1.2.1.
			1.3	Governança de processos	1.3.1. a 1.3.2.
			1.4	Melhoria contínua de processos	1.4.1. a 1.4.5.
			1.5	Gestão de Colegiados, Comissões, Núcleos, Grupos e Comitês	1.5.1. a 1.5.33.
			1.6	Gestão de riscos	1.6.1. a 1.6.2.
			1.7	Responsabilidade socioambiental	1.7.1.
	2	Desenvolvimento organizacional	2.1	Gestão da arquitetura organizacional	2.1.1. a 2.1.2.
			2.2	Avaliação da qualidade	2.2.1. a 2.2.2.
	3	Contratualização	3.1.	Contratualização SUS	3.1.1. a 3.1.3.
	4	Gestão de dados	4.1	Acompanhamento de resultados	4.1.1 a 4.1.24.

Tipo de processo	Categoria (Função de negócio)		Subcategoria (Macroprocesso ou processo)		Requisitos
B - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO	5	Seleção e acolhimento	5.1	Acolhimento dos estudantes	5.1.1. a 5.1.2.
	6	Prática de ensino e extensão	6.1	Gestão da escala dos residentes	6.1.1.
			6.2	Treinamento em serviço	6.2.1. a 6.2.10.
			6.3	Mobilidade em rede	6.3.1.
7	Avaliação	7.1	Avaliação dos residentes	7.1.1. a 7.1.3.	
C - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO	8	Estrutura de ensino	8.1	Gestão da infraestrutura dos espaços de ensino	8.1.1. a 8.1.2.
			8.2	Avaliação do campo de prática de ensino	8.2.1. a 8.2.3.
	9	Monitoramento das atividades de ensino e extensão	9.1	Gestão de informações de estudantes e docentes	9.1.1. a 9.1.5.
	10	Preceptorial	10.1	Qualificação de preceptores	10.1.1. a 10.1.2.
10.2			Monitoramento das atividades de preceptorial	10.2.1.	
D - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	11	Admissão de pacientes	11.1	Regulação do acesso aos serviços assistenciais	11.1.1. a 11.1.10.
			11.2	Gestão da admissão de pacientes	11.2.1. a 11.2.6.
			11.3	Admissão ambulatorial	11.3.1.
			11.4	Admissão hospitalar	11.4.1. a 11.4.4.
			11.5	Admissão na urgência e emergência	11.5.1. a 11.5.2.
	12	Avaliação e diagnóstico	12.1	Realização de exames laboratoriais	12.1.1. a 12.1.11.
			12.2	Realização de exames de imagem	12.2.1. a 12.2.17.
			12.3	Realização de exames de métodos gráficos	12.3.1. a 12.3.4.
	13	Tratamento de pacientes	13.1	Tratamento	13.1.1. a 13.1.18.
			13.2	Tratamento ambulatorial	13.2.1. a 13.2.4.
			13.3	Tratamento ambulatorial especializado: radioterapia	13.3.1. a 13.3.3.
			13.4	Tratamento ambulatorial especializado: terapia antineoplásica	13.4.1. a 13.4.8.
			13.5	Assistência nefrológica	13.5.1. a 13.5.7.
			13.6	Tratamento hospitalar	13.6.1. a 13.6.26.
			13.7	Tratamento em terapia intensiva	13.7.1. a 13.7.20.
			13.8	Tratamento cirúrgico	13.8.1. a 13.8.14.
			13.9	Obstetrícia	13.9.1. a 13.9.12.
			13.10	Neonatologia	13.10.1. a 13.10.9.
	14		14.1	Saída ambulatorial	14.1.1.

Tipo de processo	Categoria (Função de negócio)		Subcategoria (Macroprocesso ou processo)		Requisitos
		Saída de pacientes	14.2	Saída hospitalar	14.2.1. a 14.2.7.
			14.3	Gestão de óbitos	14.3.1. a 14.3.4.
E - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	15	Apoio diagnóstico e terapêutico	15.1	Gestão do banco de material biológico	15.1.1. a 15.1.3.
			15.2	Preparo da terapia antineoplásica	15.2.1. a 15.2.6.
			15.3	Gestão de serviços mediados por tecnologia	15.3.1. a 15.3.4.
			15.4	Hemoterapia	15.4.1. a 15.4.5.
			15.5	Terapia nutricional	15.5.1. a 15.5.6.
			15.6	Banco e posto de coleta de leite humano	15.6.1. a 15.6.3.
			15.7	Processamento de produtos para a saúde	15.7.1. a 15.7.6.
	16	Hotelaria hospitalar	16.1	Produção e distribuição de dietas orais	16.1.1. a 16.1.6.
			16.2	Gestão de enxoval hospitalar	16.2.1. a 16.2.15.
			16.3	Transporte de pacientes	16.3.1. a 13.3.2.
			16.4	Higienização hospitalar	16.4.1. a 16.4.2.
			16.5	Controle e manejo de pragas e vetores	16.5.1. a 16.5.4.
			16.6	Gerenciamento de resíduos	16.6.1. a 16.6.15
17	Gestão da informação clínica	17.1	Gestão da informação clínica em meio físico e do prontuário eletrônico do paciente	17.1.1. a 17.1.9.	
F - PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO	18	Autorização	18.1	Autorização para realização de pesquisa	18.1.1. a 18.1.4.
	19	Execução	19.1	Monitoramento das atividades de pesquisa	19.1.1. a 19.1.8.
	20	Resultados	20.1	Consolidação dos resultados de pesquisa	20.1.1. a 20.1.2.
G - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO	21	Estrutura de pesquisa	21.1	Gestão da estrutura do campo de prática de pesquisa	21.1.1. a 21.1.2.
H - PROCESSOS DE SUPORTE TRANSVERSAIS AOS PROCESSOS PRIMÁRIOS	22	Planejamento hospitalar	22.1	Planejamento de ensino	22.1.1. a 22.1.12.
			22.2	Identificação da capacidade instalada	22.2.1. a 22.2.20.
			22.3	Responsabilidade técnica e coordenação	22.3.1. a 22.3.22.
			22.4	Gestão de documentos da qualidade	22.4.1. a 22.4.9.
			22.5	Gestão de sistemas de gestão da qualidade e vigilância em saúde	22.5.1.
			22.6	Gestão de riscos e incidentes	22.6.1. a 22.6.32.
			22.7	Gestão das ações de humanização	22.7.1.
			22.8	Vigilância epidemiológica hospitalar	22.8.1. a 22.8.15.

Tipo de processo	Categoria (Função de negócio)		Subcategoria (Macroprocesso ou processo)		Requisitos
			22.9	Vigilância epidemiológica de infecções relacionadas à assistência à saúde e microrganismos multirresistentes	22.9.1. a 22.9.13.
I - PROCESSOS DE SUPORTE À ORGANIZAÇÃO	23	Ouvidoria	23.1	Gestão de pesquisa de satisfação	23.1.1.
			23.2	Gestão das demandas da população	23.2.1.
	24	Comunicação	24.1	Comunicação social	24.1.1.
			25	Gestão de pessoas	25.1
	25.2	Gestão de relações trabalhistas			25.2.1. a 25.2.3.
	25.3	Gestão do desligamento de colaboradores			25.3.1.
	25.4	Promoção da segurança e saúde dos trabalhadores			25.4.1. a 25.4.17.
	25.5	Desenvolvimento e retenção de pessoas			25.5.1. a 25.5.20.
	26	Tecnologia da informação	26.1	Provimento da estrutura de tecnologia da informação	26.1.1. a 26.1.2.
			26.2	Provimento de soluções de sistemas de informação	26.2.1. a 26.2.5.
			26.3	Padronização de soluções de tecnologia da informação	26.3.1.
			26.4	Institucionalização de soluções de tecnologia da informação	26.4.1. a 26.4.5.
			26.5	Suporte de tecnologia da informação	26.5.1.
	27	Tecnologias em saúde	27.1	Avaliação de tecnologias em saúde	27.1.1. a 27.1.5.
			27.2	Incorporação de tecnologias em saúde	27.2.1. a 27.2.4.
	28	Compras e contratos	28.1	Gestão de contratos e atas de registros de preços	28.1.1. a 28.1.2.
			28.2	Realização de contratações	28.2.1. a 28.2.3.
	29	Logística administrativa	29.1	Gestão de serviços de suporte	29.1.1. a 29.1.3.
	30	Orçamento e finanças	30.1	Gestão de custos	30.1.1.
	31	Gestão patrimonial	31.1	Gestão patrimonial	31.1.1.
	32	Suprimentos	32.1	Governança de estoques	32.1.1. a 32.1.2.
			32.2	Gestão de estoque	32.2.1. a 32.2.16.
	33	Gestão da infraestrutura	33.1	Gestão de equipamentos médico-hospitalares	33.1.1. a 33.1.12.
			33.2	Gestão da manutenção predial	33.2.1. a 33.2.49.
			33.3	Gestão de obras	33.3.1. a 33.3.14.
	34	Gestão da informação em sistemas oficiais em saúde	34.1	Processamento de informação assistencial	34.1.1. a 34.1.6.

Fonte: elaboração própria (2022).

O primeiro nível de organização dos requisitos é representado pelos tipos de processos (gerenciais, primários e de suporte) e, quando aplicável, estão dispostos juntamente à jornada a que correspondem ou que apoiam (ensino e extensão, assistência à saúde, e pesquisa e inovação) conforme Cadeia de Valor da Rede Ebserh. A enumeração dos tipos de processos segue uma marcação alfabética maiúscula, que vai de A a I.

O segundo nível de organização dos requisitos envolve as funções de negócio da Ebserh como categorias, ou seja, os conjuntos de macroprocessos, que estão apresentados em caixas retangulares de cores branca e cinza na Cadeia de Valor da Rede Ebserh. As categorias possuem uma numeração arábica sequencial, independentemente dos tipos processos.

O terceiro e último nível de organização dos requisitos inclui os macroprocessos ou processos da rede Ebserh como subcategorias. Estes podem ser verificados clicando em cada função de negócio da Cadeia de Valor da Rede Ebserh. Registre-se que foi necessário o acréscimo de algumas subcategorias, que não correspondem a um macroprocesso ou a um processo representado na Cadeia de Valor, a fim de prover uma estruturação mais clara de áreas ou processos específicos. As subcategorias seguem uma numeração arábica sequencial de subitem dentro de cada categoria (ex.: 1.1, 1.2).

Cabe ressaltar que, neste manual, não estão estabelecidos requisitos para todos os processos das funções de negócio listadas, bem como nem todas as funções de negócio da Ebserh estão aqui apresentadas. Esse será um trabalho de melhoria contínua do documento, que acompanhará a evolução da descrição dos processos.

Os requisitos estão dispostos em cada subcategoria em formato de pergunta, seguindo numeração arábica sequencial (ex.: 1.1.1, 1.1.2). Para cada requisito, é apresentada uma premissa e possíveis fontes de informações e evidências. A premissa visa auxiliar o profissional na identificação do que deve ser adotado pelo hospital ou por seu parceiro, no caso de serviços terceirizados, para conformidade do requisito. As fontes de informações e evidências indicam o rol do que pode ser buscado ou realizado para evidenciar a conformidade do requisito, entretanto não são exaustivas, bem como não precisam, necessariamente, serem todas percorridas em um processo avaliativo. A constatação ou não de conforme precisará da análise do avaliador.

Os requisitos identificados com **RE** após a sua numeração, à esquerda da descrição, são considerados requisitos essenciais, ou seja, são aqueles inerentes à rede Ebserh, que se associam diretamente ao valor percebido e aos benefícios para os clientes e, portanto, à proposição de valor da Ebserh: “maior rede de hospitais públicos do Brasil, proporcionando assistência humanizada, resolutiva e de vanguarda com o melhor campo de prática para as universidades federais, desenvolvendo ensino, pesquisa extensão e gestão com sustentabilidade e transparência”. Dessa forma, partiu-se das seguintes premissas:

- a) os requisitos relacionados à RDC Anvisa nº 63/2013, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, são essenciais para a operação da maior rede de hospitais públicos do Brasil;
- b) os requisitos afetos à implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) são essenciais para que uma assistência humanizada seja proporcionada nos HUF da rede Ebserh, considerando as diretrizes Ebserh para as ações de humanização;
- c) para uma assistência resolutiva e de vanguarda, é fundamental que a segurança do

paciente e do trabalhador seja garantida nos hospitais da rede Ebserh, bem como a redução máxima possível da incidência de infecções relacionadas à assistência à saúde, e a preparação e a resposta no manejo de eventos de interesse à saúde, sendo essenciais os requisitos concernentes à RDC Anvisa nº 36/2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências; ao Capítulo VIII – Da Segurança do Paciente, Título I – Da Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017; aos documentos de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente; às normas técnicas afetas à saúde e segurança do trabalhador; à Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, que institui a vigilância epidemiológica hospitalar (VEH); e à Portaria 2616, de 12 de maio de 1998, que apresenta diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

d) os requisitos tocantes a leis e decretos nacionais, e à Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE), são essenciais para que o melhor campo de prática para as universidades federais seja promovido, por meio do desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão e de uma gestão sustentável e transparente.

Os requisitos relacionados ao Programa Gestão à Vista e ao PGQuali também são considerados essenciais, com destaque às diretrizes do PGQuali, à Portaria DEPAS nº 35, de 23 de agosto de 2021, e à Norma de Elaboração e Controle de Documentos.

Ressalta-se, entretanto, que o destaque a esses requisitos não diminui a importância dos demais requisitos, nem mesmo indica que não estejam relacionados à proposição de valor da empresa.

A. PROCESSOS GERENCIAIS

1. GOVERNANÇA

1.1. Gestão da Estratégia

1.1.1. O hospital realiza planejamento estratégico e divulga o Plano Diretor Estratégico (PDE) vigente?

Premissa: O PDE é um documento que traduz os desafios do hospital e define as ações para superá-los. O hospital deve realizar regularmente seu planejamento estratégico, alinhado com o Plano Estratégico da rede Ebserh, gerando um PDE institucional, que deve conter, no mínimo, os elementos dispostos no art. 3º da Instrução Normativa nº 24/2020. O PDE vigente do hospital deve ser divulgado no portal eletrônico da instituição e ser de conhecimento dos colaboradores.

Fonte de informações e evidências: Planejamento estratégico ou Plano Diretor Estratégico atualizado e divulgado. Projetos estratégicos. Indicadores.

1.1.2. O hospital possui e divulga o mapa estratégico da instituição?

Premissa: O hospital deve possuir um mapa estratégico disponível e divulgado na instituição, contendo direcionadores, propósito, visão, valores, pilares e objetivos estratégicos. Cada hospital deverá seguir o guia de desdobramento da estratégia onde necessitará realizar uma visão estratégica específica para a sua situação.

Fonte de informações e evidências: Mapa estratégico da instituição no portal eletrônico da

instituição. Entrevista com os colaboradores.

1.1.3. O hospital monitora sistematicamente os projetos previstos no PDE?

Premissa: Os projetos em execução no hospital devem estar em consonância com o PDE, bem como devem ser monitorados os resultados dos indicadores estabelecidos. O hospital deve realizar o acompanhamento, análise e controle do progresso e do desempenho dos projetos previstos no PDE e identificar possíveis necessidades de mudanças.

Fonte de informações e evidências: Atas de reuniões de monitoramento. Ferramentas de gestão de projetos com atualização dos projetos. Relatório de desempenho da estratégia.

1.1.4. Há avaliação anual da alta administração no cumprimento de suas atribuições e está documentada?

Premissa: A realização da avaliação anual da alta administração e do seu desempenho deve observar a exposição dos atos de gestão praticados, quanto à licitude e à eficácia da ação administrativa, a contribuição para o resultado do exercício, a consecução dos objetivos estabelecidos no plano de negócios e atendimento à estratégia de longo prazo.

Fonte de informações e evidências: Documento contendo avaliação anual das atribuições da alta administração. Relatório de gestão.

1.1.5. O hospital possui registros que evidenciam a memória dos processos de tomada de decisão institucional?

Premissa: Os processos de tomada de decisão são provedores de informações importantes para a continuidade dos processos institucionais, alimentando-os periodicamente com dados atualizados que permitam necessárias correções de rota nos temas estratégicos que demandam acurada decisão.

Fonte de informações e evidências: Atas. Resoluções. Registros de reuniões de colegiado. Atas e registros de outras reuniões de tomada de decisão institucional.

1.2. Gestão de Portfólio de Projetos

1.2.1. RE O hospital possui projeto institucional para a geração do conhecimento em pesquisas clínicas e aplicadas, em atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, com o objetivo de produzir conhecimentos e tecnologia para o desenvolvimento da saúde pública do País?

Premissa: O hospital deve dispor de projeto institucional, próprio ou da instituição de ensino superior à qual o hospital for vinculado, para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica em áreas da saúde (art. 10, inciso I, Portaria Interministerial nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: Cópia do convênio ou contrato de cooperação entre o hospital e a IES para desenvolvimento das atividades de pesquisa. Descrição dos mecanismos organizacionais para gestão das atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa. Projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa no hospital e na IES. Relação de grupos de pesquisa, pesquisadores e linhas de pesquisa desenvolvidas no hospital nos últimos dois anos. Relação de projetos financiados por agências de fomento públicas ou privadas, nacionais ou internacionais dos últimos dois anos. Relação de avaliação de tecnologias

em saúde, das pesquisas concluídas e das publicações dos últimos dois anos.

1.3. Governança de Processos

1.3.1. O hospital possui estrutura dedicada à gestão e à melhoria contínua de forma que contemple o mapeamento e a análise de processos?

Premissa: A gestão de dia a dia é uma ferramenta gerencial utilizada para a melhoria de processos nas organizações, por meio do uso de indicadores e metas, padronização e reuniões periódicas para acompanhamento do esforço. Utiliza-se como uma ferramenta para auxiliar na estabilização dos processos e na sua melhoria contínua, podemos trazer, ao longo dos ciclos de melhorias, ganhos substanciais para os processos trabalhados nos HUF.

Fonte de informações e evidências: Escritório de processos ou equivalente instituído.

1.3.2. O hospital identifica os seus processos gerenciais, primários e de suporte?

Premissa: Os processos de uma organização podem ser classificados em três tipos básicos: processos primários, também conhecidos como finalísticos, processos de suporte e processos gerenciais. Tais processos devem ser mapeados, padronizados, documentados e atualizados seguindo o Método de Gestão por Processos da Rede Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Caderno de processos. Fichas de processos das áreas de Ensino e Pesquisa. Procedimentos descritos, atualizados e disponibilizados na instituição.

1.4. Melhoria Contínua de Processos

1.4.1. RE O hospital implementa ciclos de melhoria para aprimoramento dos processos e dos resultados dos indicadores monitorados?

Premissa: O hospital deve implementar ciclos de melhoria para aprimoramento dos processos e dos resultados dos indicadores.

Fonte de informações e evidências: Planos de melhoria da qualidade. Entrevista com gestores e profissionais. Registros de verificação de atualização de protocolos e procedimentos.

1.4.2. RE O hospital implementa ciclos de melhoria após análise das notificações voluntárias?

Premissa: O hospital deve implementar ciclos de melhorias após análise das notificações voluntárias recebidas. As notificações de incidentes já foram percebidas como um método que possui um efeito positivo sobre a segurança, não só por provocar mudanças nos processos de cuidado, como também por alterar as atitudes e os conhecimentos dos profissionais de saúde. A investigação das notificações de eventos adversos deve desencadear mudanças nos processos de trabalho voltadas para melhoria da qualidade do serviço prestado.

Fonte de informações e evidências: Notificações com investigações concluídas nos últimos 12 meses. Planos de melhoria da qualidade elaborados a partir da análise de notificações voluntárias já implementados. Melhorias alcançadas e planos de melhoria da qualidade em execução no momento.

1.4.3. O hospital utiliza as informações relativas às notificações de eventos adversos

relacionados a medicamentos para melhorar os processos de prescrição, administração e uso de medicamentos?

Premissa: O hospital deve utilizar as informações relativas às notificações de eventos adversos relacionados a medicamentos para melhorar os processos de prescrição, administração e uso de medicamentos seguindo as Diretrizes Ebserh sobre Segurança do Paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Planos de melhoria da qualidade elaborados a partir de notificações de incidentes.

1.4.4. O hospital utiliza a pesquisa de satisfação de professores, preceptores, supervisores, coordenadores, tutores, estudantes de nível técnico, graduação, especializações lato sensu, residências e pós-graduação *stricto sensu* quanto às atividades de ensino e extensão para melhoria dessas atividades?

Premissa: Os dados obtidos nas pesquisas de satisfação dos usuários dos serviços do hospital devem subsidiar a reorientação e o ajuste da prestação de serviços (art. 20, Decreto nº 9.094/2017). Assim, o plano de melhoria do ensino deve considerar a pesquisa de satisfação dos professores, preceptores, supervisores, coordenadores, tutores, estudantes de nível técnico, graduação, especializações lato sensu, residências e pós-graduação *stricto sensu*, quanto às atividades das áreas de ensino e extensão e estrutura assistencial, realizada segundo as diretrizes Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Plano de melhoria a partir da pesquisa de satisfação instituída e periódica. Indicadores.

1.4.5. As unidades organizacionais do hospital utilizam as manifestações dos usuários, dos acompanhantes e da própria equipe para a melhoria dos processos e resultados?

Premissa: O estabelecimento deve utilizar as manifestações dos usuários, dos acompanhantes e da própria equipe para a melhoria dos processos e resultados na unidade.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de manifestações. Entrevistas. Atas de reuniões. Planos de melhoria da qualidade.

1.5. Gestão de Colegiados, Comissões, Núcleos, Grupos e Comitês

1.5.1. Existe colegiado no hospital com representantes dos departamentos ou áreas da Instituição de Ensino Superior à qual o hospital está vinculado como cenário de prática de ensino?

Premissa: O hospital deve constituir colegiado com representantes dos departamentos ou áreas da Instituição de Ensino Superior à qual o hospital está vinculado.

Fonte de informações e evidências: Portarias. Atas de reunião.

1.5.2. RE O hospital possui Comissão de Residência Médica (COREME) em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras pertinentes de acordo com seu perfil assistencial, incluindo a COREME, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso II, alínea c).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da COREME. Atas do último ano. Lista

de presença. Regimento interno. Relatório gerencial da comissão.

1.5.3. RE O hospital possui Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (COREMU) em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras pertinentes de acordo com seu perfil assistencial, incluindo a COREMU, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso II, alínea c).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da COREMU. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Lista de presença. Regimento interno. Relatório gerencial da comissão.

1.5.4. Há representante da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) na COREMU e na COREME, com direito a voz e voto?

Premissa: A COREMU e a COREME devem incluir, em sua composição, representante da GEP com direito a voz e voto.

Obs.: Deve-se considerar “conforme” os casos em que o hospital tenha solicitado a representação nos colegiados supracitados para a Instituição de Ensino Superior (IES), contudo, o pedido tenha sido negado ou ainda se encontre em análise pela IES.

Fonte de informações e evidências: Regimentos internos da COREMU e da COREME. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Lista de presença.

1.5.5. RE O hospital possui Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) constituída e em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir e manter em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias, entre elas a CFT, seguindo o disposto na Diretriz Ebserh para constituição e operacionalização das Comissões de Farmácia e Terapêutica e na Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015 (art. 6º, inciso I, alínea i).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.6. O hospital possui Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes, seguindo os processos de padronização de produtos para a saúde e materiais médicos integrados ao catálogo padronizado de tecnologias para a saúde?

Premissa: A Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde deve ser constituída no hospital conforme Diretriz Ebserh, com nomeação dos membros em Portaria e publicação de regimento interno. As reuniões mensais e extraordinárias da Comissão deverão ser registradas em ata.

Fonte de informações e evidências: Catálogo de Padronização de Tecnologias em Saúde do HUF e Solicitação de inclusão de padronização no catálogo (formulário SEI). Portaria de instituição do Catálogo. Processo de compras (código Ebserh). Ficha de processo. Protocolos e procedimentos. Portaria de constituição da Comissão. Regimento interno. Lista de presença e atas de reunião. Declarações de conflito de interesse para participar da Comissão assinadas pelos membros. Termo de compromisso e confidencialidade assinado pelos membros da Comissão.

1.5.7. O hospital possui Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) implantado e em funcionamento?

Premissa: O hospital deve constituir e manter em constante funcionamento um NATS com equipe multiprofissional para, entre outras atribuições, assessorar técnica e cientificamente a governança nos processos que envolvem avaliações, incorporações, desincorporações e substituições de tecnologias em saúde, seguindo o disposto na Diretriz Ebserh para implantação dos NATS.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição e regimento interno do NATS. Atas de reunião e listas de presença. Declaração de potenciais conflitos de interesse assinada por cada membro do NATS. Pareceres técnico-científicos, protocolos clínicos e notas técnicas sobre avaliação de tecnologias em saúde, emitidos pelo NATS.

1.5.8. O NATS participa das comissões do hospital que apoiam a tomada de decisão relacionadas à incorporação de novas tecnologias em saúde, às auditorias de medicamentos de uso restrito e às solicitações de aquisição ou contratação temporária de tecnologia em saúde não padronizada na instituição?

Premissa: O NATS deve possuir representação nas comissões do hospital que apoiam a tomada de decisão relacionadas à incorporação de novas tecnologias em saúde, às auditorias de medicamentos de uso restrito e às solicitações de aquisição ou contratação temporária de tecnologia em saúde não padronizada na instituição, a exemplo da CFT, da Comissão de Controle de Qualidade de Materiais (CCQM) e da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição das comissões. Atas de reuniões. Lista de presença.

1.5.9. RE O hospital possui Comissão de Proteção Radiológica constituída e atuante conforme normativas vigentes?

Premissa: O serviço deverá manter constituída e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias, sendo a Comissão de Proteção Radiológica incluída nesse rol (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea j).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Regimento interno. Relatório gerencial da comissão.

1.5.10. RE O hospital possui Comissão de Documentação Médica e Estatística em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras obrigatórias, incluindo a Comissão de Documentação Médica e Estatística, conforme normativas vigentes e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea b).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.11. RE O hospital possui Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras obrigatórias, incluindo a CRP, conforme normativas vigentes e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea g). A CRP deve reunir-se com uma

periodicidade mensal conforme disposto no Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.12. O hospital possui Comissão Permanente de Avaliação de Documentos em funcionamento, de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir Comissão Permanente de Avaliação de Documentos e mantê-la em permanente funcionamento. As reuniões devem ocorrer em caráter ordinário, no mínimo, semestralmente, podendo ser convidados representantes de outros órgãos e entidades, e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões conforme disposto no Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Portaria. Relatórios. Plano de melhoria da qualidade.

1.5.13. RE O hospital possui Comitê de Ética em Pesquisa em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras obrigatórias, incluindo o Comitê de Ética em Pesquisa, conforme normativas vigentes e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea c).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição do comitê. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial do comitê.

1.5.14. RE O hospital possui Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA) em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o seu perfil assistencial, incluindo a CEUA, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso II, alínea f). A CEUA é condição indispensável para qualquer instituição que produza, mantenha ou utilize animais para ensino ou pesquisa científica, possa requerer o credenciamento no Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (Concea). A instituição deverá se comprometer com o bom funcionamento da CEUA, além de promover sua capacitação em ética e em cuidados e uso de animais em experimentação, assegurando o suporte necessário para o cumprimento de suas obrigações.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Lista de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.15. RE O hospital possui Comissão de Biossegurança instituída, em permanente funcionamento, e de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: A Comissão de Biossegurança é uma comissão assessora permanente conforme o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar, devendo ser constituída quando cabível à instituição de acordo com a redação da Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015 (art. 6º, inciso II, alínea e). Assim, deve-se verificar a sua constituição nos casos de utilização de técnicas e métodos de engenharia genética ou realização de pesquisas com organismos geneticamente modificados (OGM) e seus derivados nos termos do disposto na Lei nº 11.105/2005, Capítulo V.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial do comitê.

1.5.16. RE O hospital possui Comissão de Ética de Enfermagem em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras obrigatórias, incluindo a Comissão de Ética de Enfermagem conforme normativas vigentes, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea a).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Lista de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.17. RE O hospital possui Comissão de Ética Médica em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras obrigatórias, incluindo a Comissão de Ética Médica conforme normativas vigentes, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea a).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Lista de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.18. RE O hospital possui Comissão de Óbitos em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras obrigatórias, incluindo a Comissão de Óbitos, conforme normativas vigentes, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea f).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.19. RE O hospital possui Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o seu perfil assistencial, incluindo a CIHDOTT, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso II, alínea a). Segundo a PRC GM/MS nº 04/2017, a criação das CIHDOTT é obrigatória nos hospitais públicos que se enquadrem nos perfis relacionados a seguir, obedecida a seguinte classificação:

- a) CIHDOTT I: hospital com até 200 óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;
- b) CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 a 1000 óbitos por ano; e
- c) CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 óbitos por ano ou com pelo menos um programa de transplante de órgão.

Para todos os demais hospitais, a criação da CIHDOTT é opcional.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.20. RE O hospital possui Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal constituídas de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o seu perfil assistencial, incluindo a Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso II, alínea d). Tal comissão tem o intuito de identificar a magnitude de mortalidade, as causas e os fatores que a determinam, permitindo assim avaliar os resultados da assistência prestada ao binômio mãe e filho e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes (Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.21. RE O hospital possui Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) institucionalizado?

Premissa: O hospital deve constituir um GTH, que deverá realizar trabalho pautado nas orientações da PNH do Ministério da Saúde e na Diretriz Ebserh de Humanização, regulamentá-lo por regimento interno próprio publicado em portaria institucional.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição do GTH. Regimento Interno. Atas de reuniões. Listas de presença.

1.5.22. RE O hospital possui Comissão de Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (CCIRAS) em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras obrigatórias, incluindo a CCIRAS, conforme normativas vigentes e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea d).

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da comissão. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Relatório gerencial da comissão.

1.5.23. RE O hospital possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implementado de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: Segundo Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, o hospital deve ter um NSP implementado. Este deve ser implementado conforme RDC Anvisa nº 36/2013 e Diretriz para implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas filiais Ebserh. O NSP deve estar cadastrado na Anvisa.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição do NSP publicada. Atas de reunião do NSP. Lista de presença. Registro de cadastro do NSP na Anvisa. O painel disponível em <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>> apresenta os serviços de saúde cadastrados junto à Anvisa, com subcategoria NSP, que informaram o código do CNES ao realizar o cadastro da instituição.

1.5.24. RE O hospital possui Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) constituído e em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: A Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) deve ser executada pelo NHE, o qual deve ser composto por profissionais com formação superior ou intermediária (nível técnico) e, preferencialmente, com conhecimentos e experiência em vigilância epidemiológica, sendo a equipe multidisciplinar, dimensionada e estruturada para o cumprimento integral das atividades inerentes a sua função (art. 8º da Portaria GM/MS nº 1.694/2021).

Fonte de informações e evidências: Portaria de instituição do NHE. Atas de reunião. Lista de presença. Plano de trabalho anual do NHE.

1.5.25. RE O hospital possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) em função do porte e da capacidade instalada da organização em permanente funcionamento e de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: A CIPA é uma comissão assessora obrigatória a todos os hospitais, devendo ser constituída por portaria da Superintendência publicada em Boletim de Serviço e mantida em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea e; RDC Anvisa nº 63/2011, art. 49).

Fonte de informações e evidências: Edital de eleições da CIPA. Portaria de constituição da CIPA. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Lista de presença. Regimento interno. Relatório gerencial da comissão.

1.5.26. RE O hospital possui ou participa de Comitê Transfusional atuante no monitoramento das práticas hemoterápicas e das reações transfusionais de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve constituir as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o seu perfil assistencial, incluindo o Comitê Transfusional, e mantê-las em permanente funcionamento (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso II, alínea b). O hospital que realize transfusão de sangue e componentes sanguíneos deve participar das atividades do Comitê Transfusional do serviço de hemoterapia que o assiste ou constituir Comitê Transfusional próprio. É competência do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento da rotina hemoterápica (art. 12, Anexo IV – Do Sangue, Componentes e Derivados – PRC GM/MS nº 5/2017). O comitê transfusional do serviço de hemoterapia deve monitorar as reações transfusionais ocorridas zelando pelo atendimento (art. 205, Anexo IV – Do Sangue, Componentes e Derivados – PRC GM/MS nº 5/2017), bem como as práticas hemoterápicas para identificação de melhorias.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição do comitê. Regimento interno. Atas de reunião dos últimos 12 meses. Listas de presença. Protocolos elaborados pelo comitê. Sistema de análise crítica com registro documental das análises. Relatório gerencial do Comitê. Entrevista.

1.5.27. RE O hospital possui Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) constituída e em permanente funcionamento de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: A EMTN é uma comissão assessora obrigatória pertinente a todos os hospitais (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso I, alínea h). A EMTN deve ser constituída formalmente por, pelo menos, um profissional de cada categoria, com treinamento específico para esta atividade, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério do hospital, com as respectivas atribuições descritas na

RDC Anvisa nº 503/2021. No caso do uso eventual de terapia de nutrição enteral (TNE) a não existência da EMTN deve ser justificada mediante a apresentação, pelo HUF, de alternativa de atuação para prévia avaliação da autoridade sanitária.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da EMTN. Atas de reunião. Lista de presença. Protocolos e procedimentos.

1.5.28. O hospital possui Comitê de Processamento de Produtos para a Saúde (CPPS) ativo, de acordo com a legislação vigente?

Premissa: Segundo RDC Anvisa nº 15/2012, o hospital que realizar mais de quinhentas cirurgias/mês, excluindo partos, deve constituir um CPPS, composto minimamente, por um representante da: a) Superintendência; b) do responsável pelo CME; c) da Divisão de enfermagem; d) da equipe médica; e – e) da CCIRAS.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição do comitê. Atas de reunião. Listas de presença.

1.5.29. O hospital possui Comissão de Obras para avaliação dos materiais a serem recomendados para a instituição?

Premissa: O estudo preliminar para elaboração dos projetos do hospital deve dispor de um conjunto de informações técnicas necessárias e suficientes para realização do empreendimento, contendo de forma clara, precisa e completa todas as indicações e detalhes construtivos para a perfeita instalação, montagem e execução dos serviços e obras (RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Portaria de instituição. Atas de reunião.

1.5.30. O hospital possui um Comitê Gestor de TI (CGTI) operacional?

Premissa: O hospital deverá instituir o CGTI e dar-lhe pleno funcionamento, observando, no que couber, o Guia de Comitê de Tecnologia da Informação do SISP (Instrução Normativa nº 4, de 11 de setembro de 2014. Art. 4º § 7º).

Fonte de informações e evidências: Guia de Elaboração de PDTIC do SISP.

1.5.31. Há Equipe Multiprofissional em Terapia Antineoplásica (EMTA) constituída, no mínimo, de profissional farmacêutico, enfermeiro e médico especializado?

Premissa: A EMTA deverá ser constituída, minimamente, por: a) responsável técnico (RT) habilitado em Cancerologia Clínica, com titulação reconhecida pelo CFM; b) médicos que prescrevem a TA habilitados em Cancerologia Clínica, Pediatria ou Hematologia, com titulação reconhecida pelo CFM; c) enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem, com registro no COREN; d) farmacêutico responsável técnico pelas atividades de farmácia, com registro no CRF, podendo ser este profissional vinculado à farmácia contratada.

Fonte de informações e evidências: Portarias de nomeações e responsabilidades Técnicas. Evidência de especialização reconhecida pelo CFM para os médicos. Evidência de registro nos respectivos conselhos. Escalas de trabalho. Atas de reuniões.

1.5.32. RE Há Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis) constituída por portaria institucional e em permanente funcionamento?

Premissa: A Comissão AVAQualis deve ser constituída, por portaria institucional da Superintendência do hospital, e composta por colaboradores capacitados para a realização de avaliações da qualidade, sendo que, preferencialmente, ao menos um dos colaboradores deverá se dedicar exclusivamente às atividades das AVAQualis. A Comissão AVAQualis deve elaborar o seu regimento seguindo o modelo REG.SGQ.001.

Fonte de informações e evidências: Portaria institucional publicada em boletim de serviço. Regimento interno. Atas de reunião. Listas de presença.

1.5.33. O hospital apresenta Comissão de Mediação e Conciliação para gerenciamento de conflitos?

Premissa: Deve ser instituída Comissão de Mediação e Conciliação com caráter permanente, no hospital, com composição segundo Norma nº 1/2021.

Fonte de informações e evidências: Portaria de constituição da Comissão de Mediação e Conciliação. Atas de reunião; Lista de presença. Entrevistas.

1.6. Gestão de Riscos

1.6.1. O hospital possui alvará sanitário atualizado?

Premissa: Os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem da licença para funcionamento, ficando sujeitos, porém, às exigências pertinentes às instalações, aos equipamentos e à aparelhagem adequada e à assistência e responsabilidade técnicas, aferidas por meio de fiscalização realizada pelo órgão sanitário local (RDC nº 63 /2011). Apesar de os hospitais da rede Ebserh serem dispensados do alvará sanitário, sua obtenção caracteriza uma boa prática.

Fonte de informações e evidências: Alvará Sanitário atualizado e afixado em local visível ao público.

1.6.2. O hospital possui protocolos e procedimentos voltados para implementação da Política de Proteção de Dados Pessoais da Ebserh?

Premissa: Todos que integrem a Rede Ebserh ou que realizem tratamento de dados pessoais em seu nome devem observar as diretrizes indicadas na Política de Proteção de Dados Pessoais da Ebserh, que visam à conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas.

1.7. Responsabilidade Socioambiental

1.7.1 O hospital desenvolve ações de educação ambiental?

Premissa: O hospital deve promover a educação ambiental nos processos por meio dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade

Fonte de informações e evidências: Programas e ações de educação ambiental. Recomendações. Medidas de controle. Plano de melhoria da qualidade. Indicadores.

2. DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL

2.1. Gestão da Arquitetura Organizacional

2.1.1. O organograma atualizado do hospital é divulgado para todo o hospital?

Premissa: A estrutura organizacional do hospital tem o objetivo de organizar as atividades, reduzir custos, padronizar processos e facilitar o cumprimento de metas previstas no PDE da instituição.

Fonte de informações e evidências: Organograma institucional. Visita às unidades. Entrevista.

2.1.2. RE O regimento interno está institucionalizado no hospital e disponível para a comunidade (interna e externa)?

Premissa: O hospital deve possuir regimento interno ou documento equivalente, atualizado e implementado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências (art. 9º da RDC Anvisa nº 63/2011). O regimento interno deve estar disponível e amplamente divulgado no hospital.

Fonte de informações e evidências: Regimento interno. Portal eletrônico do hospital. Entrevista com profissionais.

2.2. Avaliação da Qualidade

2.2.1 RE O hospital possui Plano de Avaliação Interna da Qualidade atualizado e implementado?

Premissa: A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade deve elaborar o Plano de Avaliação Interna da Qualidade, o qual deve ser implementado no hospital (art. 14 do modelo de Regimento REG.SGQ.001).

Fonte de informações e evidências: Plano de Avaliação Interna da Qualidade. Relatórios de visitas. Roteiro de avaliação. Entrevista.

2.2.2 O hospital possui selo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) atualizado?

Premissa: “A IHAC é um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A IHAC foi lançada nos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1991 para assegurar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar. Os Hospitais Amigo da Criança são referência em qualidade e humanização do atendimento durante todas as etapas da gestação, parto e nascimento e período neonatal precoce” (OMS, 2008).

Fonte de informações e evidências: Selo de qualidade IHAC atualizado.

3. CONTRATUALIZAÇÃO

3.1. Contratualização SUS

3.1.1. RE O hospital possui Instrumento Formal de Contratualização (IFC) vigente?

Premissa: As ações e serviços de saúde disponibilizados pelo hospital devem constar no IFC vigente celebrado entre este e o gestor do SUS contratante. O IFC deve ser composto por duas partes, termo do instrumento formal de contratualização e Documento Descritivo, e conter, no mínimo: as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação, ensino e pesquisa; as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios; os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada; as sanções e penalidades conforme legislação específica; a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização; o Documento Descritivo, contendo as metas qualitativas-quantitativas e indicadores de monitoramento (BRASIL, 2017).

Fonte de informações e evidências: IFC vigente.

3.1.2. RE O hospital possui quantitativo de leitos operacionais em conformidade com o número estabelecido para certificação como hospital de ensino?

Premissa: O hospital deve possuir, no mínimo, 80 leitos operacionais, no caso de hospitais gerais, ou, no mínimo, 50 leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 5º, incisos IV e V).

Fonte de informações e evidências: CNES. Censo de leitos.

3.1.3 RE As habilitações e o planejamento das metas de contratualização estão alinhados à necessidade do ensino e de acordo com a capacidade instalada e operacional da instituição?

Premissa: O hospital deve realizar planejamento das metas de contratualização de acordo com a necessidade do ensino e da capacidade instalada e operacional da instituição.

"Art. 9º Para ser certificado como HE-II, os hospitais deverão:

V - possuir, no mínimo, 1 (uma) habilitação em alta complexidade das abaixo relacionadas:

a) maternidade de referência para gestante e recém-nascido de alto risco;

b) oncologia;

c) ortopedia;

d) neurologia;

e) cardiologia;

f) transplantes; e

g) terapia renal substitutiva" (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: Relatório de dimensionamento da capacidade instalada e operacional. Relatório de dimensionamento da necessidade do ensino.

4. GESTÃO DE DADOS

4.1. Acompanhamento de Resultados

4.1.1. O Setor de Gestão da Qualidade participa da seleção de indicadores monitorados e avaliados pelas diferentes unidades organizacionais do hospital?

Premissa: O monitoramento, por meio de indicadores, constitui-se importante instrumento para auxiliar na identificação de áreas que precisam ser mais bem-estudadas, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. A participação do STGQ na seleção desses indicadores garante maior articulação das ações voltadas para aprimoramento da assistência, gestão, ensino e pesquisa na instituição.

Fonte de informações e evidências: Atas de reunião. Registro de comunicação interna. Entrevista.

4.1.2. RE O hospital monitora, minimamente, os resultados dos indicadores previstos nas diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)?

Premissa: O hospital deve monitorar indicadores estratégicos, gerenciais e operacionais, a fim de promover a cultura da melhoria contínua dos serviços prestados à população nas áreas de assistência, ensino, pesquisa, inovação e extensão em saúde. A PNHOSP coloca que o hospital deve avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores quali-quantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização (art. 10, inciso II, Anexo XXIV, PRC nº 2/2017), incluindo, mas não se limitando a:

- a) taxa de ocupação de leitos;
- b) tempo médio de permanência para leitos de clínica médica;
- c) tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos;
- d) taxa de mortalidade institucional;
- e) taxa de ocupação de leitos de UTI, quando dispuser desta; e
- f) densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC), quando dispuser de UTI.

Fonte de informações e evidências: Indicadores. Protocolos e procedimentos.

4.1.3. RE O hospital monitora e avalia os indicadores presentes no Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente da Ebserh?

Premissa: O hospital deve realizar a inserção de dados dos indicadores no Painel Ebserh de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente no SIG conforme periodicidade correspondente ao indicador. Mensalmente, os indicadores deverão ser avaliados por profissionais da gestão, da assistência, do ensino, pesquisa e extensão, de acordo com o perfil do indicador em reuniões de avaliação in loco.

Fonte de informações e evidências: Painel Ebserh de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente no SIG. Relatório de indicadores (Vigihosp). Análise de resultados.

4.1.4. RE O hospital implementa o Programa Gestão à Vista?

Premissa: O Programa Gestão à Vista tem como finalidade instituir a cultura de avaliações periódicas dos resultados obtidos na prestação de assistência por meio do monitoramento e exposição de indicadores, com estabelecimento de ciclos contínuos de melhorias dos processos para obtenção de melhores resultados, conforme recomendam as boas práticas de gestão da qualidade em saúde.

Fonte de informações e evidências: Painéis de indicadores.

4.1.5. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados de ensino e extensão?

Premissa: O hospital deve definir e monitorar indicadores para a melhoria de processos e resultados de ensino e extensão. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de Indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.6. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados de pesquisa e inovação?

Premissa: O hospital deve definir e monitorar indicadores para a melhoria de processos e resultados na área de pesquisa e inovação. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de Indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.7. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados relacionados à área de urgência e emergência?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados da área de urgência e emergência. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.8. Há monitoramento e avaliação de indicadores para a melhoria de processos e resultados relacionados aos serviços de diagnóstico por imagem?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados dos serviços de diagnóstico por imagem. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta

padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.9. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados dos serviços de métodos gráficos?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados dos serviços de métodos gráficos. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.10. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados da assistência ambulatorial, incluindo admissão, tratamento e saída de pacientes?

Premissa: O hospital deve monitorar indicadores referentes à assistência ambulatorial (ex.: oferta de consultas, acesso, produtividade, cirurgias eletivas, entre outros) a fim de promover a cultura da melhoria contínua dos serviços prestados à população conforme previsto na PRC GM/MS nº 2/2017. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.11. RE São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados da assistência hospitalar, incluindo admissão, tratamento e saída de pacientes?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados relacionados à assistência hospitalar. Conforme Protocolo para prevenção de lesão por pressão (LPP), devem ser monitorados os seguintes indicadores:

- a) percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão;
- b) percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP;
- c) percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP; e
- d) incidência de LPP.
- e) Segundo o Protocolo de Identificação do Paciente, devem ser monitorados os seguintes indicadores:
- f) número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; e
- g) proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos no hospital.
- h) De acordo com o Protocolo de Prevenção de Quedas, os seguintes indicadores devem ser monitorados:

- i) proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão;
- j) número de quedas com dano;
- k) número de quedas sem dano; e
- l) índice de quedas.

Conforme Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, os seguintes indicadores devem ser monitorados obrigatoriamente:

- a) consumo de preparação alcoólica para as mãos;
- b) consumo de sabonete líquido associado ou não a antisséptico

Ainda conforme esse protocolo, é recomendável o monitoramento do indicador: percentual de adesão às ações de higiene das mãos pelos profissionais de saúde.

As fichas de processos da cadeia de valor também apresentam indicadores que devem ser monitorados relacionados à assistência hospitalar.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.12. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados relacionados aos serviços de terapia dialítica?

Premissa: O serviço de diálise deve realizar o monitoramento de indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos à diálise. Os resultados dos indicadores devem ser analisados periodicamente.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.13. RE O hospital realiza o monitoramento e avaliação de indicadores para a melhoria de processos e resultados da assistência à saúde no centro cirúrgico, incluindo admissão, tratamento e saída de pacientes?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados relacionados à assistência à saúde no centro cirúrgico. O Protocolo para Cirurgia Segura apresenta os seguintes indicadores que devem ser utilizados como estratégias de monitoramento:

- a) Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- b) Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente;
- c) Número de cirurgias realizadas no paciente errado;
- d) Número de procedimentos errados;
- e) Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco;

f) Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura;

As fichas de processos da cadeia de valor também apresentam indicadores que devem ser monitorados. Além destes, podem ser monitorados e analisados outros indicadores, tais como:

- a) Taxa de mortalidade no dia da cirurgia;
- b) Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada;
- c) Taxa de mortalidade pós-operatória em pacientes internados;
- d) Taxa de infecção de sítio cirúrgico;
- e) Classificação Cirúrgica de Apgar;
- f) Número de itens cirúrgicos ou fragmentos de dispositivos retidos no corpo do paciente;
- g) Taxa de eventos adversos relacionados ao uso de equipamento médico;
- h) Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda perioperatória;
- i) Taxa de sepse pós-operatória;
- j) Taxa de complicações relacionadas à anestesia;
- k) Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiológico para tratar bloqueio neuromuscular residual, no período de recuperação;
- l) Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiológico para tratar parada respiratória ou cardíaca, no período de recuperação;
- m) Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiológico em virtude de temperatura abaixo de 36°C, registrada no período de recuperação; e
- n) Taxa de pacientes com depressão respiratória grave durante o gerenciamento da dor aguda, que requeiram administração de naloxona.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.14. RE São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos ao gerenciamento e uso de medicamentos?

Premissa: O hospital deve monitorar os indicadores do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos relacionados à avaliação das prescrições (taxa de erros na prescrição de medicamentos), conferência de separação de medicamentos e dispensação (taxa de erros na dispensação de medicamentos) e administração de medicamentos (taxa de erros na administração de medicamentos). Deve-se também definir, implantar, monitorar e avaliar outros indicadores de monitoramento dos processos de gerenciamento de medicamentos conforme definido nas Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta

padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.15. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos à terapia nutricional?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados relacionados à terapia nutricional. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.16. Há monitoramento e análise de indicadores para a melhoria de processos e resultados na UTI Adulto?

Premissa: Devem ser monitorados mensalmente, no mínimo, os seguintes indicadores relacionados à UTI Adulto:

- a) Taxa de mortalidade absoluta e estimada;
- b) Tempo de permanência na UTI;
- c) Taxa de reinternação em 24 horas;
- d) Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);
- e) Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM);
- f) Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central;
- g) Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC); e
- h) Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.17. Há monitoramento e análise de indicadores para a melhoria de processos e resultados na UTI Pediátrica?

Premissa: Devem ser monitorados mensalmente, no mínimo, os seguintes indicadores relacionados à UTI Pediátrica:

- a) Taxa de mortalidade absoluta e estimada;
- b) Tempo de permanência na UTI;
- c) Taxa de reinternação em 24 horas;
- d) Densidade de Incidência de PAV;

- e) Taxa de utilização de VM;
- f) Densidade de Incidência de IPCS relacionada ao Acesso Vascular Central;
- g) Taxa de utilização de CVC; e
- h) Densidade de Incidência de ITU relacionada a cateter vesical.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.18. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos à atenção neonatal?

Premissa: O hospital deve monitorar os indicadores mínimos para a avaliação dos serviços de atenção neonatal estabelecido em normativas vigentes na busca permanente pela melhoria da qualidade, que deve ser entendida como um ciclo contínuo de planejamento e análise dos resultados. Os seguintes indicadores devem ser apurados mensalmente:

- a) Percentual de recém-nascido (RN) com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g;
- b) Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41 semanas;
- c) Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto;
- d) Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento;
- e) Percentual de transferência da puérpera e do RN do centro de parto normal (CPN) para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência;
- f) Percentual de avaliação/procedimento pediátrico na unidade.

Além dos indicadores estabelecidos nas normativas vigentes, recomenda-se que sejam implementados outros indicadores para avaliação do cuidado neonatal, tais como:

- a) Faixa de peso e idade gestacional;
- b) Administração de corticoterapia antenatal;
- c) Realização de transporte inter-hospitalar;
- d) Sobrevida por Peso;
- e) Sobrevida por Idade Gestacional;
- f) Realização de surfactante;
- g) Sepses precoce e sepses tardias;
- h) Uso de O₂ com 36 semanas de idade corrigida;
- i) Diagnóstico de Enterocolite;
- j) Diagnóstico de Hemorragia Periventricular e Intraventricular;
- k) Diagnóstico de Retinopatia da Prematuridade;
- l) Taxa de amamentação na UTI neonatal; e

m) Taxa de prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.19. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos à atenção obstétrica?

Premissa: O hospital deve monitorar, ao menos, os indicadores mínimos para a avaliação dos serviços de atenção obstétrica estabelecido em normativas vigentes na busca permanente pela melhoria da qualidade, que deve ser entendida como um ciclo contínuo de planejamento e análise dos resultados. Conforme RDC Anvisa nº 36/2008 e IN nº 2/2008, devem ser monitorados mensalmente indicadores de gestão (Média de permanência de puérperas), de processo (Taxa de cesárea, Taxa de cesárea em primíparas, Taxa de episiotomia, Taxa de partos com acompanhante) e de resultado (Taxa de mortalidade neonatal precoce, Taxa de infecção puerperal relacionada a partos normais e cesáreas). Para o hospital com habilitação de centro de parto normal (CPN), devem também ser monitorados mensalmente os seguintes indicadores estabelecidos na PRC GM/MS nº 3/2017:

- a) Dados dos partos: (i) Total de partos realizados no CPN intra-hospitalar tipos I e II e CPN peri-hospitalar; (ii) Percentual de partos realizados por cada profissional: enfermeiro e médico; (iii) Percentual de partos em adolescentes, (iv) Percentual de partos na água, (v) Percentual de partos em posição vertical;
- b) Percentual de episiotomia;
- c) Percentual de Laceração 1º e 2º grau;
- d) Percentual de Laceração 3º e 4º grau;
- e) Percentual de Rotura Artificial de Membrana (RAM);
- f) Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio;
- g) Percentual de mulheres com acompanhante durante o trabalho de parto/parto/puerpério;
- h) Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de pré-natal;
- i) Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência;
- j) Percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência;
- k) Percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico na unidade.

Além dos indicadores estabelecidos nas normativas vigentes, recomenda-se que sejam implementados outros indicadores para avaliação da atenção obstétrica, tais como:

- a) Tempo médio de espera para classificação de risco em obstetrícia;
- b) Tempo médio de atendimento por tipo de classificação;

- c) Proporção de parto normal assistido por enfermeira obstétrica;
- d) Taxa de uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor;
- e) Taxa de analgesia em parto normal;
- f) Taxa de uso de venóclise em 1º e 2º estágios do parto;
- g) Taxa de uso de ocitocina em 1º estágio do parto;
- h) Taxa de parto em posição não supina;
- i) Taxa de RN com peso igual ou maior que 2,5 Kg com apgar < 7 no quinto minuto;
- j) Proporção de mulheres que receberam hemotransusão;
- k) Proporção de mulheres elegíveis que receberam sulfato de magnésio;
- l) Taxa de ocupação.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.20. Há monitoramento e análise de indicadores para a melhoria de processos e resultados relacionados ao processamento de produtos para a saúde?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados relacionados ao processamento de produtos para a saúde no Centro de Material e Esterilização (CME). As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.21. Há monitoramento e análise de indicadores para a melhoria de processos e resultados referentes ao serviço de higienização hospitalar?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados relacionados ao serviço de higienização hospitalar. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.22. Há monitoramento e avaliação de indicadores para a melhoria de processos e resultados relacionados ao gerenciamento de resíduos?

Premissa: Devem ser monitorados indicadores para a melhoria de processos e resultados relacionados ao gerenciamento de resíduos. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.23. São monitorados e avaliados indicadores para a melhoria de processos e resultados relativos à gestão da infraestrutura?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento e a análise de indicadores relevantes para a melhoria de processos e resultados relacionados à gestão da infraestrutura. As fichas de processos da cadeia de valor apresentam os indicadores principais que devem ser monitorados.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais.

4.1.24. São monitorados e avaliados indicadores referentes ao processo de registro e processamento da produção assistencial?

Premissa: O hospital deve contar com uma sistemática para acompanhamento e gerenciamento da produção realizada e daquela registrada nos sistemas de base nacional.

Fonte de informações e evidências: Painel de indicadores. Indicadores padronizados divulgados em locais de fácil acesso à comunidade (físico ou virtual). Ficha técnica dos indicadores e ferramenta padronizada pela instituição (quando aplicável). Relatório de análise dos resultados dos indicadores. Entrevista com profissionais. Arquivos de Monitoramento.

B. PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO

5. SELEÇÃO E ACOLHIMENTO

5.1. Acolhimento dos Estudantes

5.1.1. RE Existe programa de acolhimento com fornecimento de informações institucionais e capacitação continuada para estudantes de ensino técnico, graduação e pós-graduação conforme diretrizes Ebsersh?

Premissa: Segundo RDC Anvisa nº 63/2011, art. 32, o hospital deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas. A mesma orientação se aplica aos estudantes de ensino técnico, graduação e pós-graduação. Deve existir um programa de acolhimento com fornecimento de informações institucionais e capacitação continuada para estudantes de diferentes níveis: nível técnico, graduação, especializações lato sensu, residências e pós-graduação stricto sensu. O programa de acolhimento deve abranger minimamente os temas Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente, Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde (NR 32), Controle de Infecção,

Gerenciamento e Uso de medicamentos, Gerenciamento de Resíduos, Regulação (gestão de leitos), Comissão de ética, Comissão de Revisão de Prontuários, Prevenção e combate a incêndios, e temas específicos de acordo com a atividade a ser desenvolvida pelo estudante (Ex.: Boas Práticas em Pesquisa Clínica) (art. 33 da RDC Anvisa nº 63/2011). As capacitações devem ser registradas contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos estudantes envolvidos (art. 32, parágrafo único, da RDC Anvisa nº 63/2011).

Fonte de informações e evidências: Plano ou programa de acolhimento de estudantes de ensino técnico, graduação e pós-graduação. Manual ou cartilha do estudante. Lista de presença.

5.1.2. A instituição verifica a autenticidade dos registros de conselhos profissionais e dos diplomas dos pré-requisitos dos residentes?

Premissa: O hospital deve verificar autenticidade dos registros de conselhos profissionais e dos diplomas dos pré-requisitos dos residentes para ingresso no programa de residência.

Fonte de informações e evidências: Pasta funcional dos residentes com registro de conferência de autenticidade dos diplomas dos pré-requisitos e do registro ativo no conselho de classe profissional

6. PRÁTICA DE ENSINO E EXTENSÃO

6.1. Gestão da Escala dos Residentes

6.1.1. RE Os registros de todos os afastamentos legais dos residentes constam no sistema de informação da Ebserh, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)?

Premissa: A regulamentação dos afastamentos legais dos programas de residência deve constar nos regimentos da COREME e COREMU. O registro dos afastamentos deve ser realizado nos sistemas de informação da CNRM ou da CNRMS, conforme o caso, e no SIG-RES no caso da Ebserh (Lei nº 12.514/2011).

Fonte de informações e evidências: Sistema de Informações Gerenciais dos Programas de Residência Ebserh (SIG-RES). Relatórios com os registros de afastamentos legais no Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR) e no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM). Regimento da COREME e da COREMU.

6.2. Treinamento em Serviço

6.2.1. Existe definição do que deve ser executado em cada fase de treinamento dos residentes por programa de residência?

Premissa: O hospital deve definir o que deve ser executado em cada fase de treinamento dos residentes por programa de residência, por meio de documentos contendo descritivo das atividades práticas e teóricas que deixe claro como o projeto pedagógico é executado, em que locais, qual carga horária de execução dessas atividades em cada fase de treinamento dos residentes. Os documentos devem ficar disponíveis para acesso pelos colaboradores e residentes, por meio da intranet, portal eletrônico do hospital, dentre outros.

Fonte de informações e evidências: Documentos contendo descritivo das atividades práticas e teóricas. Programa de Residência. Portal eletrônico do hospital, intranet.

6.2.2. Os residentes conhecem as atribuições dos seus preceptores, tutores e coordenadores ou supervisores de programas com sua formação?

Premissa: As responsabilidades dos preceptores, tutores e coordenadores ou supervisores com sua formação devem ser de conhecimento dos residentes cabendo aos responsáveis pelo programa a apresentação das responsabilidades a estes.

Fonte de informações e evidências: Entrevista com residentes no hospital.

6.2.3. RE São realizados registros de frequência da preceptoria, tutoria, supervisão ou coordenação de programas de residência?

Premissa: O hospital deve garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de programas de residência, respeitando-se o mínimo de um preceptor com carga horária de 20 horas semanais para cada três residentes ou um preceptor com carga horária de 40 horas semanais para cada seis residentes (Art. 8º, inciso IV, Portaria Interministerial nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: Ponto eletrônico ou registro de frequência. Registros diários da preceptoria, tutoria, supervisão ou coordenação de programas de residência.

6.2.4. RE São realizados registros de frequência da preceptoria, tutoria, supervisão ou coordenação dos estudantes de graduação?

Premissa: O hospital deve garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação, respeitando-se o mínimo de um preceptor para cada 12 alunos de internato ou outro parâmetro que esteja de acordo com a legislação específica vigente (Art. 8º, inciso IV, Portaria Interministerial nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: Ponto eletrônico ou registro de frequência. Registros diários da preceptoria, tutoria, supervisão ou coordenação dos alunos de graduação.

6.2.5. Os estudantes vinculados aos projetos de extensão realizam suas atividades sob supervisão direta do coordenador do programa de extensão ou do profissional do hospital vinculado ao projeto?

Premissa: Os estudantes vinculados aos projetos de extensão devem realizar suas atividades sobre supervisão direta do coordenador do programa de extensão ou do profissional do hospital vinculado ao projeto.

Fonte de informações e evidências: Entrevista com estudantes de extensão. Protocolos e procedimentos.

6.2.6. Os residentes participam de treinamento de reanimação cardiopulmonar?

Premissa: Os residentes devem participar de treinamento de reanimação cardiopulmonar, o qual deve estar previsto no programa de capacitação periódica da instituição.

Fonte de informações e evidências: Registro do programa de treinamento. Cronograma com a realização periódica do treinamento. Lista de frequência.

6.2.7. RE Os prontuários dos pacientes com anotações feitas por estudantes são assinados pelos preceptores, supervisores de estágio ou docentes?

Premissa: Segundo RDC Anvisa nº 63/2011, art. 24, a responsabilidade pelo registro em prontuário cabe aos profissionais de saúde que prestam o atendimento. A prescrição de atendimento ao paciente deve ser realizada pelo preceptor, supervisor de estágio de graduação ou docente juntamente ao discente (Diretrizes para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da rede Ebserh). O prontuário único do paciente deve ser padronizado e mantido com registros completos (art. 6º, inciso IX, Portaria Interministerial nº 285/2015), de forma legível por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente, com aposição de assinatura e carimbo em caso de prontuário em meio físico (RDC Anvisa nº 63/2011, art. 27). Dessa forma, os registros em prontuários realizados por estudantes devem ser acompanhados de assinatura do preceptor, supervisor de estágio ou docente.

Fonte de informações e evidências: Prontuários dos pacientes com validação feita pelo preceptor ou docente em relação às anotações dos estudantes de graduação.

6.2.8. Os preceptores, supervisores de estágio e docentes que atuam na instituição possuem conhecimento das diretrizes curriculares e das ementas das disciplinas dos cursos que utilizam o hospital como campo de prática?

Premissa: Os preceptores, supervisores de estágio e docentes que atuam no hospital devem possuir conhecimento das diretrizes curriculares e das ementas das disciplinas dos cursos correspondentes.

Fonte de informações e evidências: Currículos dos cursos (sites IES). Pedido de credenciamento de programa de residência (PCP). Entrevista com os preceptores.

6.2.9. A instituição capacita colaboradores e estudantes e promove a integração das atividades de ensino e extensão, utilizando como ferramenta a tele-educação?

Premissa: A instituição deve capacitar colaboradores e estudantes e promover a integração das atividades de ensino e extensão, utilizando como ferramenta a tele-educação a fim de facilitar o acesso dos profissionais ao conhecimento.

Fonte de informações e evidências: Fluxos e processos. Lista de presença. Tipos de atividades. Número de discentes, docentes. Colaboradores participantes. Disponibilização de plataforma de tele-educação. Plano de ensino. Número de cursos. Número de discentes e docentes envolvidos nos cursos.

6.2.10. A área de ensino apoia e promove eventos acadêmicos e científicos que contribuam para o ensino e extensão?

Premissa: A área de ensino deve apoiar e promover eventos acadêmicos e científicos, tais como simpósios, congressos, mesas redondas, fóruns de discussão, que contribuam para o ensino e extensão.

Fonte de informações e evidências: Fluxos e processos descritos. Lista de presença. Matérias publicitárias relacionadas a eventos de ensino e extensão.

6.3. Mobilidade em Rede

6.3.1. A área de ensino participa das atividades de mobilidade em rede dos estágios opcionais de residência na Ebserh?

Premissa: A área de ensino deve participar das atividades de mobilidade em rede dos estágios opcionais de residência na Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Fluxos e processos descritos relacionados às atividades em rede, listas de presença, tipos de atividades, número de discentes, docentes, e colaboradores Ebserh participantes. Painel de oportunidades.

7. AVALIAÇÃO

7.1. Avaliação dos Residentes

7.1.1. A COREME realiza e monitora a avaliação de desempenho dos residentes, de forma regular e documentada, com feedback aos avaliados?

Premissa: O hospital deve possuir norma instituída que trate da realização e monitoramento da avaliação do desempenho dos residentes. O tutor do Programa de Residência e o preceptor devem participar do processo de avaliação dos residentes. A avaliação periódica dos profissionais residentes deve seguir o disposto nas normativas vigentes (art. 10, Resolução CNRM nº 1/2002, Resolução CNRMS nº 2/2012). A COREME deve acompanhar o plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes (art. 2º, alínea b, Resolução CNRMS nº 1/2015; Art. 3º, Inciso III, Resolução CNRM nº 2/2013).

Fonte de informações e evidências: Avaliação e monitoramento de desempenho dos residentes instituída e periódica. critérios de definição de avaliação dos residentes e estudantes. Planos de melhoria da qualidade. Registros de reuniões de feedback sobre avaliação com residentes. Norma. Plano de melhoria da qualidade para casos de desempenho abaixo do esperado e infrações disciplinares. Registros das avaliações realizadas com feedback aos residentes.

7.1.2. A COREMU realiza e monitora a avaliação de desempenho dos residentes, de forma regular e documentada, com feedback aos avaliados?

Premissa: O hospital deve possuir norma instituída que trate da realização e monitoramento da avaliação do desempenho dos residentes. O tutor do Programa de Residência e o preceptor devem participar do processo de avaliação dos residentes. A avaliação periódica dos profissionais residentes deve seguir o disposto nas normativas vigentes (art. 10, Resolução CNRM nº 1/2002, Resolução CNRMS nº 2/2012). A COREMU deve acompanhar o plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes (Art. 2º, alínea b, Resolução CNRMS nº 1/2015; Art. 3º, Inciso III, Resolução CNRM nº 2/2013).

Fonte de informações e evidências: Avaliação e monitoramento de desempenho dos residentes instituída e periódica. critérios de definição de avaliação dos residentes e estudantes. Planos de melhoria da qualidade. Registros de reuniões de feedback sobre avaliação com residentes. Norma. Plano de melhoria da qualidade para casos de desempenho abaixo do esperado e infrações disciplinares. Registros das avaliações realizadas com feedback aos residentes.

7.1.3. Os residentes conhecem o processo de avaliação de desempenho?

Premissa: O processo de avaliação de desempenho, incluindo critérios e os resultados de cada avaliação, deve ser de conhecimento dos residentes, cabendo aos responsáveis pelo programa a apresentação do processo a estes (art. 10, Resolução CNRM nº 1/2002).

Fonte de informações e evidências: Entrevista com residentes para avaliar se compreendem no que estão sendo avaliados, frequência e documentação da supervisão. Registro das Avaliações com a Ciência do Residente.

C. PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DO ENSINO E EXTENSÃO

8. ESTRUTURA DE ENSINO

8.1. Gestão da Infraestrutura dos Espaços de Ensino

8.1.1. RE Os ambientes de ensino do hospital possuem infraestrutura apropriada para o ensino de graduação e pós-graduação considerando dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade da estrutura física?

Premissa: O hospital deve possuir ambientes de ensino (auditórios, salas de discussão de casos, ambientes de simulação e salas de aulas) limpas, com iluminação, acústica, ventilação, e conservação, seguindo os parâmetros e requisitos estabelecidos (Art. 10, inciso II, alínea a, Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015). A quantidade de ambientes dependerá das atividades do hospital e a dimensão deve seguir o disposto na RDC Anvisa nº 50/2002, Anexo, – item 6 - Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa, atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa. Nesses ambientes, o mobiliário e os equipamentos devem estar disponíveis em quantidade suficiente para o número de estudantes. Os tipos de equipamentos disponíveis devem atender ao necessário à prática do ensino para o desenvolvimento de competências dos residentes, segundo matrizes de competências dos programas de residência ofertados pela instituição. O número de ambientes de ensino deve ser adequado ao quantitativo do corpo discente que utiliza diariamente o hospital como campo de prática.

Fonte de informações e evidências: Visita a auditórios, salas de discussão de casos, ambientes de simulação e salas de aulas.

8.1.2. RE Os ambientes assistenciais estão adequados para o ensino de graduação e pós-graduação considerando dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade da estrutura física?

Premissa: O hospital deve possuir ambientes assistenciais (salas de prescrição, leito, sala de realização e laudo de exames, consultórios nos ambulatórios) adequados para o ensino de graduação e pós-graduação considerando dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade seguindo os parâmetros e requisitos estabelecidos (Art. 10, inciso II, alínea a, Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015). O acesso à beira-leito deve possuir espaço adequado para discussão de casos, considerando relação de número de estudantes-professores.

Fonte de informações e evidências: Visita a salas de prescrição, leito, sala de realização e laudo de exames, consultórios nos ambulatórios.

8.2. Avaliação do Campo de Prática de Ensino

8.2.1. Há avaliação da execução dos programas de residência médica?

Premissa: A execução dos programas de residência médica deve ser objeto de avaliação seguindo o disposto na legislação vigente, incluindo a autoavaliação pela instituição.

Fonte de informações e evidências: Registros de reuniões periódicas. Reclamações das residências. Pesquisa de satisfação dos residentes. Entrevista com profissionais e residentes. Indicadores de avaliação da execução dos programas de residência.

8.2.2. Há avaliação da execução dos programas de residência multiprofissional?

Premissa: A execução dos programas de residência multiprofissional deve ser objeto de avaliação seguindo o disposto na legislação vigente, incluindo a autoavaliação pela instituição.

Fonte de informações e evidências: Registros de reuniões periódicas. Reclamações das residências. Pesquisa de satisfação dos residentes. Entrevista com profissionais e residentes. Indicadores de avaliação da execução dos programas de residência.

8.2.3. Existe Plano de Melhoria de processos, integração institucional, estrutura física e novas tecnologias na área de ensino?

Premissa: Cada hospital deve elaborar seu Plano de Melhoria anual com o objetivo de propor ações para aprimorar a qualidade dos Programas de Residência em Saúde dos hospitais da Rede Ebserh seguindo o disposto na Portaria-SEI nº 12/2021 (Art. 4º) e no Programa de Desenvolvimento das Residências em Saúde da Rede Ebserh (PRO-RES). As ações previstas no plano de melhoria devem ser implementadas, monitoradas e avaliadas quanto aos resultados.

Fonte de informações e evidências: Plano de melhoria. Atas de reunião. Registro de treinamentos. Fluxos de processos documentados relacionados a melhoria de processos de ensino e integração com as demais áreas. Relatório dos resultados do plano de melhoria.

9. MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES DE ENSINO E EXTENSÃO

9.1. Gestão de Informações de Estudantes e Docentes

9.1.1. RE Os residentes são cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da instituição?

Premissa: O inciso X do art. 5º da Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015 prevê que o hospital deve atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS. Segundo RDC Anvisa nº 63/2011, o hospital deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no CNES. O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais de todos os residentes devem ser realizados pelo responsável do hospital no CNES (art. 364, PRC nº 1/2017).

Fonte de informações e evidências: Registro de todos os residentes no CNES.

9.1.2. A área de ensino realiza a gestão da informação sobre estudantes, docentes responsáveis e locais de estágio na instituição?

Premissa: Deve haver informação atualizada e disponível na GEP sobre estudantes, docentes responsáveis e locais de estágio na instituição. As responsabilidades dos preceptores, supervisores

e docentes com sua formação devem ser de conhecimento dos estudantes cabendo aos responsáveis pelo programa a apresentação das responsabilidades a estes.

Fonte de informações e evidências: Informação atualizada e disponível em local de fácil acesso/consulta acerca da relação de estudantes, docentes responsáveis e local de estágio na instituição. Encaminhamento CNES dos docentes. Entrevista com estudantes no hospital.

9.1.3. A área de ensino realiza a gestão da informação sobre residentes, preceptores, tutores, supervisores ou coordenadores de programas de residência que atuam na instituição?

Premissa: Deve haver relação atualizada e disponível dos residentes, preceptores, tutores supervisores ou coordenadores de programas que atuam na instituição.

Fonte de informações e evidências: Relação dos residentes, preceptores, tutores, supervisores, coordenadores de programas. Encaminhamento CNES dos residentes.

9.1.4. A GEP monitora, com registro atualizado, os estágios externos e internos realizados por residentes em instituições parceiras?

Premissa: A GEP deve monitorar os estágios externos e internos realizados por residentes em instituições parceiras por meio do controle dos registros atualizados, incluindo termos de parcerias e declarações.

Fonte de informações e evidências: Termos de parceria. Declaração de realização de estágio concedida ao residente. Registros formais físicos ou em Sistema Eletrônico.

9.1.5. Existe arquivo individual para cada residente da instituição, contendo ficha de matrícula, cópia dos diplomas requeridos, comprovante de regularidade e registro ativo no conselho profissional, carteira de vacinação atualizada (conforme normas internas), matriz de disciplinas, avaliações realizadas, licenças e afastamentos legais?

Premissa: Para todos os residentes do hospital, deve haver arquivo individual contendo ficha de matrícula, cópia dos diplomas requeridos, comprovante de regularidade e registro ativo no Conselho Profissional, carteira de vacinação atualizada (conforme normas internas), matriz de disciplinas, avaliações realizadas, licenças e afastamentos legais.

Fonte de informações e evidências: Arquivo individual ou pasta funcional de cada residente em formato digital ou impresso contendo os itens do requisito (matrícula, diplomas, cópia do registro de conselho de classe profissional ativo, cópia do cartão de vacinação atualizado, avaliações, registros de afastamentos legais e faltas). Declaração anual de registro ativo no conselho.

10. PRECEPTORIA

10.1. Qualificação de Preceptores

10.1.1. Os preceptores do hospital têm formação didático-pedagógica para os programas de residências em saúde?

Premissa: Os preceptores em atuação no hospital devem possuir formação didático-pedagógica para os programas de residências em saúde conforme perfil definido pelo projeto pedagógico do curso correspondente (Diretrizes para o Exercício da Preceptoría nos Hospitais Universitários da Rede Ebserh).

Fonte de informações e evidências: Entrevistas com preceptores. Projetos de curso de capacitação ministrados (preceptoria e outros voltados ao ensino). Comprovação de documento curricular por amostragem.

10.1.2. O hospital dispõe de programas de capacitação e educação continuada para os preceptores?

Premissa: O hospital deve dispor de programa de educação permanente para seus trabalhadores, incluindo os preceptores (art. 10, inciso VII, Portaria Interministerial nº 285/2015). As capacitações necessárias devem ser identificadas pelas lideranças de ensino e extensão e demandadas à área de gestão de pessoas responsável, apoiando a formulação do programa de capacitação e educação continuada para preceptores com base nas diretrizes para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da rede Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Plano ou programa de capacitação. Lista de presença ou cópias de certificados. Indicadores de monitoramento da educação continuada para preceptores.

10.2. Monitoramento das Atividades de Preceptoria

10.2.1. O hospital notifica a universidade em caso de identificação de estudantes não acompanhados por docentes?

Premissa: O hospital deve garantir o acompanhamento diário dos estudantes de graduação e residentes por docente ou preceptor (Art. 8º, inciso IV; Art. 9º, inciso III, Portaria Interministerial nº 285/2015). Em caso de identificação de estudantes não acompanhados por docentes, o hospital deve notificar a universidade.

Fonte de informações e evidências: Entrevista com profissionais e estudantes. Protocolos e procedimentos. Registro de notificação realizada para a universidade.

D. PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

11. ADMISSÃO DE PACIENTES

11.1. Regulação do Acesso aos Serviços Assistenciais

11.1.1. RE O hospital possui protocolos de acesso estabelecidos para internação pactuados com o gestor local?

Premissa: Segundo Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 6º, inciso IV, o hospital deve se constituir como um ponto de atenção à saúde com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea. Dessa forma, hospital deve instituir protocolos de regulação que definam os critérios de acesso e os fluxos para internação de pacientes na instituição, pactuados com o gestor local.

Fonte de informações e evidências: Protocolos de regulação. Visita às áreas para verificar se os critérios definidos nos protocolos estão sendo respeitados e se os fluxos estão sendo seguidos. Entrevista com profissionais. Normativas (CIB, CIR).

11.1.2. O hospital dispõe de protocolos e procedimentos atualizados e implementados para agendamento de exames e de consultas eletivas de todas as especialidades disponibilizadas pela instituição?

Premissa: O agendamento de consultas deve ser realizado de maneira eficiente, de modo que adiamentos ocorram apenas de forma esporádica e, quando ocorrerem, que sejam informados tempestivamente aos pacientes. O hospital deve instituir protocolos e procedimentos que definam os critérios de acesso, os fluxos para atendimento e realização de consultas e exames de pacientes realizados na instituição.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita ao ambulatório para verificar como se dá a dinâmica de funcionamento de agendamento de consultas, solicitação de exames, fluxo para o agendamento de exames de urgência, e como são tratados os casos de cancelamento de consultas, de que forma e com que antecedência os pacientes são informados de adiamentos, entre outros. Entrevista com os profissionais. Entrevista com pacientes para verificar se são contactados previamente a consultas e exames.

11.1.3. O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados para identificar e administrar situações de superlotação e de picos de atendimentos?

Premissa: O hospital deve possuir protocolos e procedimentos de identificação e administração de situações de superlotação e de picos de atendimentos, de maneira a otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a taxa de ocupação em limites adequados, evitando tanto ociosidade como superlotação, e controlando o tempo médio de permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros de acompanhamento de indicadores de superlotação e de picos de atendimentos. Relatórios do NIR. Planos de melhoria da qualidade para os casos de superlotação e de picos de atendimentos.

11.1.4. O hospital realiza o gerenciamento do mapa cirúrgico?

Premissa: Os hospitais devem elaborar diariamente o mapa cirúrgico, considerando aspectos necessários como estrutura física, dimensionamento de recursos humanos, previsão e provisão de recursos materiais, equipamentos e apoio de serviços que atuam direta ou indiretamente na execução dos procedimentos. O gerenciamento deve ser realizado no sentido de coordenar o funcionamento das salas de cirurgia, respeitando a programação do mapa cirúrgico e fazendo as mudanças necessárias nos casos imprevistos. Além disso, é importante realizar o levantamento das principais causas que levam à suspensão de um procedimento e, a partir disso, implementar intervenções direcionadas para a solução das principais causas.

Fonte de informações e evidências: Mapa cirúrgico do dia. Protocolos e procedimentos. Monitoramento e análise de indicadores de ocorrência de cancelamento ou adiamento de cirurgias. Ocorrência de reclamações frequentes sobre adiamentos e cancelamentos de cirurgias (ouvidoria). Plano de melhoria da qualidade elaborado no sentido de reduzir a ocorrência de suspensão e cancelamento de cirurgias.

11.1.5. Existe grade de referência e contrarreferência pactuada com o gestor local para os casos em que os pacientes internados precisem ser transferidos por falta de capacidade resolutiva do hospital?

Premissa: O hospital deve dispor de grades de referência e contrarreferência implementadas. As grades de referência e contrarreferência devem ser construídas e viabilizadas segundo o fluxo e protocolos pactuados (PRC GM/MS nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Contratualização. Sistema de informação ou outro documento que demonstre a existência da pactuação. Registros em prontuário. Entrevistas.

11.1.6. Há protocolos e procedimentos referentes aos processos de referência e contrarreferência implementados?

Premissa: O hospital deve dispor de protocolos de referência e contrarreferência, pactuados (PRC GM/MS nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros de treinamento. Registros em prontuário. Entrevista. Indicadores.

11.1.7. A maternidade/hospital participa de um sistema regionalizado de atendimento perinatal, procedendo transferências ou recebendo gestantes de alto risco?

Premissa: A atenção à saúde na gestação de alto risco deverá contemplar a regionalização da atenção à saúde, com articulação entre pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) conforme disposto na Portaria GM/MS nº 1.020/2013.

Fonte de informações e evidências: Contratualização. Indicadores. Registros em prontuário. Mapeamento de processos - Linhas de Cuidado Materno Infantil. Redes temáticas do Ministério da Saúde.

11.1.8. O hospital disponibiliza atendimento em UTI materna quando necessário?

Premissa: Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros de encaminhamento materno para UTI em prontuários de pacientes. Relatórios do Setor de Contratualização e Regulação.

11.1.9. O hospital disponibiliza assistência em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) quando necessário?

Premissa: Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal. Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de UTIN e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma unidade neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros de encaminhamento de RN para UTI em prontuários de pacientes. Relatórios do Setor de Contratualização e Regulação.

11.1.10. RE O hospital possui leitos ativos de terapia intensiva (UTI tipo II ou tipo III), ou dispõe de acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional?

Premissa: O hospital deve possuir UTI, tipo II ou tipo III, conforme disposto na PRC GM/MS nº 3/2017, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional (Art. 6º, inciso VIII, alínea g da

Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: Portaria publicada de habilitação de leitos de UTI tipo II ou III. Cadastro dos leitos habilitados no CNES. Visita em UTI. Relatórios do Setor de Contratualização e Regulação. Registros de encaminhamento para UTI em prontuários de pacientes.

11.2. Gestão da Admissão de Pacientes

11.2.1. Os pacientes com diagnóstico suspeito ou confirmado de doenças de transmissão respiratória são mantidos separados dos demais pacientes enquanto aguardam atendimento?

Premissa: Deve ser identificado espaço separado e bem ventilado que permita aos pacientes com sintomas respiratórios em espera ficarem afastados (pelo menos um metro de distância entre cada pessoa) e com fácil acesso a suprimentos de higiene respiratória e higiene das mãos. Esses pacientes devem permanecer nessa área separada até a consulta ou exame.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita. Entrevista com profissionais.

11.2.2. RE O hospital possui protocolos e procedimentos que garantam o direito ao acompanhante do usuário de acordo com a legislação vigente?

Premissa: Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 horas por dia (PRC GM/MS nº 2/2017, art. 15 do Anexo XX, V - Política Nacional de Atenção Hospitalar). O hospital é obrigado a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante, indicado por esta, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005). Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o hospital proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico (Art. 16 da Lei nº 10.741/2003). À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o hospital proporcionar condições adequadas para a sua permanência em tempo integral (Art. 22 da Lei nº 13.146/2015). Na impossibilidade de conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou da pessoa com deficiência, o profissional de saúde responsável deverá justificar por escrito (Art. 16 da Lei nº 10.741/2003, Art. 22 da Lei nº 13.146/2015). O hospital deverá proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente, inclusive em unidades neonatal, de terapia intensiva e de cuidados intermediários (Art. 12 da Lei nº 8.069/1990). Ao paciente com câncer é assegurado o direito ao acompanhante durante o atendimento e o período de tratamento (Art. 4 da Lei nº 14.238/2021).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

11.2.3. Os pacientes são informados quando há atraso no cuidado e no tratamento?

Premissa: Em situações de dificuldade temporária para atender o paciente, o serviço deve dispor de informações claras em meios de comunicação adequado.

Fonte de informações e evidências: Painel eletrônico. Entrevista.

11.2.4. RE Os pacientes são identificados, na admissão e durante toda a permanência no hospital, utilizando, no mínimo, dois identificadores padronizados?

Premissa: O protocolo de identificação do paciente deve ser implementado em todos os ambientes de prestação de cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos ou diagnósticos. Na admissão ao serviço (internação, hospital dia, atendimento de emergência ou ambulatório), todos os pacientes devem receber uma pulseira de identificação, contendo, pelo menos, dois identificadores, conforme procedimentos definidos pelo hospital em consonância com o protocolo de identificação do paciente do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Essa identificação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

Os identificadores a serem adotados pela instituição podem ser:

- a) nome completo do paciente;
- b) nome completo da mãe do paciente;
- c) data de nascimento do paciente.

Conforme Protocolo de Identificação do Paciente (MS/Anvisa/Fiocruz), nos casos em que a identidade do paciente não estiver disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça (RDC Anvisa nº 63/2011; RDC Anvisa nº 36/2013)

Fonte de informações e evidências: Protocolo de identificação do paciente. Visitas em área de admissão/recepção e áreas assistenciais. Entrevista com profissionais e pacientes.

11.2.5. O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados que orientem o atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes?

Premissa: O hospital deve possuir protocolos e procedimentos que atendam às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas. Nesse sentido, devem ser realizadas capacitações periódicas dos profissionais que atuarão conforme os protocolos e procedimentos publicados.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais. Registros em prontuário de pacientes. Notificações de incidentes com múltiplas vítimas. Registros de acompanhamento de indicadores de capacitação dos profissionais. Certificados, assentamentos funcionais e listas de presença que comprovem a capacitação.

11.2.6. O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados que orientem as ações a serem adotadas nos casos de atendimento às vítimas de violência?

Premissa: O hospital deve implementar protocolos e procedimentos que orientem as ações a serem adotadas nos casos de atendimento às vítimas de violência, nela compreendendo violência física, psicológica, sexual e de autoextermínio (suicídio). É importante considerar as faixas etárias na elaboração dos protocolos e procedimentos (criança, adolescente, adulto e idoso), uma vez que os fluxos podem mudar de acordo com a idade da vítima.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários de pacientes. Notificações de violência. Entrevista com os profissionais.

11.3. Admissão Ambulatorial

11.3.1. RE O hospital utiliza processo de triagem de risco de queda para os pacientes ambulatoriais?

Premissa: Conforme Protocolo de Prevenção de Quedas, a “avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição” (MS, ANVISA e FIOCRUZ, 2013). As recomendações do referido protocolo aplicam-se a todos os pacientes que recebem cuidados no hospital, incluindo pacientes ambulatoriais. Na admissão, deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda (MS, ANVISA e FIOCRUZ, 2013).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Instrumento de avaliação. Sinalização de risco.

11.4. Admissão Hospitalar

11.4.1. RE O hospital realiza avaliação de risco de queda para todos os pacientes internados durante a admissão?

Premissa: Conforme Protocolo de Prevenção de Quedas, a “avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição” (MS, ANVISA e FIOCRUZ, 2013). Na admissão, deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda (MS, ANVISA e FIOCRUZ, 2013).

Fonte de informações e evidências: Prontuários de pacientes. Protocolos e procedimentos. Instrumento de avaliação. Sinalização de risco.

11.4.2. Há protocolos e procedimentos implementados para admissão e transferência intra-hospitalar do paciente?

Premissa: No intuito de padronizar e homogeneizar a transição de cuidados entre as unidades do hospital, recomenda-se a institucionalização de protocolos e procedimentos. O hospital deve possuir protocolos e procedimentos que orientem a admissão e a transferência intra-hospitalar do paciente, segundo o perfil assistencial. É imperativo que se desenvolva ao menos um protocolo de internação que contemple a transição de cuidados do Setor da Emergência para as demais unidades. Recomenda-se a padronização e uso de protocolos na transição entre áreas, como: transição da UTI para enfermaria clínica e vice-versa; sala de recuperação cirúrgica para enfermaria cirúrgica, por exemplo (Manual NIR, p. 18).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevista com os profissionais.

11.4.3. RE O hospital utiliza processo de avaliação de risco de lesão por pressão na admissão para todos os pacientes internados?

Premissa: Segundo Protocolo de Prevenção de LPP, todo paciente deverá ser avaliado na admissão, incluindo avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas (MS, ANVISA e FIOCRUZ, 2013). Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele (mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional). Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade. A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos (MS, ANVISA e FIOCRUZ, 2013).

Fonte de informações e evidências: Prontuários de pacientes. Indicador.

11.4.4. RE Há conciliação medicamentosa nas primeiras 48h de admissão do paciente?

Premissa: Na admissão do paciente no hospital, “deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso desses medicamentos (conciliação medicamentosa). Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente” (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, p. 13). A conciliação medicamentosa é uma das atividades que o farmacêutico clínico deve realizar, mas também de responsabilidade compartilhada com os profissionais da equipe multidisciplinar, que devem estar cientes de suas atribuições conforme Plano de Gerenciamento e Uso de medicamentos da instituição. “O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico” (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos). O hospital deve estabelecer que a conciliação medicamentosa seja realizada até 48h após a admissão do paciente e deve seguir o disposto nas Diretrizes Ebserh para Farmácia Hospitalar (p. 58 e 59).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas com profissionais e pacientes. Registros em prontuário.

11.5. Admissão na Urgência e Emergência

11.5.1. RE O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados relacionados à classificação de risco?

Premissa: O hospital deve adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade (Art. 6º, inciso VII, Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015). A classificação de risco deve ser realizada em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às portas de entrada de urgência e emergência. Entrevista com os profissionais que realizam a classificação de risco. Registros em prontuários de pacientes.

11.5.2. RE Os profissionais de saúde registram as ações assistenciais dos pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência?

Premissa: Conforme RDC Anvisa nº 63/2011, art. 24, a “responsabilidade pelo registro em prontuário cabe aos profissionais de saúde que prestam o atendimento”. Assim, os profissionais de saúde devem registrar as ações assistenciais dispensadas aos pacientes atendidos na unidade de urgência e emergência com objetivo de possibilitar uma comunicação segura entre as equipes de saúde. Esses registros também são importantes por possibilitarem inúmeras outras finalidades relacionadas ao ensino, à pesquisa, ao esclarecimento de processos éticos e judiciais, bem como para a avaliação da qualidade da assistência prestada, entre outros.

Fonte de informações e evidências: Prontuários dos pacientes.

12. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

12.1. Realização de Exames Laboratoriais

12.1.1. Os pacientes recebem orientações referentes aos exames laboratoriais que serão realizados, incluindo esclarecimentos sobre as condições necessárias ou limitantes para realização dos exames?

Premissa: Os profissionais de saúde devem fornecer orientações aos pacientes ou responsáveis, incluindo o esclarecimento ao paciente sobre as condições de realização dos exames laboratoriais, preparo, uso de medicamentos, coleta de amostras, observações quanto aos protocolos de segurança do paciente, entre outros. As orientações devem ser realizadas na forma de instruções escritas e verbais, em linguagem acessível. Todas as orientações repassadas também devem ser registradas no prontuário do paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros de orientações dos exames laboratoriais entregues ao paciente ou responsável. Entrevistas.

12.1.2. RE Os profissionais de saúde conferem os dois identificadores do paciente antes de coletarem material para exames laboratoriais?

Premissa: Conforme Protocolo de Identificação do Paciente, a confirmação da identificação do paciente, deve ser realizada antes de qualquer cuidado, incluindo a coleta de material para exame. Os profissionais responsáveis pela coleta devem perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir os dois identificadores da pulseira do paciente com os identificadores dos pedidos de exame antes de coletarem as amostras e checar as etiquetas dos frascos onde serão armazenados os materiais, assim como em qualquer outro cuidado prestado.

Fonte de informações e evidências: Visita aos ambientes de coleta de exames laboratoriais. Entrevista com o paciente e profissionais.

12.1.3. O hospital possui protocolos e procedimentos implementados para coletar, identificar, manusear, transportar, conservar e descartar amostras com segurança?

Premissa: O laboratório deve contar com sistema de coleta, identificação da amostra e acompanhamento de todas as fases do processo até a emissão do laudo e descarte da amostra. Devem dispor de meios que permitam a rastreabilidade da hora do recebimento e/ou coleta da amostra. A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente. Deve ser identificado o nome do funcionário que efetuou a coleta ou que recebeu a amostra de forma a garantir a rastreabilidade e dispor de instruções escritas que orientem o recebimento, coleta e identificação de amostra. Possuir instruções escritas para o transporte da amostra de paciente, estabelecendo prazo, condições de temperatura e padrão técnico para garantir a sua integridade e estabilidade.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista aos profissionais. Visita.

12.1.4. O laboratório define o grau de pureza da água reagente utilizada em suas análises, a forma de obtenção e o controle da qualidade?

Premissa: O laboratório clínico deve definir o grau de pureza da água reagente utilizada nas suas análises, a forma de obtenção, o controle da qualidade.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Relatório de controle da água. Contrato formal de prestação de serviços.

12.1.5. O laboratório avalia os sistemas analíticos por meio de controle interno e externo de qualidade?

Premissa: O laboratório deve monitorar a fase analítica por meio de controle interno e externo da qualidade. Conforme RDC Anvisa nº 302/2005, o controle interno da qualidade envolve procedimentos conduzidos em associação com o exame de amostras de pacientes para avaliar se o sistema analítico está operando dentro dos limites de tolerância pré-definidos. Já o controle externo da qualidade refere-se à atividade de avaliação do desempenho de sistemas analíticos por meio de ensaios de proficiência, análise de padrões certificados e comparações interlaboratoriais.

Fonte de informações e evidências: Relatório de controle de qualidade. Registros. Protocolos e procedimentos. Contrato de prestação de serviço de teste de proficiência. Certificado de proficiência.

12.1.6. Há protocolos e procedimentos implementados para emissão de laudos de exames laboratoriais?

Premissa: O laboratório clínico deve disponibilizar nos locais de realização de testes laboratoriais remotos procedimentos documentados orientando com relação às suas fases pré-analítica, analítica e pós-analítica, incluindo a sistemática de revisão de resultados e liberação de laudos por profissional habilitado. As cópias dos laudos de análise bem como dados brutos devem ser arquivados pelo prazo cinco anos, facilmente recuperáveis e de forma a garantir a sua rastreabilidade. Caso haja necessidade de retificação em qualquer dado constante do laudo já emitido, deve ser realizado em um novo laudo, de forma que fique clara a retificação realizada.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas.

12.1.7. Há padronização do registro dos exames laboratoriais realizados nas áreas hospitalar e ambulatorial e da guarda dos laudos conforme normativas vigentes?

Premissa: O registro das solicitações e execução de exames deve ser padronizada no hospital. A guarda das cópias dos laudos de análise deve ser organizada e segura permitindo a rastreabilidade.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Consulta à amostra de prontuários de pacientes. Entrevistas.

12.1.8. Os resultados de exames laboratoriais são disponibilizados em tempo hábil de acordo com as diretrizes do hospital?

Premissa: O tempo de realização até o resultado do exame varia de acordo com a complexidade do exame que foi solicitado, seja devido à metodologia aplicada ou mesmo em função da logística do próprio laboratório. O hospital deve definir, junto aos laboratórios próprio e terceirizados, mecanismos que possibilitem a agilização da liberação dos resultados em situações de urgência para os analitos cujos resultados demandem tomada imediata de decisão (RDC Anvisa nº 302/2005).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuário. Registros de comunicação interna. Relatório dos indicadores monitorados.

12.1.9. O hospital dispõe de mecanismos que agilizem a cadeia logística de solicitação e disponibilização de resultado de exames microbiológicos para a tomada de decisão pelas equipes assistenciais e de controle de infecção?

Premissa: As lideranças do hospital deverão garantir que a cadeia logística dos exames microbiológicos seja estabelecida de forma ágil e prática desde a solicitação até a disponibilização dos resultados com acesso fácil para os atores envolvidos no processo.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Software para divulgação de resultados de exames microbiológicos. Indicadores. Relatórios.

12.1.10. O hospital estabelece resultados críticos e implementa processo para informá-los para a equipe assistencial?

Premissa: O hospital deve estabelecer resultados críticos que ameacem a vida do paciente ou possam demandar ações clínicas emergenciais ou de urgência, assim como um sistema documentado para a comunicação desses resultados. Estes registros devem incluir: a) resultado potencialmente crítico; b) data e horário; c) responsável pela comunicação; d) pessoa notificada; ou e) impossibilidade de comunicação e motivo.

Fonte de informações e evidências: Relação de valores críticos de exames. Protocolos e procedimentos. Registros no prontuário do paciente.

12.1.11. O laboratório possui protocolos e procedimentos de biossegurança atualizados e documentados?

Premissa: Segundo a RDC Anvisa nº 302/2005, o laboratório clínico e o posto de coleta laboratorial devem manter atualizados e disponibilizar, a todos os funcionários, instruções escritas de biossegurança, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- a) normas e condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;
- b) instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);
- c) procedimentos em caso de acidentes;

d) manuseio e transporte de material e amostra biológica.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

12.2. Realização de Exames de Imagem

12.2.1. Os pacientes recebem orientações referentes aos exames de diagnósticos por imagem que serão submetidos, incluindo esclarecimentos sobre as condições necessárias ou limitantes para realização dos exames?

Premissa: Os profissionais de saúde devem fornecer orientações aos pacientes ou responsáveis, incluindo o esclarecimento ao paciente sobre as condições de realização dos exames de imagem, preparo, administração de medicamentos, aquisição de imagens, observações quanto aos protocolos de segurança do paciente, entre outros. As orientações devem ser realizadas na forma de instruções escritas e verbais, em linguagem acessível. Todas as orientações repassadas também devem ser registradas no prontuário do paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros de orientações dos exames de imagem entregues ao paciente ou responsável. Entrevistas. Termo de livre consentimento.

12.2.2. RE Os profissionais de saúde conferem os dois identificadores do paciente antes de submetê-lo a exames de diagnósticos por imagem?

Premissa: Conforme Protocolo de Identificação do Paciente, a confirmação da identificação do paciente, deve ser realizada antes de qualquer cuidado, incluindo a realização de exames. Os profissionais responsáveis devem perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir os dois identificadores da pulseira do paciente com o pedido de exame de imagem, antes de iniciar o procedimento, de administrar medicamentos e de realizarem procedimentos invasivos, assim como em qualquer outro cuidado prestado.

Fonte de informações e evidências: Visita aos ambientes de realização de exames de imagem. Entrevista com o paciente e profissionais.

12.2.3. Há protocolos e procedimentos implementados para emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem?

Premissa: Os serviços de diagnóstico por imagem devem estabelecer protocolos e procedimentos de emissão de resultados, total ou parcial, em emergência, com base em diretrizes e evidências científicas.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas.

12.2.4. Há padronização do registro dos exames de imagem realizados nas áreas hospitalar e ambulatorial e da guarda dos laudos conforme normativas vigentes?

Premissa: O serviço de diagnóstico por imagem deve implementar protocolos e procedimentos operacionais, assim como, arquivar toda documentação, garantindo a sua rastreabilidade.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Consulta à amostra de prontuários. Entrevistas.

12.2.5. Os serviços de diagnóstico por imagem disponibilizam os resultados em tempo hábil de acordo com as diretrizes do hospital?

Premissa: O tempo de realização até o resultado do exame deve ser pactuado com as lideranças e documentado em protocolos e procedimentos, varia de acordo com a complexidade do exame que foi solicitado, seja devido à metodologia aplicada ou mesmo em função da logística do próprio setor.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuário. Registros de comunicação interna. Relatório dos indicadores monitorados.

12.2.6. O hospital estabelece e implementa processo para informar os achados críticos de exames de diagnósticos por imagem para equipe assistencial?

Premissa: Os achados críticos de exames que ameacem a vida do paciente ou possam demandar ações clínicas emergenciais ou urgentes devem ser comunicados tão logo sejam constatados. Deve-se estabelecer um sistema documentado para a comunicação de resultados potencialmente críticos. Estes registros devem incluir: a) resultado potencialmente crítico; b) data e horário; c) responsável pela comunicação; d) pessoa notificada ou impossibilidade de comunicação e motivo.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros no prontuário do paciente.

12.2.7. Os exames de diagnóstico por imagem são disponibilizados às demandas de urgência e emergência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana?

Premissa: Os exames de diagnóstico por imagem devem ser disponibilizados às demandas de urgência e emergência durante 24 horas por dia, todos os dias da semana.

Fonte de informações e evidências: Escalas de trabalho. Entrevistas com profissionais.

12.2.8. O serviço de diagnóstico por imagem possui Programa de Proteção Radiológica (PPR)?

Premissa: Serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista devem implementar Programa de Proteção Radiológica, quando o serviço utilizar radiações ionizantes para fins diagnósticos ou intervencionistas (RDC nº 611/2022).

Fonte de informações e evidências: PPR.

12.2.9. O serviço de medicina nuclear possui plano de proteção radiológica implementado?

Premissa: O hospital deve estabelecer e submeter à CNEN, em conformidade com suas resoluções, um plano de proteção radiológica. Previamente à introdução de quaisquer modificações em projetos ou procedimentos que possam alterar as condições de proteção radiológica, deve-se enviar um novo plano ou uma complementação ao plano anterior.

Fonte de informações e evidências: Plano de proteção radiológica. Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Entrevistas.

12.2.10. RE O serviço de diagnóstico por imagem dispõe de condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança e proteção radiológicas para os trabalhadores, conforme normas e regulamentos do serviço?

Premissa: Todo indivíduo ocupacionalmente exposto deve usar dosímetro individual durante sua jornada de trabalho e enquanto permanecer em área controlada (Art. 65 da RDC Anvisa nº

611/2022). Conforme NR 15, nas atividades em que “trabalhadores possam ser expostos a radiações ionizantes, os limites de tolerância, os princípios, as obrigações e controles básicos para a proteção do homem e do seu meio ambiente contra possíveis efeitos indevidos causados pela radiação ionizante, são os constantes da Norma CNEN-NN-3.01: ‘Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica’”.

Fonte de informações e evidências: Visita à unidade. Entrevista. Contrato com empresa prestadora do serviço de dosimetria. Relatórios de dose.

12.2.11. O serviço de diagnóstico por imagem possui mecanismos para avaliar a radiação ambiental, seja por meio de monitoração de área ou de levantamento radiométrico?

Premissa: Um programa de monitoração de área deve ser implantado para comprovar os níveis mínimos de radiação, incluindo verificação de blindagem e dos dispositivos de segurança.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de levantamento radiométrico.

12.2.12. Há protocolos e procedimentos que descrevam a otimização da dose empregada, sempre que possível, nos exames de diagnóstico por imagem?

Premissa: Conforme RDC Anvisa nº 611/2022, "todos os procedimentos realizados em serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista devem observar os princípios da justificação, da otimização, da limitação da dose e da prevenção de acidentes, de modo a garantir que a exposição do paciente aos riscos inerentes de cada tecnologia seja a mínima necessária para garantir a segurança do paciente e a qualidade esperada das imagens e procedimentos”.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

12.2.13. Os serviços de diagnóstico por imagem possuem Programa de Garantia da Qualidade?

Premissa: Os serviços de diagnóstica por imagem devem implementar Programa de Garantia da Qualidade conforme item I do artigo 5º da RDC nº 611/2022. Este deve ser mantido atualizado e ser disponibilizado a todos os colaboradores envolvidos.

Fonte de informações e evidências: Programa de garantia da qualidade.

12.2.14. O serviço de medicina nuclear emite relatório de avaliação periódica da CNEN?

Premissa: O serviço de medicina nuclear deve assegurar o registro atualizado, em formato de relatório, fazendo o uso de tabelas ou planilhas, das informações abaixo relacionadas:

- a) Número de exames realizados anualmente, discriminados mensalmente por tipo de exame;
- b) Taxa mensal de repetição de exames discriminada por tipo de exames;
- c) Carga de trabalho anual em termos de número de pacientes injetados;
- d) Atividade total recebida pelo serviço de medicina nuclear, além da administrada aos pacientes injetados discriminada mensalmente por tipo de radionuclídeo;
- e) Dose efetiva acumulada anual e nos últimos cinco anos, por indivíduo ocupacionalmente exposto;
- f) Dose equivalente anual, por indivíduo ocupacionalmente exposto, quando aplicável.

Fonte de informações e evidências: Relatório de avaliação periódica atual. Indicadores. Plano de melhoria da qualidade para melhoria de resultados.

12.2.15. O serviço de medicina nuclear registra os procedimentos com radioisótopos?

Premissa: O serviço de medicina nuclear deve registrar os procedimentos com radioisótopos, de forma a ter documentado todo o processo envolvido com esse tipo de produto no hospital.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros administrativos. Indicadores.

12.2.16. Os radiofármacos são acondicionados em local específico em conformidade com as normas vigentes?

Premissa: O acondicionamento, manipulação e administração dos radiofármacos devem ocorrer nos locais apropriados para a atividade, estar em conformidade com a legislação vigente e com os procedimentos descritos no plano de proteção radiológica. Os radiofármacos devem ser armazenados separadamente, em local exclusivo, preservando a integridade, identidade, segurança, qualidade e os requisitos de radioproteção. Quando líquido, deve ser armazenado em recipiente descartável e blindado.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Entrevistas. Plano de proteção radiológica.

12.2.17. O serviço gerencia os incidentes relacionados às complicações referentes à medicina nuclear?

Premissa: Deve ser estabelecido um conjunto de barreiras com intuito de mitigar eventos que levem às situações de risco, adotando medidas corretivas para prevenção de possíveis eventos ou complicações. Conforme requisitos de segurança e proteção radiológica para serviços de medicina nuclear, o titular, o responsável técnico pelo serviço e o supervisor de proteção radiológica, na ocorrência de incidente ou acidente envolvendo procedimento médico ou na eventualidade que resulte em exposição médica diferente da pretendida, devem: I - investigar imediatamente o ocorrido; II - calcular ou estimar a dose recebida e sua distribuição no paciente injetado; III - indicar as ações para prevenir sua reincidência; IV - aplicar todas as medidas corretivas sob sua responsabilidade; V - registrar o incidente e o resultado da investigação sob a forma de relatório; e VI - informar ao paciente injetado e ao seu médico sobre o incidente. Caso solicitado pela CNEN, o titular deve submeter relatório por escrito com detalhes sobre o incidente ou acidente, abrangendo todas as ações tomadas, bem como quaisquer outras informações que se julguem necessárias pela CNEN.

Fonte de informações e evidências: Indicadores. Relatório de incidentes. Evidência das providências tomadas frente a incidentes/acidentes. Evidência de envio de informação escrita ao médico solicitante e ao paciente.

12.3. Realização de Exames de Métodos Gráficos

12.3.1. Os pacientes recebem orientações referentes aos exames de métodos gráficos que são submetidos na área, incluindo esclarecimentos sobre as condições necessárias ou limitantes para realização dos exames?

Premissa: Os profissionais que atuam em unidades que realizam exames de métodos gráficos devem prover ao paciente ou responsável orientações e esclarecimentos quanto a indicação, limitações e preparo necessário para realização de exames, bem como possuir mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção ou para realização de exames que não existam no próprio local. As orientações devem ser realizadas na forma de instruções escritas e verbais, em linguagem acessível. Todas as orientações repassadas também devem ser registradas no prontuário do paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Registros de orientações dos exames entregues ao paciente ou responsável.

12.3.2. RE Os profissionais de saúde conferem os dois identificadores do paciente antes de submetê-lo a exames de métodos gráficos?

Premissa: Conforme Protocolo de Identificação do Paciente, a confirmação da identificação do paciente, deve ser realizada antes de qualquer cuidado, incluindo a realização de exames. Os profissionais responsáveis devem perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir os dois identificadores da pulseira do paciente com o pedido de exame de métodos gráficos, antes de iniciar o procedimento, assim como em qualquer outro cuidado prestado.

Fonte de informações e evidências: Visita aos ambientes de realização de exames de métodos gráficos. Entrevista com o paciente e profissionais.

12.3.3. Os resultados de exames de métodos gráficos são disponibilizados em tempo hábil de acordo com as diretrizes do hospital?

Premissa: O tempo de realização até o resultado do exame deve ser pactuado com as lideranças e documentado em protocolos e procedimentos, varia de acordo com a complexidade do exame que foi solicitado, seja devido à metodologia aplicada ou mesmo em função da logística do próprio setor.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuário. Registros de comunicação interna. Relatório dos indicadores monitorados.

12.3.4. Há padronização do registro dos exames de métodos gráficos realizados nas áreas hospitalar e ambulatorial e da guarda dos laudos?

Premissa: As unidades que realizam diagnóstico por métodos gráficos devem possuir um sistema de guarda de documentação, registros e procedimentos de forma organizada e segura.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Consulta à amostra de prontuários de pacientes. Entrevistas.

13. TRATAMENTO DE PACIENTES

13.1. Tratamento

13.1.1. O hospital implementa ações para reduzir barreiras físicas, de idioma, culturais e outras para o acesso e à prestação de cuidados?

Premissa: O hospital deve implantar ações que reduzam os diversos tipos de barreiras da comunicação e do cuidado.

Fonte de informações e evidências: Projeto de comunicação visual implantado de acordo com o Manual de Sinalização da Rede Ebserh. Lista de Profissionais que falam línguas estrangeiras e de sinais.

13.1.2. Os pacientes recebem orientações referentes aos procedimentos terapêuticos que são submetidos?

Premissa: Os profissionais de saúde devem fornecer orientações aos pacientes ou responsáveis, na forma de instruções escritas e verbais, em linguagem acessível, sobre os procedimentos terapêuticos que serão submetidos, incluindo informações sobre o preparo, pré-administração, cuidados durante a administração (ex.: radioproteção), resultado esperado e seguimento pós-tratamento. Todas as orientações repassadas também devem ser registradas no prontuário do paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Registros de ouvidoria. Material instrucional. Visita. Entrevista.

13.1.3. RE Os profissionais de saúde conferem os dois identificadores do paciente antes de submetê-lo a procedimentos terapêuticos?

Premissa: Conforme Protocolo de Identificação do Paciente, a confirmação da identificação do paciente, deve ser realizada antes de qualquer cuidado, incluindo procedimentos terapêuticos. Os profissionais responsáveis devem perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir os dois identificadores da pulseira dos pacientes com os identificadores dos rótulos, antes de administrarem medicamentos, de entregarem dietas, de instalarem sangue e hemocomponentes, e de realizarem procedimentos invasivos, assim como em qualquer outro cuidado prestado. (Anvisa, Protocolo de identificação de pacientes).

Fonte de informações e evidências: Visita aos ambientes de prestação do cuidado. Entrevista com o paciente e profissionais.

13.1.4. RE Os profissionais têm conhecimento dos direitos dos pacientes e podem explicar suas responsabilidades na proteção desses direitos?

Premissa: O hospital e seus profissionais deverão divulgar os direitos dos usuários e assegurar que eles sejam cumpridos em todas suas fases orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral (Ministério da Saúde, Cartilhas da Política Nacional de Humanização).

Fonte de informações e evidências: Entrevista com os profissionais. Comprovações de capacitações.

13.1.5. O hospital informa ao paciente e seus familiares sobre o processo de doação e obtenção de órgãos e outros tecidos?

Premissa: O hospital deverá orientar familiares sobre o processo de doação e obtenção de órgãos ou tecido e só poderá agir com prévia autorização.

Fonte de informações e evidências: Termo de Doação de Órgãos e Tecidos. Entrevistas. Cartilhas.

13.1.6. RE Os pacientes e familiares são informados, até o ponto que desejarem (considerando-se o direito do paciente à informação e ao sigilo), sobre a condição clínica, os tratamentos propostos,

o nome do profissional que presta o tratamento, os benefícios e os riscos em potencial, além das possíveis alternativas de tratamento?

Premissa: É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado as informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. TCLE assinado em prontuários de pacientes. Entrevista com pacientes, familiares e responsáveis.

13.1.7. RE O hospital considera o direito dos pacientes à privacidade e ao sigilo dos cuidados?

Premissa: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte:

Devem ser elaborados e implementados protocolos e procedimentos relacionados à privacidade e sigilo dos cuidados ao paciente.

Fonte de informações e evidências: Entrevista. Visita diagnóstica. Protocolos e procedimentos.

13.1.8. RE O hospital adota medidas que zelam pelo direito à privacidade física de seus pacientes?

Premissa: O hospital deve implementar protocolos e procedimentos que tratem do direito à privacidade física de seus pacientes em todos os ambientes institucionais (Portaria de Consolidação nº 1/2017, art. 5º).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Lista de capacitação dos profissionais. Visita aos ambientes de prestação do cuidado. Entrevista com os profissionais, pacientes e familiares/cuidadores.

13.1.9. O hospital dispõe de atendimento de serviço social de modo a respeitar as necessidades individuais dos pacientes?

Premissa: O hospital deve ser entendido como uma das instituições que compõem a rede de serviços e equipamentos sociais de cada localidade e região, de modo a otimizar não apenas os recursos da Ebserh como os recursos públicos em seu amplo aspecto. O serviço social deve contar com sistemática de atendimento, de modo a desenvolver suas atividades, respeitando a necessidade individual de cada paciente, registrando e documentando em prontuário o atendimento e os procedimentos prestados, de forma legível, com assinatura e carimbo, conforme a identificação profissional.

Fonte de informações e evidências: Registro em prontuário. Entrevistas.

13.1.10. Há abordagem integral do câncer no hospital com envolvimento dos profissionais dos serviços de terapia antineoplásica, radioterapia e medicina nuclear e intercâmbio com outros serviços?

Premissa: Os colaboradores dos serviços de terapia antineoplásica, radioterapia e medicina nuclear devem realizar abordagem integral do câncer e intercâmbio com outros serviços.

Fonte de informações e evidências: Prontuário do paciente. PTS. Registros de encontros. Lista de presença.

13.1.11. Existem protocolos e procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento dos casos atendidos, visando à melhoria da técnica e acompanhamento do tratamento?

Premissa: O hospital deve prover mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial com intuito de promover a adequada transição do cuidado, registro de procedimentos nos prontuários, checagem de prescrições, passagem de plantão.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Instrumento de passagem de plantão. Modelos de evolução. Entrevista com profissionais.

13.1.12. RE O hospital dispõe de protocolos e procedimentos atualizados, implementados e de fácil acesso, que instruem os profissionais para a prescrição segura de medicamentos?

Premissa: Devem ser elaborados protocolos e procedimentos sobre a prescrição segura de medicamentos que definam a estrutura da prescrição, o sistema a ser utilizado para prescrição (e os casos em que poderá ser adotada a prescrição manual, quando aplicável), localização de acesso à lista de medicamentos padronizados, normas quanto ao uso de abreviaturas e de expressão vagas, padronização quanto à apresentação de posologia, diluição, velocidade de infusão e via de administração, indicação de alergias do paciente (Anvisa, Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Entrevista.

13.1.13. RE Há campanhas periódicas sobre prescrição segura junto aos prescritores docentes, profissionais, residentes e estudantes?

Premissa: Com a prerrogativa de promover a prescrição segura, deverão ser realizadas campanhas educativas periódicas pelo setor de farmácia envolvendo todos os prescritores docentes, profissionais, residentes e estudantes. Tais campanhas devem ser realizadas no mínimo semestralmente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Relatórios de campanhas. Projeto e programa das campanhas.

13.1.14. RE Os medicamentos sujeitos a controle especial são dispensados e controlados de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O controle de medicamentos sobre controle especial deve seguir legislação específica (Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, p. 24). "O controle deverá ser realizado, preferencialmente, com o uso de sistema de informação, e seu consumo registrado por paciente, de modo a gerar todos os relatórios de consumo compatíveis com a prestação de contas da movimentação desses medicamentos junto aos órgãos de fiscalização sanitária. O inventário desses medicamentos deverá ser periódico e as não conformidades investigadas detalhadamente, pelo farmacêutico" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar). A Portaria nº 344/1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, deve ser seguida pelo hospital.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros administrativos. Inventário de estoque. Sistema de controle de estoque (Ex.: AGHU).

13.1.15. RE O hospital dispõe de protocolos e procedimentos que instruem as profissionais sobre a dispensação de medicamentos conforme normativas vigentes?

Premissa: Conforme Diretrizes para Farmácia Hospitalar, cabe à filial elaborar, manter atualizado e disponível (impresso e no site da instituição) o manual de procedimentos da Farmácia. Nesse sentido, devem ser elaborados e instituídos protocolos e procedimentos relacionados ao processo de dispensação de medicamentos, incluindo, mas não se limitando a estes: análise de prescrição antes da separação, separação de medicamentos, conferência de medicamentos separados, identificação de medicamentos potencialmente perigosos. (Anvisa, Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Visita à farmácia hospitalar e ambulatorial.

13.1.16. RE O hospital possui protocolos e procedimentos padronizados para tratamento de lesões cutâneas?

Premissa: Faz-se necessária a inclusão de protocolos e procedimentos baseados em evidências e sistemas de documentação padronizados, em nível organizacional, como parte de um plano de melhoria da qualidade para reduzir a prevalência de lesões de pele. (Anvisa, Protocolo para prevenção de úlcera por pressão).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevistas.

13.1.17. RE O hospital possui protocolos e procedimentos implementados relacionados à comunicação de notícias difíceis?

Premissa: O hospital deve constituir protocolos e procedimentos como ferramentas aos profissionais, além de promover capacitação, para abordagem de assuntos delicados, de forma segura e humanizada. Todos os profissionais devem ser capacitados segundo esses documentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Lista de presença ou relatórios de capacitação ou outras evidências de capacitação (certificados).

13.1.18. Existem protocolos e procedimentos implementados para o atendimento de usuários internos e externos em situações de emergência?

Premissa: O hospital deve implementar protocolos e procedimentos que estabeleçam o atendimento a usuários internos e externos em emergência.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes que necessitaram de atendimento de emergência. Entrevista com profissionais.

13.2. Tratamento Ambulatorial

13.2.1. São ofertados serviços de atenção farmacêutica ambulatorial?

Premissa: Na atenção farmacêutica ambulatorial, estão incluídas as atividades de orientação e seguimento farmacoterapêutico dos pacientes ambulatoriais, devendo haver critérios definidos para o seguimento dos pacientes. Nas farmácias ambulatoriais, deve-se realizar orientação e aconselhamento do paciente previamente à dispensação dos medicamentos (Programa Nacional de Segurança do Paciente, p. 27). A dispensação ambulatorial deverá ser realizada sobre a responsabilidade do farmacêutico, devendo ser acompanhada de orientação ao paciente ou o responsável ou cuidador sobre o medicamento dispensado, esclarecendo dúvidas e fornecendo orientações sobre a farmacoterapia e os cuidados em saúde complementares (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar, p. 60).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita. Entrevista. Material de divulgação ao paciente disponível e atualizado.

13.2.2. O hospital disponibiliza programas de acompanhamento multiprofissional a pacientes acometidos por doenças crônicas?

Premissa: O hospital deve disponibilizar programas de acompanhamento multiprofissional, que garantam o cuidado integral aos pacientes acometidos por doenças crônicas. Os pacientes e seus familiares, responsáveis ou cuidadores devem ser envolvidos nas discussões da equipe multiprofissional.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários de pacientes. Entrevista com pacientes que participam dos programas.

13.2.3. O hospital disponibiliza ações de educação em saúde para os pacientes e a comunidade?

Premissa: O hospital deve disponibilizar ações de educação em saúde para os pacientes e para a comunidade, considerando as interfaces existentes em seu contexto: instituição de ensino (docentes e estudantes), serviços de saúde (gestores, profissionais e trabalhadores) e comunidade (usuários e cidadãos).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros de educação em saúde. Entrevista com pacientes. Programação, listas de presença e relatórios de eventos de educação em saúde.

13.2.4. A área de cirurgia ambulatorial possui circulação restrita de pessoas com as devidas sinalizações?

Premissa: A área de cirurgia ambulatorial deve possuir circulação restrita de pessoas com as devidas sinalizações quanto à restrição de acesso a profissionais e pacientes em procedimentos no local. Devem ser elaborados e implementados protocolos e procedimentos que descrevam a restrição de circulação de pessoas na área.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita à área. Entrevista com os profissionais.

13.3. Tratamento Ambulatorial Especializado: Radioterapia

13.3.1. A radioterapia possui plano de proteção radiológica implementado?

Premissa: O hospital deve estabelecer e submeter à CNEN, em conformidade com suas resoluções, um plano de proteção radiológica. Previamente à introdução de quaisquer modificações em projetos ou procedimentos que possam alterar as condições de proteção radiológica, deve-se enviar um novo plano ou uma complementação ao plano anterior.

Fonte de informações e evidências: Plano de proteção radiológica. Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Entrevistas.

13.3.2. RE Os profissionais utilizam dosímetros pessoais conforme programa de monitoramento individual da dose ocupacional?

Premissa: “Todo indivíduo ocupacionalmente exposto deve usar dosímetro individual durante sua jornada de trabalho e enquanto permanecer em área controlada.

I - O dosímetro deve ser utilizado estritamente como estabelecido nas instruções de uso do fabricante e no Programa de Proteção Radiológica;

II - O dosímetro deve ser trocado mensalmente;

III - Cada dosímetro será utilizado por um único usuário, exclusivamente no serviço de saúde ou setor para o qual foi adquirido; e

IV - Quando não estiver em uso, o dosímetro individual deve ser mantido junto ao dosímetro padrão em local seguro da área livre, em conformidade com as instruções de uso do fabricante, sobre a responsabilidade do responsável legal, ou do profissional formalmente designado por ele.” (Resolução nº 38, de 4 de junho de 2008).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Relatórios. Indicadores. Visita à unidade. Entrevistas.

13.3.3. O hospital gerencia os incidentes relacionados às complicações referentes à radioterapia?

Premissa: Deve ser estabelecido um conjunto de barreiras com intuito de mitigar eventos que levem às situações de risco, adotando medidas corretivas para prevenção de possíveis eventos ou complicações. Sistema de notificação implementado. O titular, o responsável técnico e o especialista em física médica de radioterapia devem investigar imediatamente qualquer incidente ou acidente ocorrido no tratamento ou fração de tratamento terapêutico administrado a um paciente. Na ocorrência de algum incidente ou acidente no tratamento diferente do planejado, o responsável técnico e o especialista em física médica de radioterapia devem:

Submeter à CNEN, no prazo de 30 dias após a identificação do incidente ou acidente, um relatório que esclareça as suas causas e consequências, bem como as providências tomadas para mitigar seus efeitos e a recorrência do evento.

Informar por escrito ao paciente e ao médico solicitante sobre o incidente ou acidente.

Fonte de informações e evidências: Indicadores. Relatório de incidentes. Evidência das providências tomadas frente a incidentes/acidentes. Evidência de envio de informação escrita ao médico solicitante e ao paciente.

13.4. Tratamento Ambulatorial Especializado: Terapia Antineoplásica

13.4.1. A prescrição médica de terapia antineoplásica é avaliada pelo farmacêutico quanto aos aspectos legais e técnicos de modo a promover o uso adequado de medicamentos, antes do preparo?

Premissa: O farmacêutico deve avaliar a prescrição médica, quanto à verificação do disposto nos protocolos clínicos, observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente (PRC GM/MS nº 2/2017), indicação, doses, frequência, horários, vias de administração, formas farmacêuticas, reconstituição, diluição, tempo e velocidade de infusão e duração do tratamento. O responsável pelo processo de preparação deve avaliar a prescrição médica conforme adequação desta aos protocolos estabelecidos, legibilidade e registro no CRM, viabilidade, estabilidade e compatibilidade físico-química dos componentes entre si antes da sua manipulação (Item 5.2, RDC Anvisa nº 220/2004). No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanar todas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções (PRC GM/MS nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário de intervenções realizadas. Entrevista.

13.4.2. A prescrição médica de terapia antineoplásica é avaliada pelo enfermeiro quanto à viabilidade, interações medicamentosas, medicamentos adjuvantes e de suporte, antes da administração?

Premissa: A prescrição médica deve ser avaliada pelo enfermeiro quanto à viabilidade, interações medicamentosas, medicamentos adjuvantes e de suporte, antes da sua administração (item 3.4, RDC Anvisa nº 220/2004).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Notificações de incidentes. Entrevista.

13.4.3. Há protocolos e procedimentos relacionados à administração segura da terapia antineoplásica?

Premissa: Na etapa de administração da terapia antineoplásica, deverá ser realizada inspeção visual das amostras, para assegurar a integridade física da embalagem, ausência de partículas, precipitações e separação de fases. Deve haver protocolos e procedimentos implementados que padronizem essa atividade, bem como outras que assegurem a administração segura da terapia antineoplásica.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista a profissionais e pacientes.

13.4.4. Há atendimento de emergência para os pacientes da oncologia para atendimento de intercorrências do tratamento?

Premissa: O hospital deve contar com atendimento de emergência para atender intercorrências relacionadas à terapia antineoplásica, localizado no próprio local ou em área contígua, com boa acessibilidade e condições de funcionamento, devendo conter, minimamente:

a) eletrocardiógrafo;

- b) carrinho de emergência com monitor cardíaco e desfibrilador;
- c) AMBU com reservatório;
- d) medicamentos de emergência;
- e) ponto de oxigênio;
- f) aspirador portátil; e
- g) material de intubação.

Fonte de informações e evidências: Escala de profissionais. Registro em prontuário. Registros de ouvidoria.

13.4.5. RE Há notificações sistemáticas de incidentes relacionadas ao processo de terapia antineoplásica?

Premissa: Notificações relacionadas a desvio de qualidade ou aos processos que envolvem as terapias antineoplásicas devem ser realizadas por escrito e analisadas pela equipe multidisciplinar de terapia antineoplásica, a qual estabelecerá investigações sobre os incidentes, implementando medidas corretivas, realizando todo registro do processo e esclarecendo por escrito o notificador. (RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004).

Fonte de informações e evidências: Sistema de notificação implementado. Registros de ações pós-notificação. Indicadores.

13.4.6. Existem protocolos e procedimentos definidos e implementados para o atendimento de acidentes de punção, extravasamento de antineoplásicos e outros eventos adversos?

Premissa: Deverão ser elaborados e implementados protocolos e procedimentos para atendimento de incidentes de punção, extravasamento de antineoplásicos e outros eventos adversos, descrevendo todas as atividades necessárias para execução pelos profissionais para segurança do paciente e do trabalhador, bem como os materiais necessários, assim como realizados os registros desses incidentes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Notificações de incidentes. Entrevistas.

13.4.7. Há kit de derramamento disponível nas áreas de manipulação, armazenamento e administração de terapia antineoplásica, conforme normativas vigentes?

Premissa: Deve-se manter kits de derramamento devidamente identificados e disponíveis em todas as áreas onde são realizadas atividades de manipulação, armazenamento e administração de terapia antineoplásica, contendo, no mínimo, luvas de procedimentos, avental de baixa permeabilidade, compressas absorventes, proteção respiratória, proteção ocular, sabão, descrição do procedimento e o formulário para o registro do acidente, recipiente identificado para recolhimento dos resíduos conforme legislação.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita. Entrevista aos profissionais.

13.4.8. RE Há protocolos e procedimentos de biossegurança atualizados, implementados e disponíveis aos colaboradores relacionados à terapia antineoplásica?

Premissa: O setor de terapia antineoplásica deve elaborar protocolos e procedimentos que viabilizem mecanismos para desenvolvimento da biossegurança em todas as etapas da terapia antineoplásica conforme RDC Anvisa nº 220/2004.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Notificações de incidente. Visita. Entrevista.

13.5. Assistência Nefrológica

13.5.1. O hospital monitora a fila de espera para procedimentos de terapia dialítica?

Premissa: A organização e o funcionamento do cuidado à pessoa com doença renal crônica na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão a garantia do acesso por meio da regulação de todas as modalidades de tratamento dialítico. Cabe aos estabelecimentos de saúde que ofertem procedimentos de terapia dialítica monitorar a fila de espera para os procedimentos de terapia dialítica de sua instituição. Nos casos em que o serviço for ofertado por empresa terceirizada, o hospital deve certificar-se de que a execução dos serviços está sendo realizada conforme preconizado.

Fonte de informações e evidências: Sistema informatizado de controle, planilha eletrônica ou outro documento que apresente os indicadores de demanda por procedimentos de terapia dialítica.

13.5.2. RE Há notificações sistemáticas de incidentes relacionadas à terapia renal substitutiva?

Premissa: Notificar incidentes de segurança regularmente é uma prática para a promoção da cultura de segurança do paciente, identificação de riscos no sistema de saúde e aprendizagem para a redução de riscos.

Fonte de informações e evidências: Sistema de notificação implementado. Registros de ações pós-notificação. Indicadores.

13.5.3. RE O hospital dispõe de protocolos e procedimentos sobre prevenção de eventos adversos relacionados ao reuso dos dialisadores e linhas?

Premissa: “Sabe-se que a reutilização de dispositivo médico hospitalar oferece potencial risco ao paciente, se contaminado ou danificado. Assim, a instalação de medidas de prevenção e a sistematização dos processos de trabalho é o recurso fundamental para o aumento da qualidade desses serviços, buscando com isso reduzir ou anular a possibilidade da transmissão de infecções virais e bacterianas entre os pacientes em serviços de diálise.” (Orientações para o preenchimento da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de diálise, 2022).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

13.5.4. RE O hospital dispõe de protocolos e procedimentos de prevenção da transmissão de HIV, das hepatites B/C e de tratamento da hepatite C nos serviços de diálise?

Premissa: “Pacientes submetidos a tratamento dialítico compõem um grupo de risco para HIV e hepatite B e C, uma vez que, além do comprometimento da imunidade, são submetidos a frequentes transfusões de sangue e/ou hemoderivados, além de serem expostos aos riscos inerentes da assistência à saúde nos serviços de diálise, como por exemplo, o próprio procedimento hemodialítico, o uso da máquina de diálise por vários pacientes, entre outros. Esses riscos são potencializados por falhas nos processos de trabalho. Nesse sentido, é fundamental que medidas de prevenção específicas sejam definidas e implementadas nesses serviços.” (Orientações para o

preenchimento da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de diálise, 2022).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

13.5.5. RE O hospital dispõe de protocolos e procedimentos de prevenção de eventos adversos relacionados ao acesso vascular de pacientes em diálise?

Premissa: “Os incidentes associados ao acesso vascular para hemodiálise estão entre os mais prevalentes nos serviços de diálise, podendo levar a complicações graves e óbito. Esses eventos adversos podem ser evitados por meio de melhorias dos processos assistenciais, dessa forma a definição de protocolos e treinamento da equipe e monitoramento desses eventos são fundamentais para a segurança dos pacientes submetidos a hemodiálise.” (Orientações para o preenchimento da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de diálise, 2022).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

13.5.6. O hospital realiza o monitoramento dos parâmetros indicadores de efetividade da solução esterilizante, no mínimo, uma vez ao dia, antes do início das atividades?

Premissa: O hospital deve realizar o monitoramento dos parâmetros indicadores de efetividade da solução esterilizante, como concentração, pH ou outros, no mínimo, uma vez ao dia, antes do início das atividades.

Fonte de informações e evidências: Indicadores de efetividade monitorados, registrados diariamente.

13.5.7. RE Os dialisadores processados e o recipiente de acondicionamento possuem identificação legível (com os dois identificadores do paciente) ou outros mecanismos que impeçam a troca?

Premissa: O dialisador processado e o recipiente de acondicionamento deverão possuir identificação legível, nome completo do paciente ou outros mecanismos que impeçam a troca. O recipiente de acondicionamento deve possuir características que garantam a estabilidade da solução, ser individualizado, com tampa, limpo e desinfetado. Devem ser elaborados protocolos e procedimentos referentes à identificação de dialisador e recipiente.

Fonte de informações e evidências: Observações. Entrevistas. Protocolos e procedimentos.

13.6. Tratamento Hospitalar

13.6.1. RE O hospital reavalia diariamente o risco de queda de todos os pacientes internados?

Premissa: O hospital deverá empregar a avaliação do risco de queda no momento da admissão do paciente, reavaliando-o diariamente até a alta do paciente, com isso, aumentando a segurança do paciente e melhorando a qualidade da assistência.

Fonte de informações e evidências: Prontuários de pacientes.

13.6.2. RE O hospital utiliza processo de reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP para todos os pacientes internados?

Premissa: A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de

reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes. (Anvisa, Protocolo para prevenção de úlcera por pressão).

Fonte de informações e evidências: Prontuários de pacientes. Indicador.

13.6.3. RE Visitantes e acompanhantes de pacientes internados recebem orientação verbal e escrita estimulando a adesão às práticas e normas da unidade, como aquelas voltadas para o controle de infecção?

Premissa: Deve ser assegurado o fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta. Deve-se também orientar os familiares e acompanhantes dos pacientes sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais. Entrevista com visitantes e acompanhantes. Folders com informações. Cartazes informativos.

13.6.4. O hospital desenvolve projeto terapêutico singular (PTS), de forma multiprofissional, com a participação do paciente e da família, para os casos mais complexos?

Premissa: O PTS refere-se ao "plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado" (Art. 5º, inciso XVII, Anexo XXIV, PRC nº 2/2017). O Plano Terapêutico deve ser "elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional" (Art. 12, parágrafo 4º, Anexo XXIV, PRC nº 2/2017). Os profissionais dos diferentes serviços do hospital devem desenvolver PTS com condutas terapêuticas articuladas, conforme as peculiaridades de cada caso, decorrentes de discussões de equipe multiprofissional, que considerem a participação de pacientes, familiares e cuidadores (Diretriz Ebserh de Humanização).

Fonte de informações e evidências: Fichas de processos. Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários de pacientes para investigar se o PTS possui diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Entrevista com os pacientes e familiares/cuidadores para averiguar se estão sendo envolvidos no PTS e se percebem bons resultados. Entrevista com os profissionais para averiguar de que forma desenvolvem o PTS.

13.6.5. O hospital implementa a clínica ampliada?

Premissa: A clínica ampliada contribui para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

As propostas da clínica ampliada são:

- a) compromisso com o sujeito e não só com a doença;
- b) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos;
- c) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação que estabelecem;
- d) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde;
- e) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares;
- f) fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social);
- g) defesa dos direitos dos usuários.

Fonte de informações e evidências: Registro em prontuário do paciente. Entrevista com o paciente. Registro de reuniões clínicas interprofissionais. Conferências/reuniões familiares interprofissionais. PTS. Visita multiprofissional.

13.6.6. São realizadas visitas multiprofissionais aos pacientes com envolvimento das diferentes especialidades?

Premissa: As visitas multiprofissionais aos pacientes visam garantir que toda a equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados ao paciente esteja alinhada à conduta terapêutica definida por meio do estabelecimento de metas diárias, promovendo melhor interação entre as diferentes especialidades, tendo como foco o cuidado centrado no paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários. Entrevistas com os profissionais. Registros de aplicação de ferramentas da qualidade utilizadas para integrar o cuidado multiprofissional como *safety huddle* e rounds a beira leito.

13.6.7. RE O hospital estabelece e implementa processo para melhorar a prescrição verbal ou telefônica?

Premissa: A prescrição verbal deve ser utilizada em emergências, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista. É recomendada a implementação das ações previstas no Memorando Circular nº 04/2015/DAS/EBSERH/MEC.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevistas.

13.6.8. RE Há análise farmacêutica das prescrições com vistas à segurança do paciente?

Premissa: No contexto da segurança, a avaliação farmacêutica das prescrições, deve priorizar aquelas que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação. Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando aplicável, sendo apostos e

assinado pelo farmacêutico (PRC GM/MS nº 2/2017). A análise da prescrição deve observar o preconizado no Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Visita à farmácia. Registro de análise das prescrições. Registros em prontuários. Sistema de informação com módulo de triagem e análise de prescrição (Ex.: AGHU).

13.6.9. RE As prescrições de pacientes internados em áreas críticas são avaliadas pelo farmacêutico antes da dispensação de medicamentos?

Premissa: As prescrições de pacientes internados em áreas críticas devem ser avaliadas pelo farmacêutico antes da dispensação dos medicamentos. (Anvisa, Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Registros em prontuário.

13.6.10. RE Há um processo de interação do farmacêutico com o profissional prescritor para discussão sobre a análise de prescrição?

Premissa: O farmacêutico deve solucionar todas as dúvidas, porventura existentes, diretamente com o prescritor, eliminando interpretação ou dedução do que está escrito (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, p. 26). O farmacêutico discutir junto aos prescritores quanto à necessidade ajuste de doses de medicamentos relacionado a potenciais alterações farmacocinéticas decorrentes de disfunção renal ou hepática, idade, peso ou superfície corporal do paciente, interações, entre outras condições, apoiado nos termos da saúde baseada em evidências. As intervenções realizadas devem ser registradas no prontuário do paciente e assinadas pelo farmacêutico. (Anvisa, Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Registros em prontuário.

13.6.11. O hospital possui ações de farmácia clínica implementadas com visitas dos farmacêuticos às diversas unidades do hospital?

Premissa: Os farmacêuticos deverão contribuir para a prevenção e resolução dos problemas relacionados a medicamentos, e conseqüentemente, para a tomada de decisão sobre o tratamento medicamentoso. Os farmacêuticos devem participar da definição de estratégias para a prevenção e tratamento de eventos adversos a medicamentos, contribuindo, desta forma, para a diminuição dos gastos do hospital e dos danos ao paciente (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar, p. 62). Conforme Resolução CFF nº 585/2015, "as atribuições clínicas do farmacêutico visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e de outros problemas de saúde" e do "cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente". O farmacêutico deve registrar as informações relevantes para a tomada de decisão da equipe multiprofissional no prontuário do paciente, bem como sugestões de conduta no manejo da farmacoterapia, assinando as anotações apostas (PRC nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Escalas de farmacêuticos. Registro no prontuário do paciente.

13.6.12. O modelo de dispensação de medicamentos prescritos é individualizado ou unitário?

Premissa: A implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde devem ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento, sendo recomendada a adoção do sistema individual ou unitário de dispensação" (PRC GM/MS nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Visitas.

13.6.13. A dispensação de medicamentos ocorre ininterruptamente na instituição?

Premissa: A dispensação de medicamentos deve ocorrer de forma ininterrupta de modo a propiciar a continuidade do atendimento e cuidado em saúde.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Visitas. Notificações sobre incidentes e desabastecimento. Escala de colaboradores responsáveis.

13.6.14. RE Existe protocolo de prevenção, diagnóstico e tratamento de sepse em paciente adulto e pediátrico implementado e disponível aos profissionais?

Premissa: O hospital deve instituir protocolo que vise a implementação de medidas preventivas, de detecção precoce e de tratamento de sepse. Os profissionais devem ser capacitados quanto ao protocolo e implementar as ações estabelecidas. As medidas adotadas durante o cuidado do paciente devem ser registradas no prontuário.

Fonte de informações e evidências: Protocolo de prevenção, diagnóstico e tratamento de sepse. Entrevista com profissionais de diferentes áreas. Prontuários de pacientes. Lista de presença de capacitação.

13.6.15. RE O hospital proporciona, no mínimo, uma videochamada diária aos pacientes internados em enfermarias, apartamentos e unidade de terapia intensiva, impossibilitados de receber visitas?

Premissa: Nos casos aplicáveis, o hospital deverá proporcionar, no mínimo, uma videochamada diária aos pacientes internados em enfermarias, apartamentos e unidade de terapia intensiva, respeitadas as observações médicas sobre o momento adequado, conforme previsto na Lei nº 14.198, de 2 de setembro de 2021.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com pacientes e profissionais.

13.6.16. RE O hospital implementa a visita aberta ou ampliada?

Premissa: dentre os dispositivos contidos na PNH, a visita aberta e o direito do acompanhante se fazem necessários no ambiente de internação, são ações que reafirmam a existência do paciente e lhe favorece a continuação entre o contexto da vida em família e na comunidade e o ambiente hospitalar. São afetos que permitem uma afirmação íntima do paciente e podem contribuir para o seu tratamento.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista.

13.6.17. RE Há mecanismos para sinalizar as medidas de precaução padrão e adicionais?

Premissa: As medidas de prevenção e controle de infecção devem ser implementadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada. Os serviços de saúde devem fornecer orientações para todos os profissionais (próprios ou terceirizados) para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos. Dessa forma, faz-se necessária a sinalização na entrada do quarto, enfermaria ou outra área de isolamento com alerta referindo ISOLAMENTO, a fim de evitar a passagem de pacientes e visitantes de outras áreas ou de profissionais que estejam trabalhando em outros locais do serviço de saúde. O acesso deve ser restrito aos profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente e, quando estritamente necessário, aos profissionais da equipe de limpeza e desinfecção. O quarto também deve estar sinalizado quanto a quais são as medidas de precaução a serem adotadas: padrão ou adicionais (Fiocruz, 2021).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às unidades de internação.

13.6.18. O hospital desenvolve alguma ação no sentido de preservar a qualidade do sono dos pacientes durante a noite?

Premissa: O hospital deve desenvolver ações no sentido de preservar a qualidade do sono dos pacientes durante a noite, considerando que o sono impacta diretamente na melhora do equilíbrio físico, mental e emocional e ainda fortalece o sistema imunológico. Devem ser estabelecidos protocolos e procedimentos que normatizem a rotina noturna na instituição e que incentivem ações que minimizem a interrupção desnecessária do sono, como a administração de medicamentos preferencialmente durante o dia, administração de diuréticos até às 16 horas, adequação de horários de aferição de sinais vitais e regras de silêncio após às 22 horas.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas com profissionais e pacientes. Registros em prontuário.

13.6.19. O hospital cumpre as recomendações relacionadas à prescrição de dietas, de acordo com as normas vigentes, sendo o médico responsável pela prescrição médica e o nutricionista responsável pela prescrição dietética?

Premissa: O médico é responsável pela prescrição médica da TNE. A indicação da TNE deve ser precedida da avaliação nutricional do paciente que deve ser repetida, no máximo, a cada 10 dias. O nutricionista é responsável pela prescrição dietética da TNE. A prescrição dietética deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando seu estado mórbido, estado nutricional e necessidades nutricionais e condições do trato digestivo.

Fonte de informações e evidências: Registros em prontuários.

13.6.20. Existem protocolos e procedimentos de cuidados paliativos atualizados, implementados e disponíveis aos profissionais?

Premissa: O hospital deve implementar protocolos e procedimentos de cuidados paliativos, que visem o alívio do sofrimento, por meio de reconhecimento precoce, de avaliação precisa e criteriosa e de tratamento da dor e de outros sintomas, sejam eles de natureza física, psicossocial ou espiritual, inseridos no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com os profissionais. Visita às áreas com maior demanda de cuidados paliativos. Lista de presença de capacitação.

13.6.21. RE Há acompanhamento da nutrição clínica nas unidades assistenciais, incluindo a dietoterapia enteral e parenteral, com registros das ações?

Premissa: O hospital deverá elaborar e implantar protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento de terapias nutricionais. A terapia nutricional em meio hospitalar tem-se revelado, nos últimos anos, uma ferramenta de melhoria no processo de cura dos pacientes internados, sendo um fator importante no controle de comorbidades e de redução da duração da internação. O registro da evolução nutricional deve conter data, Valor Energético Total (VET), consistência, macro e micronutrientes mais importantes para o caso clínico, fracionamento, alteração da ingestão alimentar, avaliação da tolerância digestiva, exame físico, antropometria, capacidade funcional e avaliação bioquímica, assinatura do profissional, número e região da inscrição no CRN do nutricionista responsável pela prescrição. Outros dados poderão ser acrescentados, de acordo com a necessidade e complexidade do serviço.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista. Registros no prontuário do paciente.

13.6.22. Há monitoramento do recebimento e administração completa das dietas enterais e parenterais em pacientes em terapia nutricional?

Premissa: O nutricionista é responsável pela manutenção da qualidade da NE até a sua entrega ao profissional responsável pela administração e deve orientar e treinar os funcionários que realizam o seu transporte. O enfermeiro é o responsável pela conservação após o recebimento da NE e pela sua administração.

Fonte de informações e evidências: Relatórios da equipe multiprofissional. Indicadores.

13.6.23. O hospital não oferece bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes, exceto em casos especiais, prescritos por profissionais habilitados?

Premissa: No hospital, deve-se desaconselhar a oferta de bicos artificiais e chupetas aos recém-nascidos e lactentes por estarem relacionados ao desmame precoce e por prejudicarem o desenvolvimento da cavidade bucal, exceto em casos especiais, desde que prescritos por profissionais habilitados.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com a equipe de saúde. Entrevista com pacientes e seus acompanhantes para verificar as orientações recebidas da equipe de saúde. Visita às unidades assistenciais.

13.6.24. O hospital estimula as mães a manterem a lactação, mesmo separadas dos filhos, exceto em casos de contraindicações?

Premissa: Desde que não haja contraindicações clínicas, o hospital deve incentivar e fornecer condições para o aleitamento materno, mesmo quando o bebê e a mãe não estiverem internados na mesma unidade, bem como deve incentivar a continuidade da amamentação após a alta hospitalar.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com a equipe de saúde. Entrevista com as mães.

13.6.25. O hospital estabelece ações para o uso racional de fórmulas infantis?

Premissa: O hospital não deve oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica (IHAC). Devem ser implementadas ações para o uso racional de fórmulas infantis, as quais devem estar estabelecidas em protocolos e procedimentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com a equipe de saúde. Entrevista com gestantes, puérperas e seus acompanhantes para verificar as orientações recebidas da equipe de saúde.

13.6.26. O hospital oferta uma assistência de enfermagem sistematizada, conforme estabelecido pelas normativas vigentes?

Premissa: O processo de enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes do hospital em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. O processo de enfermagem deve ser estruturado de forma que envolva cinco etapas, sendo elas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação de ações ou intervenções e avaliação de resultados. As etapas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (Resolução COFEN – 358/2009, artigo 1º ao 3º).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevista com enfermeiros.

13.7. Tratamento em Terapia Intensiva

13.7.1. O hospital possui protocolos e procedimentos que estabelecem critérios para admissão e alta em UTI?

Premissa: O hospital deve possuir protocolos e procedimentos que orientem a admissão e alta de pacientes e a oferta de serviços de alto risco. Os critérios para admissão e alta de pacientes devem estar em conformidade com as normativas vigentes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Entrevista.

13.7.2. A UTI acompanha e analisa as causas das readmissões não planejadas?

Premissa: A UTI deve acompanhar e analisar as causas das readmissões não planejadas.

Fonte de informações e evidências: Resultados de acompanhamento do Indicador de readmissão não planejada na UTI. Relatórios de gestão. Entrevistas com profissionais e pacientes. Prontuários de paciente.

13.7.3. Há respeito à privacidade do paciente na UTI, sem, contudo, interferir na sua monitorização?

Premissa: A infraestrutura da UTI e as práticas instituídas devem contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros existentes na ouvidoria e do prontuário. Entrevista. Visita às instalações.

13.7.4. Há protocolos e procedimentos implementados para garantir informações aos familiares e aos responsáveis pelo paciente internado na UTI?

Premissa: O paciente consciente deve ser informado quanto aos procedimentos que será submetido e sobre os cuidados requeridos para a sua realização. O responsável legal deve ser informado sobre as condutas clínicas e os procedimentos aos quais o paciente será submetido.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários. Entrevista.

13.7.5. Há protocolos e procedimentos que regulamentem as visitas externas aos pacientes internados em UTI?

Premissa: O hospital deve assegurar o direito de visitas diárias aos pacientes, devendo haver protocolos e procedimentos que regulamentem as visitas externas aos pacientes internados nas UTI.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Folders.

13.7.6. Os protocolos e procedimentos referentes às visitas externas a pacientes internados em UTI incluem a possibilidade de ocorrência de horário estendido ou flexibilização do horário de visita?

Premissa: Sempre que possível, a autorização de visitas e acompanhantes deve respeitar o desejo e a autonomia do paciente e considerar as demandas específicas.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas com pacientes e profissionais. Registros de acesso de visitantes. Visita às instalações. Entrevistas.

13.7.7. O hospital em que a UTI está inserida conta com a oferta de apoio diagnóstico e terapêutico conforme previsto na normativa vigente?

Premissa: Conforme RDC nº 7/2010: “Art. 19. O hospital em que a UTI está inserida deve dispor dos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos:

- I - Centro cirúrgico;
- II - Serviço radiológico convencional;
- III - Serviço de ecodopplercardiografia.

Art. 20. Deve ser garantido acesso, no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, dos seguintes serviços diagnósticos e terapêuticos:

- I - Cirurgia cardiovascular,
- II - Cirurgia vascular;
- III - Cirurgia neurológica;
- IV - Cirurgia ortopédica;
- V - Cirurgia urológica;
- VI - Cirurgia buco-maxilo-facial;
- VII - Radiologia intervencionista;

VIII - Ressonância magnética;

IX - Tomografia computadorizada;

X - Anatomia patológica;

XI - Exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico” (Art. 19 e 20, RDC nº 7/2010).

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações. CNES.

13.7.8. São realizadas visitas multiprofissionais aos pacientes com envolvimento das diferentes especialidades na UTI Adulto?

Premissa: As visitas multiprofissionais aos pacientes da UTI Adulto visam garantir que toda a equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados ao paciente crítico esteja alinhada à conduta terapêutica definida por meio do estabelecimento de metas diárias, promovendo melhor interação entre as diferentes especialidades, tendo como foco o cuidado centrado no paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários. Entrevistas com os profissionais. Registros de acompanhamento de *huddles* e *rounds*.

13.7.9. São realizadas visitas multiprofissionais aos pacientes com envolvimento das diferentes especialidades na UTI Pediátrica?

Premissa: As visitas multiprofissionais aos pacientes da UTI Pediátrica visam garantir que toda a equipe multidisciplinar envolvida nos cuidados ao paciente crítico esteja alinhada à conduta terapêutica definida por meio do estabelecimento de metas diárias, promovendo melhor interação entre as diferentes especialidades, tendo como foco o cuidado centrado no paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários. Entrevistas com os profissionais. Registros de acompanhamento de *huddles* e *rounds*.

13.7.10. RE A UTI (adulto, pediátrica e neonatal) possui protocolos e procedimentos implementados referentes à prevenção de infecção primária de corrente sanguínea associado ao uso de cateter central implantado?

Premissa: Os protocolos e procedimentos deverão conter, minimamente, cuidados relacionados a inserção do cateter, sua manutenção e retirada.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Registros em prontuários.

13.7.11. RE A UTI (adulto, pediátrica e neonatal) estabelece e implementa protocolos e procedimentos para prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora?

Premissa: Os protocolos e procedimentos deverão conter, minimamente, cuidados relacionados à inserção do cateter, sua manutenção e retirada.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Registros em prontuários.

13.7.12. RE A UTI (adulto, pediátrica e neonatal) estabelece e implementa protocolos e procedimentos para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica?

Premissa: Os protocolos e procedimentos deverão conter, minimamente:

- “a) Cuidados relacionados à cabeceira (cabeceira elevada entre 30 e 45°);
- b) Orientações quanto à adequação diária do nível de sedação e teste de respiração espontânea;
- c) Cuidados quanto à realização de higiene oral com antissépticos;
- d) Cuidados quanto à aspiração de secreção subglótica e troca do circuito do ventilador; e
- e) Observações quanto à indicação dos cuidados com os umidificadores e sistemas de aspiração” (Anvisa, 2021).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Registros em prontuários.

13.7.13. As medidas específicas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde são implementadas na UTI e supervisionadas pela CCIRAS?

Premissa: As medidas específicas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde devem ser implementadas na UTI e supervisionadas pela CCIRAS.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Notificações de incidentes. Visita. Entrevista.

13.7.14. A UTI segue os protocolos e procedimentos de transferência do cuidado entre as unidades intra-hospitalares?

Premissa: O hospital deve padronizar e estimular o uso de protocolos, procedimentos e ferramentas de transição do cuidado entre unidades hospitalares, contribuindo para a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. Deve-se focar nos três pilares de transferência de cuidado preconizados pela OMS: a) comunicação; b) trabalho em equipe; c) cuidado centrado no paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Fichas e formulários de transferência do cuidado.

13.7.15. A UTI cumpre critérios para a prática segura de transporte interno de pacientes?

Premissa: Pacientes graves devem ser transportados acompanhados, de no mínimo, um médico e um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada em atendimento de urgência e emergência. Os demais pacientes da UTI em deslocamento intra-hospitalar devem ser acompanhados por, no mínimo, um integrante da equipe de enfermagem. Caso seja transporte intra-hospitalar para realização de algum procedimento diagnóstico, o prontuário do paciente deverá estar disponível para consulta do setor destino.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Indicadores. Registros em prontuário. Notificações sobre incidentes.

13.7.16. O hospital dispõe de protocolos e procedimentos para terapia renal substitutiva, incluindo assistência aos pacientes críticos, atualizados, implementados e disponíveis?

Premissa: O hospital deve manter atualizados, implementados e disponíveis à sua equipe, protocolos e procedimentos voltados a assistência dialítica, incluindo a assistência prestada aos pacientes críticos, bem como deve promover a sua divulgação.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

13.7.17. A UTI Adulto utiliza métodos para classificação da gravidade do paciente, relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida?

Premissa: Deverá ser calculado o índice de gravidade dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada. Os métodos devem estar definidos em protocolos e procedimentos e devem ser de conhecimento dos profissionais envolvidos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

13.7.18. A UTI Pediátrica utiliza métodos para classificação da gravidade do paciente, relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida?

Premissa: Deverá ser calculado o índice de gravidade dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Indicadores. Registros em prontuários. Registro de análise dos dados.

13.7.19. Os leitos da UTI Adulto são distribuídos de modo que permita visualização constante dos pacientes?

Premissa: As unidades de terapia intensiva devem assegurar a visualização permanente dos pacientes internados.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações.

13.7.20. Os leitos da UTI Pediátrica são distribuídos de modo que permita visualização constante dos pacientes?

Premissa: As unidades de terapia intensiva devem assegurar a visualização permanente dos pacientes internados.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas aos profissionais.

13.8. Tratamento Cirúrgico

13.8.1. RE Pacientes, familiares e responsáveis legais são informados a respeito de riscos e benefícios, bem como das alternativas relacionadas ao procedimento cirúrgico indicado?

Premissa: Os pacientes, familiares e responsáveis legais possuem o direito de receber informações e explicações a respeito do procedimento cirúrgico indicado, bem como dos riscos e benefícios envolvidos e das alternativas de tratamento relacionadas ao caso. O hospital deve dispor de TCLE descrevendo e justificando o procedimento recomendado ao paciente e obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecimento com linguagem clara, acessível, em duas vias, uma fica com o paciente e a outra arquivada no prontuário médico. (Anvisa, Protocolo para cirurgia segura).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Fichas de processos ou rotina implementada. TCLE assinado em prontuários de pacientes. Entrevista com pacientes, familiares e responsáveis para verificar se suas dúvidas quanto aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos foram esclarecidas.

13.8.2. RE O paciente, familiar ou responsável legal recebe informações acerca da sedação, analgesia e anestesia antes do procedimento?

Premissa: O médico anesthesiologista deve obter o TCLE específico para a anestesia, contendo informações e esclarecimentos acerca das técnicas de anestesia, vantagens e desvantagens e riscos associados, fazendo-o em linguagem clara e acessível aos pacientes. Deverão existir no Termo de Consentimento campos específicos para assinatura do paciente ou responsável, data do consentimento, assinatura e nome legível do médico anesthesiologista. (Anvisa, Protocolo para cirurgia segura).

Fonte de informações e evidências: Fichas de processos, protocolos e procedimentos. TCLE assinado em prontuários de pacientes. Entrevista com pacientes, familiares e responsáveis.

13.8.3. RE A avaliação pré-anestésica e o planejamento do procedimento anestésico são realizados e registrados no prontuário dos pacientes?

Premissa: Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que seja realizada consulta pré-anestésica antes da admissão na unidade hospitalar, sendo que nesta ocasião o médico anesthesiologista poderá solicitar exames complementares e avaliação por outros especialistas. Não sendo possível realizar a consulta pré-anestésica, o médico anesthesiologista deve proceder à avaliação pré-anestésica antes da admissão do paciente no centro cirúrgico, podendo nesta ocasião solicitar exames complementares e avaliação por outros especialistas. As informações observadas na avaliação pré-anestésica devem ser registradas no prontuário do paciente. (Anvisa, Protocolo para cirurgia segura).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros da avaliação pré-anestésica e do planejamento do procedimento anestésico em prontuários de pacientes. Entrevista com profissionais e pacientes.

13.8.4. RE Na admissão no centro cirúrgico, o paciente é reavaliado pelo anesthesiologista imediatamente antes da indução da anestesia?

Premissa: Deve ser realizada uma reavaliação do paciente na sua admissão no centro cirúrgico, imediatamente antes da indução da anestesia. (Anvisa, Protocolo para cirurgia segura).

Fonte de informações e evidências: Registros da reavaliação pré-anestésica antes da indução anestésica.

13.8.5. RE O hospital estabelece protocolos e procedimentos de segurança para a administração de sedativos e anestésicos, incluindo os atendimentos de emergência no momento da sedação ou anestesia?

Premissa: Os hospitais devem implementar protocolos e procedimentos de administração de sedação e anestésicos, voltados tanto à prevenção quanto ao atendimento de eventos adversos em sedação e anestesia, bem como para atendimentos de emergência no momento da sedação ou anestesia. (Anvisa, Protocolo para cirurgia segura).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários de pacientes submetidos à administração de sedação e anestésicos. Acompanhamento de indicadores relativos à administração de sedação e anestésicos. Entrevista com os profissionais. Notificações de incidentes.

13.8.6. Há fornecimento e controle de kits de medicamentos, padronizados e organizados, para uso pela anestesiologia?

Premissa: Devem ser definidos kits de medicamentos, com relação e quantitativo padronizados, para uso pela anestesiologia de acordo com o perfil de pacientes e procedimentos realizados. A disposição dos medicamentos nos kits deve ser organizada de modo a propiciar a administração segura. O fornecimento desses kits deve ser controlado pelo setor de farmácia, o qual deve controlar esse processo e realizar a reposição dos medicamentos utilizados após retorno dos kits.

Fonte de informações e evidências: Visita à farmácia satélite do centro cirúrgico. Relação de kits de medicamentos existentes. Formulário de controle de entrega e devolução de kits. Prontuário do paciente.

13.8.7. RE Os cirurgiões registram as informações acerca do pré, trans e pós-operatório nos prontuários dos pacientes?

Premissa: Os cirurgiões devem registrar nos prontuários dos pacientes as informações acerca do pré, trans e pós-operatório, bem como as intercorrências e as condutas tomadas frente a elas. Os registros devem possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (Anvisa, Protocolo para cirurgia segura).

Fonte de informações e evidências: Registros médicos do pré, trans e pós-operatório nos prontuários dos pacientes. Fichas de descrição cirúrgica com informações médicas do pré, trans e pós-operatório, intercorrências e condutas tomadas frente a elas. Checklist de cirurgia segura.

13.8.8. O relatório cirúrgico fica disponível imediatamente após a cirurgia, antes de o paciente ser transferido para o próximo nível de cuidado?

Premissa: O relatório cirúrgico deve ser inserido ao prontuário do paciente imediatamente após a cirurgia, antes que o paciente seja transferido para o próximo nível de cuidado.

Fonte de informações e evidências: Relatório cirúrgico em prontuários de paciente que passaram recentemente por procedimentos cirúrgicos. Visita à unidade cirúrgica para verificar se há relatório cirúrgico no prontuário de pacientes que estão sendo transferidos para o próximo nível de cuidado.

13.8.9. RE O hospital possui protocolos e procedimentos implementados para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico?

Premissa: Os protocolos e procedimentos para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico devem conter orientações para cuidados no:

a) pré-operatório (por exemplo, controle de glicemia; antibiótico profilaxia com indicação apropriada e administração de dose efetiva em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica; realização de tricotomia somente quando necessário sem utilização de lâminas; uso de antissépticos que contenham álcool - associados a clorexidina ou iodo no preparo da pele do paciente);

b) intraoperatório (por exemplo, manutenção da normotermia do paciente e normovolemia); e

c) pós-operatório (por exemplo, realização de vigilância de casos de infecção por busca ativa; orientação a pacientes e familiares sobre as principais medidas de prevenção de ISC; cuidados com curativos e drenos etc.).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Indicadores.

13.8.10. RE Existem protocolos e procedimentos implementados para antisepsia do sítio cirúrgico?

Premissa: O hospital deve implementar protocolos e procedimentos para antisepsia do sítio cirúrgico. Nestes, deve estar previsto o acompanhamento de indicadores, tais como: consumo dos antissépticos utilizados no centro cirúrgico e adesão dos profissionais aos protocolos e procedimentos. Os profissionais devem ser capacitados e possuir conhecimento acerca dos protocolos e procedimentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários de pacientes. Registros de acompanhamento de indicadores. Entrevista com os profissionais.

13.8.11. RE O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados sobre acondicionamento, rotulagem e encaminhamento de material biológico extraído no centro cirúrgico?

Premissa: O hospital deve elaborar e implementar protocolos e procedimentos sobre acondicionamento, rotulagem e encaminhamento de material biológico extraído no centro cirúrgico.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Indicadores. Registros em prontuário. Registros administrativos. Notificações sobre incidentes.

13.8.12. RE É disponibilizado o acompanhamento do anestesiológico durante todo o período de sedação/anestesia e, posteriormente, durante o período de recuperação pós-sedação/anestésica?

Premissa: Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, o médico anestesiológico deve permanecer dentro da sala do procedimento, mantendo vigilância permanente, assistindo o paciente até o término do ato anestésico. Não existindo médico plantonista na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), caberá ao médico anestesiológico responsável pelo procedimento anestésico o pronto atendimento ao paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Escala de profissionais e dimensionamento profissional de médicos e anestesiológicos para o monitoramento de pacientes sobre efeito de sedação. Entrevista com profissionais para verificar a disponibilidade de médicos e anestesiológicos para o monitoramento pós-sedação/anestésico.

13.8.13. Há protocolos e procedimentos implementados referentes à liberação do paciente após sedação ou anestesia?

Premissa: O hospital deve definir critérios para a alta do paciente da SRPA, como estabilidade dos sinais vitais, retorno do estado de consciência, controle efetivo da dor, ausência de bloqueio motor e/ou simpático nas anestésias regionais, controle da temperatura corporal e controle de náuseas e vômitos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuário de pacientes que foram submetidos à sedação/anestesia. Entrevista com profissionais.

13.8.14. A anestesiologia segue os protocolos e procedimentos de transferência do cuidado entre as unidades intra-hospitalares após recuperação anestésica?

Premissa: Deve-se padronizar e estimular o uso de protocolos, procedimentos e ferramentas de transição do cuidado entre unidades hospitalares contribuindo para a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. Deve-se focar nos três pilares de transferência de cuidado preconizados pela OMS: comunicação, trabalho em equipe e cuidado centrado no paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Fichas e formulários de transferência do cuidado.

13.9. Obstetrícia

13.9.1. O hospital que realiza pré-natal elabora e atualiza o plano de parto por meio de equipe multiprofissional, envolvendo a gestante e a apoiando em suas decisões?

Premissa: O hospital deve elaborar plano de parto individual, em conjunto com cada gestante, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como: a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com gestante, puérperas e profissionais de saúde. Prontuário de pacientes.

13.9.2. RE O hospital realiza acolhimento e classificação de risco em obstetrícia?

Premissa: O hospital deve realizar o acolhimento e classificação de risco com o propósito de identificar gestantes críticas ou mais graves, permitindo assim um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, ou seja, deve-se proporcionar acesso qualificado, atendimento com resolutividade e em tempo adequado para cada caso. O acolhimento tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva ou encaminhamento responsável para outros locais. Assim, o acolhimento associado à ferramenta da classificação de risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos (BRASIL, 2017).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita ao local. Entrevista com profissionais.

13.9.3. RE O hospital autoriza acompanhante, indicado pela parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato?

Premissa: O hospital deve garantir às parturientes o direito à presença de um acompanhante, de sua escolha, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários de pacientes. Entrevista com pacientes para verificar a escolha de seus acompanhantes. Visitas para

verificar se pacientes possuem acompanhantes.

13.9.4. RE O hospital garante o respeito ao direito da mulher de privacidade no local do parto?

Premissa: Os hospitais devem garantir o respeito ao direito da mulher de privacidade no local do parto.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita à maternidade. Entrevista com parturientes para verificar se houve respeito à sua privacidade durante o período que esteve na maternidade.

13.9.5. O hospital possui, minimamente, os seguintes protocolos clínicos implementados: a. assistência ao neonato na sala de parto, b. atendimento de emergência obstétrica, c. assistência pré-operatória, d. assistência pós-operatória, e. assistência pré-natal, f. administração de anestésicos, g. assistência ao parto normal, e assistência ao parto cesárea?

Premissa: O hospital deve possuir, minimamente, os seguintes protocolos clínicos implementados:

- a) assistência ao neonato na sala de parto;
- b) atendimento de emergência obstétrica;
- c) assistência pré-operatória;
- d) assistência pós-operatória;
- e) assistência pré-natal;
- f) administração de anestésicos;
- g) protocolo multiprofissional e interdisciplinar de assistência ao parto normal; e
- h) protocolo de atendimento ao parto cesárea.

Fonte de informações e evidências: Protocolos clínicos implementados.

13.9.6. RE O hospital aplica a lista de verificação para partos seguros, conforme orientação da OMS?

Premissa: A lista de verificação para partos seguros, da OMS, é uma lista organizada de práticas essenciais ao parto, baseadas em evidências científicas, que ajudam a evitar as principais causas de morte materna, de natimortos por causas intraparto e das mortes neonatais que ocorrem em unidades de saúde, em todo o mundo. A lista foi concebida como um instrumento para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres que dão à luz. Cada tarefa da lista de verificação é uma ação crucial que, se não for executada, pode provocar sérios danos à mãe, ao recém-nascido, ou a ambos (OMS, 2017).

Fonte de informações e evidências: Prontuários em que constem a lista de verificação do parto seguro totalmente preenchida. Indicadores.

13.9.7. O hospital utiliza o partograma para registro do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais, contendo, no mínimo, as informações indicadas pela OMS?

Premissa: O hospital deve utilizar um partograma para o registro do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais, contendo, no mínimo, as informações que constam no modelo disponibilizado pela OMS ou equivalente. Trata-se de uma ferramenta importante para a

fase ativa do trabalho de parto, pois permite o diagnóstico precoce das anormalidades caracterizadas nesse período, evita a realização de intervenções desnecessárias e contribui significativamente para melhores desfechos obstétricos e neonatais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Partograma preenchido em prontuários de pacientes.

13.9.8. RE O hospital disponibiliza métodos não-farmacológicos de alívio da dor no momento do parto?

Premissa: O hospital deve dispor de métodos não farmacológicos de alívio da dor, que precisam ser explicados à gestante durante o pré-natal, na admissão da mulher na maternidade e no cuidado prestado durante o trabalho de parto e parto, tais como banheira ou chuveiro, massagedores ou massagens, bola de pilates, banqueta de parto meia lua, cavalinho, aromaterapia, musicoterapia, livre movimentação e deambulação, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, penumbra e ambiente acolhedor junto ao seu acompanhante em todo o processo. Caso a gestante não tenha sido informada durante o pré-natal, deve-se fazê-lo antes da aplicação, de forma a garantir que ela saiba dos riscos e benefícios de cada método antes de realizar o seu consentimento. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevistas com gestantes, puérperas e profissionais de saúde.

13.9.9. RE O hospital disponibiliza métodos farmacológicos de alívio da dor, respeitando a opinião e o desejo da paciente?

Premissa: O hospital deve dispor de métodos farmacológicos de alívio da dor, que precisam ser explicados à gestante durante o pré-natal. Caso a gestante não tenha sido informada durante o pré-natal, deve-se fazê-lo antes da aplicação, de forma a garantir que ela saiba dos riscos e benefícios de cada método antes de realizar o seu consentimento. A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isso inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos (Diretrizes de Assistência ao Parto Normal).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevistas com gestantes e puérperas. Entrevista com profissionais de saúde.

13.9.10. RE O hospital incentiva a redução da realização de procedimentos invasivos durante o trabalho de parto, tais como rupturas de membranas, episiotomias, indução e aceleração de parto, partos instrumentais e cesarianas?

Premissa: O hospital deve preconizar que procedimentos invasivos durante o trabalho de parto, tais como indução e aceleração do parto, rupturas de membranas, episiotomias, partos instrumentais e cesarianas, sejam utilizados na instituição de forma parcimoniosa, ou seja, apenas em situações de necessidade e não de forma rotineira.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevista com profissionais de saúde, puérperas e acompanhantes.

13.9.11. É assegurada a presença de equipe capacitada em reanimação neonatal na sala de parto?

Premissa: O hospital deve disponibilizar equipe capacitada em reanimação neonatal em todo parto-nascimento, garantindo que o RN respire no primeiro minuto de vida (o “minuto de ouro”).

Fonte de informações e evidências: Escalas de trabalho do centro obstétrico (Ex.: neonatologista, equipe de enfermagem). Cronograma de capacitações.

13.9.12. O hospital adota estratégias de identificação e abordagem dos casos de *near miss* materno (NMM)?

Premissa: O hospital deve adotar estratégias de identificação e abordagem dos casos de NMM com o propósito de aperfeiçoar a prática clínica e de reduzir casos evitáveis de morbidade e mortalidade por meio do uso das melhores práticas baseadas em evidências. Tais estratégias devem estar definidas em protocolos e procedimentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com os profissionais para verificar de que forma e com qual periodicidade os casos identificados são analisados. Acompanhamento dos indicadores de casos NMM. Planos de melhoria da qualidade.

13.10. Neonatologia

13.10.1. Os leitos da UTIN são distribuídos de modo que permita visualização constante dos pacientes?

Premissa: As unidades de terapia intensiva neonatal devem assegurar a visualização permanente dos pacientes internados. O posto de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos. No caso de observação visual por meio eletrônico, deverá dispor de uma central de monitores (RDC nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações.

13.10.2. A UTIN utiliza métodos para classificação da gravidade do paciente, relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida?

Premissa: Deverá ser calculado o índice de gravidade dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada. Para a população neonatal um dos escores SNAPP-II é utilizado como preditor de óbito, além de determinar o ponto de corte para mortalidade e analisar a associação das variáveis independentes com óbito.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos estabelecidos e disponíveis. Indicadores. Registros em prontuários.

13.10.3. RE O hospital pratica o alojamento conjunto, permitindo que as mães e os recém-nascidos permaneçam juntos, em tempo integral, até o momento da alta?

Premissa: O hospital deve manter as mães e seus recém-nascidos em alojamento conjunto, no intuito de fortalecer o vínculo afetivo, de favorecer o estabelecimento efetivo do aleitamento materno, além de diminuir o risco de infecções relacionadas à assistência em serviços de saúde (PRC GM/MS nº 5/2017).

Fonte de informações e evidências: Visita ao alojamento conjunto.

13.10.4. O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados que tratem dos cuidados pós-reanimação neonatais?

Premissa: Os cuidados pós-reanimação devem ser sistematizados em um plano terapêutico de continuidade do cuidado ao recém-nascido, que foi submetido aos diferentes procedimentos de reanimação neonatal e a avaliação minuciosa de possíveis agravos de base que possam ter levado à necessidade de reanimação com aplicação de intervenções terapêuticas adequadas e oportunas para melhorar a sobrevivência e o prognóstico destes recém-nascidos, minimizando possíveis sequelas. Na lista com os 10 passos para a melhoria do cuidado neonatal da Estratégia QualiNEO consta o passo: Siga as normas de reanimação neonatal.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais.

13.10.5. O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados que tratem do uso da oxigenoterapia na unidade neonatal?

Premissa: O oxigênio (O₂) é provavelmente a droga mais utilizada em cuidados intensivos neonatais e seu uso não controlado pode levar a consequências danosas ao recém-nascido pré-termo em qualquer momento do período neonatal. Na lista com os 10 passos para a melhoria do cuidado neonatal da Estratégia QualiNEO, constam os seguintes passos: use pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) desde a sala de parto e evite intubar o recém-nascido; controle o uso de oxigênio; e evite a hiperóxia.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais.

13.10.6. O hospital possui protocolos e procedimentos implementados que tratem do uso racional de antibióticos na neonatologia?

Premissa: A sepse neonatal nas formas precoce e tardia é responsável por alta taxa de mortalidade. A indicação precisa do uso de antibióticos é fundamental para minimizar o risco de indução de resistência bacteriana e o surgimento de espécies multirresistentes. Na lista com os 10 passos para a melhoria do cuidado neonatal na Estratégia QualiNEO consta o seguinte passo: Higienize as mãos e evite antibióticos desnecessários.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais.

13.10.7. O hospital possui protocolos e procedimentos implementados que tratem da prevenção da hipotermia em recém-nascidos?

Premissa: O hospital deve adotar medidas para o controle térmico do recém-nascido. A hipotermia é um importante fator de contribuição para mortalidade de recém-nascidos em todo o mundo e continua a ser um problema comum em neonatos prematuros.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários de pacientes. Entrevista com profissionais de saúde.

13.10.8. RE O hospital possui protocolos e procedimentos atualizados e implementados que tratem da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru?

Premissa: Os hospitais devem adotar os norteadores da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, um modelo de atenção perinatal voltado à atenção qualificada e

humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com ambiência que favorece o cuidado ao recém-nascido e à sua família (PRC GM/MS nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com equipe.

13.10.9. A neonatologia monitora e analisa casos de readmissão não programada?

Premissa: A neonatologia deve monitorar os casos de readmissão não programada de recém-nascidos e analisá-los. A readmissão pode acontecer após alta hospitalar ou alta setorial precoce dentro do ambiente hospitalar.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Indicadores. Relatórios de Análise de indicadores. Atas de reunião.

14. SAÍDA DE PACIENTES

14.1. Saída Ambulatorial

14.1.1. RE O desfecho do atendimento ambulatorial do paciente é acompanhado do formulário de alta e do formulário de contrarreferenciamento?

Premissa: O Sistema de Referência e Contrarreferência busca organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram atendimento. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, deve ser "contrarreferenciado", isto é, o usuário é encaminhado pelo profissional para a unidade de origem, para continuidade do tratamento. A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio, preenchido pelo profissional de nível superior responsável. Além de formulário para contra referenciamento, deve ser confeccionado o formulário de alta.

Fonte de informações e evidências: Formulário de alta. Formulário de contra referenciamento.

14.2. Saída Hospitalar

14.2.1. O hospital dispõe de plano de alta multidisciplinar visando garantir a alta no tempo apropriado e serviços pós-alta adequados?

Premissa: A desospitalização é um processo que deve ser abordado desde o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde até a sua transição entre os diferentes pontos de atenção à saúde, devendo ser realizada de modo responsável, seguro, humanizado e com atuação multidisciplinar.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Sumários de alta em prontuários de paciente. Entrevista com profissionais e pacientes.

14.2.2. RE O hospital confecciona sumários de alta em que constem as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde dos pacientes ao final de sua permanência na internação?

Premissa: O hospital deve confeccionar sumários de alta em que constem o conjunto dos principais registros realizados durante a permanência do paciente em atendimento, representados pela

identificação do paciente, período de permanência, histórico dos antecedentes, motivo da internação, prescrição, evolução clínica, procedimentos e exames complementares realizados e pendentes, condutas terapêuticas adotadas, diagnósticos da admissão e da alta hospitalar, orientação e conduta pós-alta. Seu conteúdo deve ser conciso, preciso e adequado para a comunicação entre profissionais de saúde, paciente ou seus responsáveis legais. Uma via deve ser entregue ao paciente e outra deve ser anexada ao seu prontuário (Parecer CFM nº 36/2018).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Sumários de alta em prontuários de pacientes internados em processo de alta ou que já receberam alta, com informações completas que possibilitam a continuidade do cuidado. Entrevista com profissionais. Entrevista com pacientes e familiares/cuidadores para verificar se receberam o sumário de alta e se foram orientados quanto às condutas pós-alta.

14.2.3. RE O hospital possui protocolo de transferência de cuidado extra-hospitalar?

Premissa: A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, deve ser realizada por meio de: orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a atenção básica; e implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. Deve ser elaborado e implementado protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico.

Fonte de informações e evidências: Protocolo. Modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências. Fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.

14.2.4. É realizada orientação farmacêutica ao paciente na alta hospitalar?

Premissa: A orientação na alta hospitalar deve ser realizada com a participação do farmacêutico e objetiva envolver e empoderar o paciente para o autocuidado ou o responsável/cuidador, esclarecendo dúvidas e fornecendo orientações sobre a farmacoterapia e os cuidados em saúde complementares. Essa orientação deve ser feita tomando como base os medicamentos prescritos no momento da alta, devendo ser considerada as particularidades, necessidades e desejos individuais do paciente. Para tanto, o farmacêutico deverá lançar mão de ferramentas de comunicação que facilitem a compreensão e cumprimento do plano terapêutico proposto"" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Visita. Entrevista. Material de divulgação ao paciente disponível e atualizado.

14.2.5. São realizadas orientações em relação à terapia nutricional para alta hospitalar?

Premissa: A orientação da alta hospitalar tem como objetivo iniciar a reeducação alimentar no paciente diminuindo assim o risco de reinternação por motivos nutricionais. O planejamento da alta hospitalar e a continuidade do cuidado traz benefícios para os pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde. A programação de alta hospitalar dos indivíduos em terapia nutricional deve contemplar a orientação sobre a transição do ambiente hospitalar para o domicílio. A unidade hospitalar deve realizar alta programada, sendo importante o preenchimento das fichas de alta hospitalar e de encaminhamento com antecedência de 24h; encaminhar a guia de contrarreferência

para organizar a ida do usuário para o domicílio; reorientar o cuidador ou responsável e conferir as boas práticas da terapia nutricional.

Fonte de informações e evidências: Protocolo de alta. Registros em prontuário. Entrevista.

14.2.6. RE O hospital realiza a alta qualificada do recém-nascido da maternidade com vinculação do binômio mãe e bebê à atenção básica?

Premissa: Sempre que possível, a mãe deve deixar a maternidade já com a data agendada para o comparecimento entre o 3º e o 5º dia de vida na Unidade Básica de Saúde, visando ao “5º Dia de Saúde Integral” para a mulher e seu recém-nascido, que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade.

Fonte de informações e evidências: Sumários de alta em prontuários. Entrevista com equipe de saúde para verificar a rotina estabelecida. Entrevista com mães no processo de alta para verificar as orientações recebidas.

14.2.7. RE Pacientes e acompanhantes são informados sobre o motivo da transferência inter-hospitalar?

Premissa: É necessário esclarecimento a respeito das razões da transferência intra-hospitalar do paciente e orientações a respeito da continuidade do cuidado.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Visita. Entrevista.

14.3. Gestão de Óbitos

14.3.1. RE O hospital estabelece sistemática de identificação e mobilização de doadores de órgãos, tecidos e células?

Premissa: Devem ser implementados protocolos e procedimentos que estabeleçam:

- a) Como deve ser realizada a identificação de possíveis e potenciais doadores na instituição, estabelecendo os locais em todas as unidades hospitalares em que pode haver pacientes em ventilação mecânica invasiva, com ênfase em unidades de pacientes críticos;
- b) A notificação da CIHDOTT e da Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO) do estado;
- c) A frequência mínima para a realização da busca ativa de doadores;
- d) Capacitação dos profissionais responsáveis pela entrevista com a família acerca da doação de órgãos, considerando que devem conhecer todo o processo de doação de órgãos e tecidos e esclarecer as dúvidas dos familiares que possam surgir.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Folhetos atualizados que incentivem e informem sobre a doação de órgãos. Registros em prontuários

14.3.2. RE O hospital possui sistema de controle e identificação de corpos?

Premissa: O hospital deve dispor de mecanismos e procedimentos para identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento do corpo de maneira segura. Conforme RDC Anvisa nº 50/2002, a existência de necrotério (unidade ou ambiente destinado à guarda e conservação do cadáver) é obrigatório quando houver internação ou atendimento imediato no hospital. A padronização do procedimento de embalagem de corpos deve ser realizada no local do óbito, abrangendo desde o preparo do corpo até ao acondicionamento para transferência e transporte.

Fonte de informações e evidências: Sistema de controle e identificação. Visita diagnóstica. Fluxos. Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais.

14.3.3. O hospital possui padronização dos procedimentos de embalagem de corpos?

Premissa: O hospital deve ter processos padronizados para o manejo de corpos, iniciando o preparo e embalagem do corpo no local de ocorrência do óbito. Durante os cuidados com o cadáver, só devem estar presentes os profissionais estritamente necessários e todos devem utilizar EPI e ter acesso a recursos para higiene das mãos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais.

14.3.4. O hospital dispõe de local adequado para a guarda de corpos?

Premissa: A instituição deve dispor de um local adequado para a guarda de cadáveres até a liberação do corpo pelo hospital. O necrotério deve ter sala de preparo e guarda de cadáver, com área mínima de 14 m² para dois cadáveres, ou dimensionada de acordo com a demanda do serviço.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Câmara frigorífica exclusiva e compatível.

E. PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

15. APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

15.1. Gestão do Banco de Material Biológico

15.1.1. RE O hospital possui sistema de controle e identificação de peças, tecidos e células do corpo humano?

Premissa: O hospital deve dispor de um Sistema seguro de identificação do material a ser analisado.

Fonte de informações e evidências: Sistema de identificação. Visita diagnóstica. Fluxos. Arquivos.

15.1.2. O hospital possui protocolos e procedimentos padronizados que descrevam de que forma devem ocorrer o acondicionamento e o transporte de peças cirúrgicas, tecidos e células do corpo humano e de materiais biológicos?

Premissa: O hospital deve dispor de protocolos e procedimentos padronizados que descrevam de que forma devem ocorrer o acondicionamento e o transporte de peças cirúrgicas, de tecidos e células do corpo humano, e de materiais biológicos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Arquivo de peças, lâminas, blocos e fotografias.

15.1.3. Há arquivo de cópias de laudos, blocos histológicos, lâminas com materiais biológicos, conforme legislação vigente?

Premissa: As atividades de anatomia patológica devem ter registro, cópia de laudos e guarda de material biológico em local adequado no mesmo laboratório que realizou o exame.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Arquivo.

15.2. Preparo da Terapia Antineoplásica

15.2.1. RE Há protocolos e procedimentos relacionados à manipulação segura da terapia antineoplásica?

Premissa: Na etapa de preparação devem ser verificados e monitorados, a aplicação de técnicas assépticas, o cumprimento dos procedimentos de limpeza e desinfecção das áreas, instalações, equipamentos e materiais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros administrativos. Registros em prontuário. Indicadores. Notificações sobre incidentes.

15.2.2. Há sala exclusiva para preparação de medicamentos antineoplásicos com cabine de segurança biológica?

Premissa: Deverá existir uma sala de uso exclusivo para preparo de medicamentos antineoplásicos e com a estrutura da Cabine de Segurança biológica em conformidade com as orientações contidas na legislação. A Cabine de Segurança Biológica deve ser validada semestralmente e sempre que houver movimentação ou reparos, sendo rigorosamente registrados. Deve também existir protocolos e procedimentos escritos, atualizados e revisados anualmente, ou quando se fizer necessário, para utilização da Cabine de Segurança Biológica.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações. Entrevistas. Protocolos e procedimentos.

15.2.3. O hospital realiza controle de qualidade da terapia antineoplásica de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O controle da qualidade em terapia antineoplásica (TA) envolve o conjunto de operações (programação, coordenação e execução) com o objetivo de verificar a conformidade dos processos e produtos da TA. O Controle da Qualidade deve avaliar todos os aspectos relativos aos produtos farmacêuticos, produtos para a saúde, materiais de embalagem, procedimentos de limpeza, desinfecção, conservação e transporte da TA, garantindo as especificações e critérios estabelecidos pelo Regulamento Técnico da Anvisa. Deve ser verificado e monitorado o cumprimento dos procedimentos de limpeza e desinfecção das áreas, instalações, equipamentos e materiais empregados na preparação da TA. A TA pronta para uso deve ser submetida aos seguintes controles: inspeção visual em 100% das amostras, para assegurar a integridade física da embalagem, ausência de partículas, precipitações e separação de fases; e verificação da exatidão das informações do rótulo.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Laudos.

15.2.4. O hospital possui sistema de rastreabilidade dos quimioterápicos preparados e administrados?

Premissa: Devem ser documentadas e registradas todas as etapas do processo quimioterápico de modo a viabilizar sua rastreabilidade.

Fonte de informações e evidências: Sistema de rastreabilidade implementado. Painel gestão à vista. Entrevista. Planos de melhoria da qualidade. Notificações sobre incidentes.

15.2.5. O hospital assegura condições adequadas de conservação, transporte e descarte da terapia antineoplásica?

Premissa: Devem ser asseguradas condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, e descarte de toda terapia antineoplásica conforme legislação.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Painel gestão à vista. Entrevista. Planos de melhoria da qualidade. Notificações sobre incidentes.

15.2.6. Para casos de contaminação acidental no transporte da terapia antineoplásica, é realizada notificação compulsória do ocorrido?

Premissa: Para casos de contaminação acidental durante o transporte da terapia antineoplásica, deverá ser realizada notificação compulsória do ocorrido, ao responsável pela preparação e providenciadas a descontaminação e limpeza conforme os protocolos e procedimentos estabelecidos.

Fonte de informações e evidências: Entrevista. Protocolos e procedimentos. Sistema de notificação. Indicadores. Prontuário ou outro registro relacionado.

15.3. Gestão de Serviços mediados por Tecnologia

15.3.1. RE Existe atividade de telessaúde normatizada na instituição em consonância com as exigências do conselho profissional?

Premissa: O hospital deve desenvolver ações de telessaúde, incluindo teleconsultoria, teliagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação a fim de facilitar o acesso dos profissionais ao conhecimento em saúde e dos pacientes aos serviços assistenciais na rede de atenção à saúde (Art. 2º, inciso V, Decreto nº 7.082/2010). O Centro ou Núcleo de Telessaúde constituído no hospital deve possuir regimento interno. De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022, que dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento ao paciente por meio de tecnologia da informação no âmbito do SUS deverá ser registrado em prontuário clínico, em observância as regras e padrões de interoperabilidade e informação em saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e deverá conter:

- I - dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em cada contato com o paciente;
- II - data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e
- III - número de inscrição no respectivo conselho profissional.

Fonte de informações e evidências: Regimento Interno do Núcleo ou Centro de Telessaúde. Registro de atividades de telessaúde Relação de profissionais que prestam o serviço. Registros de reunião, assistência, eventos, acesso remoto a dados e processos de ensino aprendizagem,

realizados por meios virtuais. Aplicação assistencial, em saúde e em pesquisa.

15.3.2. O hospital oferece suporte técnico para os participantes de atividades de telessaúde?

Premissa: O hospital deve oferecer suporte técnico para os participantes de atividades de telessaúde.

Fonte de informações e evidências: Fluxos e processos descritos de suporte técnico para os participantes de atividades de telessaúde. Número de atendimentos de suporte para curso por telessaúde. Número de discentes e docentes envolvidos nos atendimentos de suporte.

15.3.3. O hospital dá ampla publicidade aos serviços de telessaúde ofertados pela instituição?

Premissa: O hospital deve dar ampla publicidade às atividades de telessaúde da instituição.

Fonte de informações e evidências: Matérias publicitárias. Murais. Sites e intranet com informações sobre telessaúde.

15.3.4. Existem ações de promoção de atividades de telessaúde na instituição?

Premissa: O hospital deve promover serviços mediados pela tecnologia na instituição.

Fonte de informações e evidências: Fluxos e processos. Matérias publicitárias.

15.4. Hemoterapia

15.4.1. O hospital desenvolve estratégias para captação de doadores de sangue?

Premissa: Todo serviço de hemoterapia deve elaborar e implementar programas de captação de doadores, como boa prática, utilizando de profissionais capacitados. Devem ser cumpridos os parâmetros de seleção de doadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde com intuito de assegurar a proteção ao doador e receptor. Nos casos em que o serviço for terceirizado, hospital deverá verificar se cumpre os requisitos legais vigentes e normativos institucionais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Indicadores. Realização de campanhas de conscientização. Entrevista e indicadores.

15.4.2. O hospital possui protocolos e procedimentos para seleção de doadores, com previsão de testagem imuno-hematológica das amostras, implementados e disponíveis aos colaboradores?

Premissa: O serviço de hemoterapia que realize os exames de qualificação do doador deve estabelecer protocolos e procedimentos que contenham os critérios para aceitação e rejeição das amostras e liberação de resultados dos testes. São obrigatórios os seguintes testes imuno-hematológicos: Tipagem ABO; Tipagem RhD; e Pesquisa de anticorpos anti-eritrocitários irregulares (PAI). Nos protocolos e procedimentos do serviço de hemoterapia, também devem constar outros testes realizados nas amostras de sangue dos doadores, não se limitando apenas aos obrigatórios. Os protocolos e procedimentos dos ensaios laboratoriais devem conter, no mínimo, a identificação dos testes utilizados, nome do fabricante do conjunto diagnóstico/reagentes, número do lote e prazo de validade e a identificação do responsável pela execução dos ensaios.

Nos casos em que o serviço for ofertado por empresa terceirizada, o hospital deve verificar se ela atende aos requisitos legais e às normativas institucionais vigentes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com profissionais.

15.4.3. O hospital possui protocolos e procedimentos para coleta, armazenamento e distribuição do sangue implementados e disponíveis aos colaboradores?

Premissa: O serviço de hemoterapia deve contar com protocolos e procedimentos que orientem a realização de todas as etapas do ciclo produtivo do sangue desde a coleta, armazenamento até a distribuição de sangue e hemocomponentes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com os colaboradores.

15.4.4. O hospital adota estratégias voltadas ao uso racional de hemocomponentes?

Premissa: O hospital deve adotar estratégias voltadas ao uso racional de hemocomponentes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuários. Indicadores. Material de divulgação.

15.4.5. O serviço de hemoterapia dispõe de plano com medidas de segurança para garantir a estabilidade das bolsas de sangue?

Premissa: Deve ser elaborado um plano com medidas de segurança para garantir a estabilidade das bolsas de sangue.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Indicadores. Planos de melhoria da qualidade.

15.5. Terapia Nutricional

15.5.1. Há locais adequados para manipulação de nutrição parenteral (NP)?

Premissa: Para a preparação da NP, a farmácia deve atender aos requisitos quanto à estrutura estabelecidos no Regulamento Técnico de requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. "A manipulação da NP deve ser realizada em área classificada grau A ou B (classe 100), circundada por área grau B ou C (classe 10.000), de acordo com as Boas Práticas para Fabricação e Controle de Produtos Farmacêuticos" (Item 5.3.7 do Anexo I da Portaria nº 272/1998). As operações de manipulação devem ser realizadas em áreas definidas especificamente para:

- a) limpeza e higienização dos produtos farmacêuticos, correlatos e materiais de embalagem utilizados na manipulação da NP, em área controlada grau D (classe 100.000);
- b) manipulação da NP em área limpa grau A ou B (classe 100) ou sobre fluxo laminar, circundada por área grau B ou C (classe 10.000), de acordo com as Boas Práticas para Fabricação e Controle de Produtos Farmacêuticos.

Nos casos em que a instituição ofertar a prestação do serviço de forma terceirizada, cabe ao contratante certificar-se de que a execução das atividades está sendo realizada conforme preconizado em legislação vigente e segundo exigências contratuais.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Especificações do projeto. Planta do setor.

15.5.2. Há controle de qualidade da nutrição enteral?

Premissa: O controle de Qualidade deve avaliar todos os aspectos relativos aos insumos, materiais de embalagem, NE, procedimentos de limpeza, higiene e sanitização, conservação e transporte da NE, de modo a garantir que suas especificações e critérios estabelecidos pela RDC Anvisa nº 503/2021 sejam atendidos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Relatórios. Laudos. Visita.

15.5.3. RE São coletadas e armazenadas amostras de nutrição enteral preparada (sistema aberto) para avaliação microbiológica laboratorial?

Premissa: De cada sessão de manipulação de NE preparada devem ser reservadas amostras, conservadas sobre refrigeração (2°C a 8°C), para avaliação microbiológica laboratorial, caso o processo de manipulação não esteja validado. As amostras para avaliação microbiológica laboratorial devem ser estatisticamente representativas + 1 de uma sessão de manipulação, colhidas aleatoriamente durante o processo, caso ele não esteja validado, sendo "n" o número de NE preparadas. Recomenda-se reservar amostra de cada sessão de preparação para contraprova, devendo neste caso, ser conservada sobre refrigeração (2°C a 8°C) durante 72 (setenta e duas) horas após o seu prazo de validade.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita. Entrevista.

15.5.4. RE As dietas enterais, a serem instaladas, apresentam informações conforme o protocolo de identificação do paciente do hospital, permitindo a segurança de sua utilização e garantia do seu rastreamento na instituição?

Premissa: A NE deve ser rotulada com identificação legível do nome do paciente, composição e demais informações legais e específicas, para a segurança de sua utilização e garantia do seu rastreamento. Toda NE preparada deve apresentar rótulo com as seguintes informações: nome do paciente, nº do leito, registro hospitalar, composição qualitativa e quantitativa de todos os componentes, volume total, velocidade de administração, via de acesso, data e hora da manipulação, prazo de validade, número sequencial de controle e condições de temperatura para conservação, nome e número no Conselho Profissional do respectivo responsável técnico pelo processo.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita. Entrevista. Rótulo das dietas enterais.

15.5.5. O hospital possui plano de contingência para os processos de dietoterapia?

Premissa: O plano de contingência é um planejamento de caráter preventivo e alternativo que permite a identificação de possíveis cenários e como agir em cada uma das situações previstas. O sucesso da resposta passa por desenhar um plano em que os serviços envolvidos conheçam o seu papel em cada fase de ativação e estejam preparados, de acordo com os requisitos mínimos, assegurando uma resposta eficaz e segura.

Fonte de informações e evidências: Plano de contingência da nutrição.

15.5.6. O hospital dispõe e divulga a relação de dietas básicas para as patologias de maior prevalência na instituição com prescrições dietéticas e cardápios diários?

Premissa: A prescrição dietética deve ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional. A relação de dietas básicas deve estar descrita no manual de dietas da

instituição. Sua divulgação é necessária para que todos os profissionais tenham conhecimento dos tipos de dietas disponíveis para prática da assistência nutricional.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Manual de dietas. Cardápios diários. Indicadores. Registros de prontuário. Notificações sobre incidentes.

15.6. Banco e Posto de Coleta de Leite Humano

15.6.1. O hospital possui protocolos e procedimentos com descrição dos critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de leite humano recebido por doadoras?

Premissa: O banco de leite humano (BLH) e o posto de coleta de leite humano (PCLH) devem dispor de normas e rotinas escritas de todos os procedimentos realizados, de profissionais de saúde capacitados e legalmente habilitados para assumir a responsabilidade de avaliação da aptidão clínica das doadoras, do processamento e controle de qualidade de LH e das atividades clínico-assistenciais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita. Entrevista. Indicadores.

15.6.2. O banco de leite humano (BLH) e o posto de coleta de leite humano (PCLH) realizam o controle de qualidade do leite humano coletado e processado, de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: Conforme RDC nº 171/2006, o controle de qualidade envolve um conjunto de operações realizadas com o objetivo de verificar a conformidade dos produtos e processos. O BLH e o PCLH devem possuir um sistema de controle de qualidade que incorpore:

- a) Documentação de Boas Práticas de Manipulação do Leite Humano Ordenado;
- b) Programa de controle interno da qualidade, documentado e monitorado.

Nos casos em que o serviço for ofertado por empresa terceirizada, o hospital deve verificar se ela atende aos requisitos legais vigentes e às normativas institucionais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Laudos.

15.6.3. O hospital possui sistemática para captar novas doadoras de leite humano?

Premissa: O banco de leite humano e posto de coleta de leite humano devem estabelecer programas capazes de garantir captação de número adequado de doadoras para atender à demanda dos receptores das unidades assistidas.

Fonte de informações e evidências: Registros de campanhas e demais mecanismos de incentivo veiculados.

15.7. Processamento de Produtos para a Saúde (CME)

15.7.1. O hospital possui sistema de identificação manual ou informatizado dos materiais cirúrgicos?

Premissa: O hospital deve estabelecer mecanismos de rastreabilidade, conservação e descarte dos instrumentais e materiais médico-hospitalares.

Fonte de informações e evidências: Sistema de identificação. Visita diagnóstica.

15.7.2. O processamento de produtos segue um fluxo direcionado sempre da área suja para a área limpa?

Premissa: O processamento de produtos deve seguir um fluxo direcionado sempre da área suja para a área limpa (art. 15, RDC nº 15/2012). Nos casos em que a instituição oferecer esse atendimento de forma terceirizada, cabe ao contratante certificar-se de que a execução dos serviços está sendo realizado conforme preconizado em legislação vigente e segundo exigências contratuais.

Fonte de informações e evidências: Visita. Protocolos e procedimentos.

15.7.3. Há monitoramento de incidentes e gestão de riscos voltado para o processo de trabalho do CME?

Premissa: Compete ao Profissional Responsável pelo CME do hospital, contribuir com as ações de programas de prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde (art. 34, inciso VI, da RDC nº 15/2012).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Notificações. Mapeamento de riscos.

15.7.4. O CME possui áreas climatizadas separadas por barreira física com mecanismos adequados de comunicação entre as áreas e com o exterior?

Premissa: O CME deve possuir barreiras físicas entre áreas diferenciadas. As atividades de recebimento, descontaminação, lavagem e separação de materiais são consideradas “sujas” e, portanto, devem ser, obrigatoriamente, realizadas em ambiente próprio e exclusivo, e com paramentação adequada com a colocação dos seguintes EPI: avental plástico, botas, óculos e luvas (não cirúrgica). Entretanto, deve permitir a passagem direta dos materiais entre este ambiente e os demais ambientes "limpos" através de guichê ou similar. Nos casos em que a instituição oferecer esse atendimento de forma terceirizada, cabe ao contratante certificar-se de que a execução dos serviços está sendo realizado conforme preconizado em legislação vigente e segundo exigências contratuais. Conforme artigo 50 da RDC nº 15, de 15 de março de 2012, no CME Classe II, que recebe instrumental cirúrgico e produtos consignados para processamento, deve existir uma área exclusiva, dimensionada de acordo com o volume de trabalho desenvolvido, para recepção, conferência e devolução destes. Na área de limpeza do CME Classe II e da empresa processadora, a climatização deve atender além do disposto nos atos normativos pertinentes, os seguintes itens, de acordo com artigo 52 da RDC nº 15/2012:

“I - Manter temperatura ambiente entre 18º e 22º C;

II - Garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m³/h/m²;

III - Manter um diferencial de pressão negativo entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 PA; e

IV - Prover exaustão forçada de todo ar da sala com descarga para o exterior da edificação.

Parágrafo único. O ar de reposição pode ser proveniente dos ambientes vizinhos.”

Fonte de informações e evidências: Vistoria. Protocolos e procedimentos.

15.7.5. O CME possui planejamento, controle dos ciclos de esterilização e rastreabilidade de todo o processo?

Premissa: O hospital deve possuir planejamento, sistema de controle dos ciclos de esterilização e rastreabilidade do processo. No CME Classe II e na empresa processadora o processo de esterilização deve estar documentado de forma a garantir a rastreabilidade de cada lote processado.

Fonte de informações e evidências: Sistema de controle. Planejamento documentado. Indicadores do ciclo de esterilização.

15.7.6. O hospital possui mecanismos para gerenciar a qualidade dos produtos para saúde processados pelo CME e a utilização de dispositivos de uso único?

Premissa: A qualidade do processamento de artigos odonto-médico-hospitalares representa um dos pilares do controle e prevenção de infecção hospitalar, particularmente na realização de procedimentos invasivos, quando tais artigos são intensamente utilizados, e que entram em contato com mucosas e tecidos subepiteliais normalmente isentos de microrganismos. Sua importância refere-se não apenas à garantia de terem sido submetidos a processos de redução ou destruição microbiana (limpeza, desinfecção e/ou esterilização), mas também à sua funcionalidade e integridade, no sentido de não provocar danos e, assim, contribuir na diminuição das defesas do organismo durante sua utilização e favorecer ainda mais a transmissão de infecção (Graziano et al., 2009).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

16. HOTELARIA HOSPITALAR

16.1. Produção e Distribuição de Dietas Orais

16.1.1. RE A área física é dividida em área de pré-preparo e área de preparo e cocção?

Premissa: As áreas de pré-preparo, preparo e cocção devem separadas por meios físicos ou por outros meios eficazes de forma a evitar a contaminação cruzada. As áreas de preparação dos alimentos, devem ter fluxo linear, sem cruzamentos de atividades entre os vários gêneros de alimentos. Se não houver áreas separadas para os vários gêneros, deve existir no mínimo um local para pré-preparo (produtos crus) e local para preparo final (cozinha quente e cozinha fria), além das áreas de retorno de bandejas sujas e lavagem de utensílios, evitando a contaminação cruzado.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Entrevistas.

16.1.2. RE Há condições de higiene e manutenção do ambiente de preparação de refeições?

Premissa: As instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios da unidade de alimentação e nutrição (UAN) para preparação de refeições devem ser mantidos em condições higiênico-sanitárias apropriadas. As operações de higienização devem ser realizadas por funcionários comprovadamente capacitados e com frequência que garanta a manutenção dessas condições e minimize o risco de contaminação do alimento.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Entrevistas.

16.1.3. Há protocolos e procedimentos atualizados e implementados de controle das atividades de higienização, desratização e dedetização da área de preparação de refeições?

Premissa: A edificação, as instalações, os equipamentos, os móveis e os utensílios da UAN devem ser livres de vetores e pragas urbanas. Deve existir um conjunto de ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação destes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita. Entrevista. Indicadores.

16.1.4. Há protocolos e procedimentos de produção e distribuição de dietas orais implementados?

Premissa: O processo de produção e distribuição de dietas orais deve ser padronizado por meio de documentos do sistema de gestão da qualidade divulgados na instituição. O estabelecimento deve implementar e manter documentado o controle e garantia da qualidade dos alimentos preparados.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

16.1.5. Há sistema de controle de recebimento e inspeção dos alimentos perecíveis e não perecíveis?

Premissa: As matérias-primas, os ingredientes e as embalagens devem ser submetidos à inspeção e aprovados na recepção. As embalagens primárias das matérias-primas e dos ingredientes devem estar íntegras. A temperatura das matérias-primas e ingredientes que necessitem de condições especiais de conservação deve ser verificada nas etapas de recepção e de armazenamento. As matérias-primas, os ingredientes e as embalagens devem ser armazenados em local limpo e organizado, de forma a garantir proteção contra contaminantes. Devem estar adequadamente acondicionados e identificados, sendo que sua utilização deve respeitar o prazo de validade.

Fonte de informações e evidências: Manual de Boas práticas. Sistema de controle. Indicadores.

16.1.6. Há local específico para o preparo de fórmulas infantis e normas específicas sobre o modo de preparação das diferentes fórmulas?

Premissa: O local de preparo das fórmulas infantis pode ser compartilhado com o local de manipulação da nutrição enteral, desde que haja de sala separada com fogão, geladeira, micro-ondas e freezer para as fórmulas infantis, bem como protocolos e procedimentos quanto a horários distintos de utilização.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Entrevistas. Protocolos e procedimentos.

16.2. Gestão de Enxoval Hospitalar

16.2.1. O hospital faz visitas periódicas à lavanderia externa terceirizada contratada para acompanhamento das condições do processamento das roupas?

Premissa: A lavanderia terceirizada deverá garantir condições estruturais, organizacionais, de recursos humanos, de processo de trabalho e de qualidade adequadas para o desenvolvimento das atividades de processamento de roupas.

Fonte de informações e evidências: Relatório de visita.

16.2.2. A infraestrutura e as condições de operação estão adequadas à demanda do serviço e à segurança do trabalhador?

Premissa: A ambiência apropriada, a infraestrutura adequada e a organização do processo de trabalho previnem e controlam os agravos à saúde dos trabalhadores expostos aos riscos inerentes da atividade.

Fonte de informações e evidências: Visita à unidade. Entrevista. Relatório da vistoria do SOST.

16.2.3. Os princípios de prevenção e controle de infecção são aplicados à gestão da lavanderia e rouparia, incluindo transporte, processamento e armazenamento?

Premissa: O hospital deve estabelecer e monitorar o correto emprego das precauções padrão, das rotinas de controle de infecção e da biossegurança para que seja assegurado o fornecimento seguro da roupa hospitalar.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visitas às unidades.

16.2.4. A área de processamento de roupas tem acesso restrito?

Premissa: O acesso a unidade de processamento de roupa e a circulação interna nos ambientes deverá ser restrito aos trabalhadores da área. Nos casos em que a instituição oferecer esse atendimento de forma terceirizada, cabe ao contratante certificar-se de que os locais de execução dos serviços estão em conformidade com o preconizado em legislação vigente e segundo exigências contratuais.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações.

16.2.5. Há o estabelecimento e a aplicação de processos e barreiras físicas que impeçam que a contaminação da área suja passe para a área limpa?

Premissa: O processamento de roupas de serviços de saúde deve seguir um fluxo direcionado da sala de recebimento da roupa suja para a sala de processamento da roupa limpa evitando a contaminação. Ex.: banheiros para os funcionários da área suja acessar a área limpa; vestiários de barreira, o processamento de roupas segue um fluxo direcionado da sala de recebimento da roupa suja para a sala de processamento da roupa limpa. Nos casos em que a instituição oferecer esse atendimento de forma terceirizada, cabe ao contratante certificar-se de que os locais de execução dos serviços estão em conformidade com o preconizado em legislação vigente e segundo exigências contratuais.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Fichas de processos. Protocolos e procedimentos.

16.2.6. Os equipamentos da área de processamento de roupas são adequados aos procedimentos do serviço?

Premissa: Os equipamentos da área de processamento de roupas devem ser adequados aos procedimentos do serviço, considerando a quantidade diária de processamento de roupas com a necessidade diária do hospital. Os equipamentos instalados na unidade de processamento de roupas devem ser máquinas e aparelhos que participam das várias etapas do processamento de roupas, sem os quais se torna impossível seu efetivo funcionamento.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Entrevistas.

16.2.7. A área de processamento de roupas possui protocolos e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis?

Premissa: O setor deverá manter os protocolos e procedimentos documentados, atualizados, amplamente divulgados e de fácil acesso aos profissionais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

16.2.8. O serviço de processamento de roupas possui programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o PCIRAS da instituição?

Premissa: Para segurança e proteção da saúde do trabalhador deverá ser implementado um Programa de Prevenção de Riscos Ambientais o qual deverá conter, no mínimo:

- a) Planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma;
- b) Estratégia e metodologia de ação;
- c) Forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;
- d) Periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do programa de prevenção de riscos ambientais.

Todas as ações devem ser implementadas em conformidade com o PCIRAS.

Fonte de informações e evidências: Programa de segurança.

16.2.9. O hospital possui lista de padronização do enxoval?

Premissa: A padronização do enxoval hospitalar evita a grande variedade de composição têxtil, cores, modelos e tamanhos, diminui custo e espaço sendo enquadrado como peças para o enxoval do paciente, apoio cirúrgico e para as equipes de trabalho.

Fonte de informações e evidências: Lista com a padronização do enxoval.

16.2.10. O hospital estabelece procedimentos para o controle de qualidade em todas as fases do processo relacionadas ao processamento e distribuição do enxoval?

Premissa: Devem ser analisados os indicadores dos processos de hotelaria para proporcionar ações de melhoria do processo.

Fonte de informações e evidências: Indicadores. Protocolos e procedimentos. Relatórios. Visita diagnóstica.

16.2.11. O enxoval disponível atende à demanda do hospital?

Premissa: A carga de roupa poderá ser estimada conforme o tipo de hospital, especificado da seguinte forma:

- a) Hospital de longa permanência para pacientes crônicos carga de roupa estimada de 2 Kg/leito/dia
- b) Hospital geral carga de roupa estimada de 4 Kg/leito/dia
- c) Hospital geral de maior rotatividade carga de roupa estimada de 6 Kg/leito/dia
- d) Hospital especializado carga de roupa estimada de 8 Kg/leito/dia
- e) Hospital escola carga de roupa estimada de 8 a 15 Kg/leito/dia

Fonte de informações e evidências: Visitas diagnósticas. Controles de entrega do enxoval no setor.

16.2.12. O hospital possui locais de acesso restrito para armazenamento do enxoval nas áreas assistenciais?

Premissa: Os setores assistenciais deverão possuir um local com acesso restrito (rouparias setoriais ou armários fechados ou carros fechados, de acesso restrito) que seja adequado para o armazenamento do enxoval limpo.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica.

16.2.13. O responsável pela distribuição do enxoval, na rouparia central, realiza os registros de saída e entrega aos setores assistenciais?

Premissa: Quanto aos registros realizados para distribuição do enxoval o responsável pela atividade deverá registrar tanto a saída do enxoval da rouparia central como a entrada nos setores assistenciais realizando o registro pelo número de peças de cada item ou número de kit. Quando se tratar de solicitações avulsas também deverão ser registrados o setor solicitante, o nome do paciente, o motivo e quem solicitou devendo este rubricar o recebimento.

Fonte de informações e evidências: Planilhas de controle. Relatórios.

16.2.14. Há hampers em quantidade adequada e eles são armazenados em sala de utilidade para o acondicionamento do enxoval sujo?

Premissa: O quantitativo de hamper deve ser suficiente à demanda do hospital, de modo a utilizar 3/4 de sua capacidade, evitando assim a sua abertura durante o transporte. O local destinado para o armazenamento da roupa suja na unidade geradora deve ser arejado e higienizado, conforme rotina pré-estabelecida, a fim de se evitar o aparecimento de insetos e roedores.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Mapeamento de hamper.

16.2.15. O hospital fornece conjuntos de vestimentas privativas aos trabalhadores do centro cirúrgico?

Premissa: O hospital deve fornecer conjuntos de vestimentas privativas aos trabalhadores do centro cirúrgico e a higienização dessas vestimentas deve ser de responsabilidade do empregador (NR 32).

Fonte de informações e evidências: Visita ao centro cirúrgico. Entrevista com os profissionais.

16.3. Transporte de Pacientes

16.3.1. Há equipe habilitada para acompanhar o paciente no transporte intra e inter-hospitalar?

Premissa: No processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde é necessário estabelecer uma equipe treinada que desenvolva todas as etapas de transporte como, a comunicação entre os locais de origem e destino, estabilidade clínica do paciente, visando a segurança e integridade do paciente durante todo o transporte. Acompanhado por relatório completo, legível e assinado.

Fonte de informações e evidências: Escalas de profissionais (para o transporte inter-hospitalar). Registro em prontuário ou formulário/impresso específico. Condutores habilitados para realização da atividade.

16.3.2. Há meios de transporte (próprio, conveniado ou contratado) equipados adequadamente para a realização de transferências de pacientes conforme critérios clínicos para transferência?

Premissa: O transporte de pacientes inter-hospitalar, de caráter público ou privado, deverá ser realizado, de acordo com a situação clínica do paciente a ser transportado, em veículos adequados e equipados conforme ABNT – NBR 14561/2000. Esse transporte deverá ser realizado em veículo (ambulância, aeronave, embarcação) adequado equipado com materiais e medicamentos, conforme o tipo de assistência a ser prestada. Nos casos em que o serviço for ofertado por outra entidade, o hospital deve verificar se a empresa cumpre os requisitos legais vigentes e os normativos institucionais.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações. Protocolos e procedimentos. Contratos vigentes com serviços de transportes contratados ou contratualizados. Vistoria dos veículos. Notificação de incidentes. Indicadores. Registros em Prontuários. Habilitação dos condutores. Normativas de transporte sanitário.

16.4. Higienização Hospitalar

16.4.1. Há protocolos e procedimentos para os processos de higienização e limpeza de superfícies?

Premissa: Falhas nos processos de limpeza e desinfecção de superfícies podem ter como consequência a disseminação e transferência de microrganismos nos ambientes dos serviços de saúde, colocando em risco a segurança dos pacientes e dos profissionais que atuam nesses serviços. Dessa forma, os protocolos e procedimentos devem ser padronizados e documentados (Manual de Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Anvisa, 2010). Os protocolos e procedimentos elaborados e disponibilizados por empresas terceirizadas devem ser controlados pela UGQ/UGQSP/STGQ, contudo, não necessitam, obrigatoriamente, seguir o layout da Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade do hospital.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

16.4.2. Há protocolos e procedimentos de limpeza e desinfecção de equipamentos médico-hospitalares implementados?

Premissa: O hospital deve possuir protocolos e procedimentos implementados que descrevam os processos de limpeza e desinfecção de equipamentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

16.5. Controle e Manejo de Pragas e Vetores

16.5.1. RE São realizadas desratização e desinsetização periodicamente no hospital?

Premissa: O estabelecimento deverá promover ações eficazes e contínuas para controle de vetores e pragas urbanas impedindo sua atração, abrigo, acesso e proliferação (RDC nº 63/2011, art. 63º).

Fonte de informações e evidências: Registros de desratização e desinfecção.

16.5.2. RE O controle de pragas e vetores é realizado por empresa especializada?

Premissa: A contratação de prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas somente pode ser efetuada com empresa especializada. A empresa especializada deve ser constituída por pessoa jurídica, licenciada pelos órgãos competentes da saúde e do meio ambiente, para prestar serviços de controle de vetores e pragas urbanas (RDC nº 63/2011, art. 63º).

Fonte de informações e evidências: Contrato firmado entre o hospital e a empresa terceirizada. Licença de funcionamento da empresa especializada emitida pelos órgãos competentes.

16.5.3. RE A empresa especializada em serviço de controle de vetores e pragas urbanas utiliza apenas produtos saneantes desinfetantes devidamente registrados pela Anvisa?

Premissa: Para a prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas somente podem ser utilizados os produtos saneantes desinfetantes de venda restrita a empresas especializadas, ou de venda livre, devidamente registrados na Anvisa (RDC nº 63/2011, art. 63º).

Fonte de informações e evidências: Lista de produtos saneantes desinfetantes utilizados pela empresa especializada. Consulta ao portal da Anvisa para verificar se os produtos saneantes desinfetantes relacionados na lista possuem registro na Anvisa. Verificar se os produtos saneantes desinfetantes que estão sendo utilizados realmente são os que foram referidos na lista.

16.5.4. A empresa especializada em serviço de controle de vetores e pragas urbanas contratada possui protocolos e procedimentos implementados?

Premissa: Todos os procedimentos de diluição ou outras manipulações autorizadas para produtos saneantes desinfetantes, da técnica de aplicação, da utilização e manutenção de equipamentos, de transporte, de destinação final e outros procedimentos técnicos ou operacionais, devem estar descritos e disponíveis na forma de protocolos e procedimentos, inclusive com informações sobre o que fazer em caso de acidente, derrame de produtos químicos, saúde, biossegurança e saúde do trabalhador, sem prejuízo da legislação vigente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevista com funcionários da empresa. Registros do hospital sobre a prestação do serviço.

16.6. Gerenciamento de Resíduos

16.6.1. RE O hospital possui Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) instituído?

Premissa: Todo serviço gerador deve dispor de um PGRSS, em conformidade com o PCIRAS, aprovado pela CCIRAS, e que observe as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal. O PGRSS deve ser implementado, amplamente divulgado no hospital e estar acessível a todos os colaboradores (RDC nº 222, de 28 de março de 2018, capítulo II, art. 5º).

Fonte de informações e evidências: PGRSS.

16.6.2. Os procedimentos operacionais das etapas de gerenciamento de resíduos estão em conformidade com o PGRSS?

Premissa: O gerenciamento dos RSS deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos. Na atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, as etapas são a segregação, acondicionamento,

identificação, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde (RDC nº 222/2018 - XXXV).

Fonte de informações e evidências: POP das etapas em conformidade com PGRSS.

16.6.3. O hospital realiza segregação e acondicionamento dos resíduos, conforme normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve realizar a segregação e acondicionamento dos resíduos observando suas características e riscos.

Fonte de informações e evidências: Coletores (Carros de coleta, lixeiras) de armazenamento adequado à demanda e ao tipo de resíduo. Visita diagnóstica.

16.6.4. O hospital estabelece mecanismos de identificação de materiais e resíduos perigosos?

Premissa: Os resíduos dos serviços de saúde deverão ser segregados no momento de sua geração e estar em conformidade com a classificação em função do risco presente.

Fonte de informações e evidências: Sistema de identificação. Etiquetas padronizadas. Protocolos e procedimentos.

16.6.5. O hospital possui protocolos e procedimentos instituídos para emergências e acidentes decorrentes do gerenciamento dos resíduos de saúde?

Premissa: O gerador de RSS deve, no PGRSS, descrever os procedimentos relacionados em emergências.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

16.6.6. O hospital dispõe de local adequado para armazenamento temporário dos resíduos e meios de transporte adequados?

Premissa: A guarda temporária dos coletores de resíduos de serviços de saúde identificados deve ser em ambiente próximo aos pontos de geração, com características próprias e estar identificado como "abrigo temporário de resíduos".

Fonte de informações e evidências: Abrigo temporário de resíduo e carro de coleta/armazenamento em conformidade com a legislação.

16.6.7. O hospital realiza manuseio e coleta dos resíduos conforme normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve realizar o manuseio e coleta dos resíduos conforme normativas vigentes.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Protocolos e procedimentos. Contrato vigente.

16.6.8. O local destinado ao armazenamento externo de RSS está adequado conforme o risco estabelecido para todos os tipos de resíduos?

Premissa: O local de armazenamento externo de RSS deve estar ambientalmente adequado dos resíduos de serviços de saúde deve ser observada a necessidade de tratamento prévio.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Entrevista.

16.6.9. O hospital possui fluxo adequado de resíduos, atendendo à rota e aos horários previamente definidos, em coletor identificado?

Premissa: O transporte interno dos RSS deve ser realizado atendendo a rota e a horários previamente definidos, em coletor identificado (RDC Anvisa nº 222, art. 25).

Fonte de informações e evidências: Fluxo adequado.

16.6.10. O hospital verifica se a disposição final dos seus resíduos de saúde está sendo realizada em ambiente correto?

Premissa: O hospital deve verificar continuamente o processo de gerenciamento de resíduos realizado na instituição, documentando, inclusive, a conformidade da disposição final dos resíduos. A contratação de serviços de coleta, armazenamento, transporte, transbordo, tratamento ou destinação final de resíduos sólidos, ou de disposição final de rejeitos, não isenta a contratante da responsabilidade por danos que vierem a ser provocados pelo gerenciamento inadequado dos respectivos resíduos ou rejeitos.

Fonte de informações e evidências: Documento comprovando a destinação final. Certificado de destinação final; licença de operação; Laudo de análise de emissões gasosas.

16.6.11. O hospital possui processos padronizados para o tratamento de resíduos de alto risco?

Premissa: O tratamento dos RSS que apresentem múltiplos riscos deve obedecer à seguinte sequência:

- a) na presença de risco radiológico associado, armazenar para decaimento da atividade do radionuclídeo até que o nível de dispensa seja atingido;
- b) na presença de risco biológico associado contendo agente biológico classe de risco 4, encaminhar para tratamento; e
- c) na presença de riscos químico e biológico, o tratamento deve ser compatível com ambos os riscos associados.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

16.6.12. Os resíduos reutilizáveis e recicláveis são destinados para associações/cooperativas de catadores de materiais recicláveis?

Premissa: Em atendimento ao Decreto nº 10.936, de 12 de janeiro de 2022, art.40 cujo texto institui o Programa Coleta Seletiva Cidadã, por meio do qual os órgãos e as entidades da administração pública federal, direta e indireta, devem:

I - separar os resíduos reutilizáveis e recicláveis; e

II - destinar resíduos reutilizáveis e recicláveis, prioritariamente, às associações e às cooperativas de catadores de materiais recicláveis.

Fonte de informações e evidências: termo de compromisso; Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR); Declaração de retirada de materiais recicláveis.

16.6.13. O hospital faz a destinação correta das pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes/de vapor de sódio e mercúrio/de luz mista, esfigmomanômetros e termômetros após seu uso para o processo de desfazimento?

Premissa: Cabe ao hospital efetuar a devolução após o uso das pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes, de vapor de sódio e mercúrio e de luz mista, esfigmomanômetros e termômetros conforme sistema de logística reversa implementado pelos fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes do produto, independente do serviço público de limpeza urbana e de manejo dos resíduos sólidos. A responsabilidade compartilhada pelo ciclo de vida dos produtos deve ser implementada de forma individualizada e encadeada, abrangendo os fabricantes, importadores, distribuidores e comerciantes, os consumidores e os titulares dos serviços públicos de limpeza urbana e de manejo de resíduos sólidos.

Fonte de informações e evidências: Plano de logística reversa, relatório de controle de devolução. Contratos e outros instrumentos de parcerias com Cooperativas ou empresas de reciclagem licenciada pelo órgão ambiental.

16.6.14. Existe separação e acompanhamento do descarte dos medicamentos vencidos (recipiente e destinação adequada)?

Premissa: Deve existir recipiente adequado para o descarte em embalagem rígida e na cor laranja, por ser produto químico e apresentar risco a saúde pública e ao meio ambiente. Para evitar o reaproveitamento dos remédios vencidos é importante realizar a descaracterização dos medicamentos antes do descarte final (diluição para líquidos e macerar os medicamentos sólidos).

Fonte de informações: Registro de controle de descarte de medicamentos.

16.6.15. Há acompanhamento do lançamento dos efluentes de acordo com a legislação vigente?

Premissa: Conforme Resolução CONAMA nº 430, de 13 de maio de 2011, os efluentes oriundos do hospital estão sujeitos às exigências estabelecidas nessa normativa, devendo : I - ser lançados em rede coletora de esgotos sanitários conectada a estação de tratamento, atendendo às normas e diretrizes da operadora do sistema de coleta e tratamento de esgoto sanitários; e II - ser lançados diretamente após tratamento especial.

Fonte de informações e evidências: Registros de monitoramento dos lançamentos dos efluentes.

17. GESTÃO DA INFORMAÇÃO CLÍNICA

17.1. Gestão da Informação Clínica em Meio Físico e do Prontuário Eletrônico do Paciente

17.1.1. RE O hospital possui prontuário integrado (único) implementado?

Premissa: O hospital deve manter prontuário único do paciente padronizado e com registros completos (art. 6º, inciso IX da Portaria Interministerial nº 285/2015). O prontuário único é o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde, ou seja, o registro do cuidado integral prestado ao paciente. No prontuário único, deve-se reunir o histórico completo do paciente, advindo de todos os atendimentos que ocorreram na instituição e até mesmo de outros serviços de saúde, incluindo exames, consultas e atividades relacionadas ao cuidado.

Fonte de informações e evidências: Prontuário único físico.

17.1.2. RE Os prontuários físicos e eletrônicos dos pacientes ficam disponíveis somente aos profissionais autorizados a terem acesso?

Premissa: A elaboração e implantação de protocolos e procedimentos de gestão, acesso, segurança e preservação das informações nos prontuários devem ser estabelecidas pelo hospital de acordo com normativas internas observando a regulação de acessos.

Fonte de informações e evidências: Prontuários físicos. Prontuário eletrônico com acesso por login e senha individualizado. Entrevistas. Protocolos e procedimentos.

17.1.3. RE O hospital possui sistema de controle de entrada e saída dos prontuários, circulação desses nas áreas assistenciais e de apoio e mecanismos que garantam a sua rastreabilidade?

Premissa: O setor deve contar com um sistema de controle de entrada e saída dos prontuários do arquivo, que permita a movimentação nas Unidades de Internação e mecanismos que garantam a sua rastreabilidade (Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh. Brasília, 2021).

Fonte de informações e evidências: Controle de entrada e saída dos prontuários. Controle da circulação nas unidades assistenciais e de apoio. Medidas de rastreabilidade de prontuários.

17.1.4. RE O hospital possui documento normativo padronizado contendo ações voltadas para padronização da composição e organização adequada e segura dos registros nos prontuários dos pacientes?

Premissa: Devem ser elaborados protocolos e procedimentos que estabeleçam as ações necessárias para os registros adequados e seguros nos prontuários dos pacientes, para padronização da composição e organização do prontuário.

Fonte de informações e evidências: Prontuário físico e eletrônico. Registros de análise dos indicadores de revisão de prontuário ou da auditoria de prontuários. Protocolos e procedimentos. Registros de treinamento sobre o documento implantado.

17.1.5. RE Os procedimentos da assistência realizados são registrados em prontuário

Premissa: A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e multiprofissional no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais. Os registros devem conter as informações completas e legíveis, além da identificação e assinatura dos profissionais que realizaram o cuidado.

Fonte de informações e evidências: Prontuários de pacientes.

17.1.6. O hospital possui protocolos e procedimentos relacionados ao consentimento informado que contenha a relação dos procedimentos e tratamentos que requerem assinatura do TCLE?

Premissa: O hospital deve dispor do TCLE, descrevendo e justificando o procedimento ou tratamento recomendado, obtido antes da realização destes, constando a duração, as consequências, com linguagem clara, acessível, em duas vias, uma via pertence ao paciente, a outra via será arquivada no prontuário do paciente. Assinado pelo paciente ou representante legal.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuário. Visita diagnóstica. Entrevista.

17.1.7. O TCLE é obtido antes do uso de sangue e hemocomponentes?

Premissa: O TCLE deve ser obtido, junto ao paciente ou responsável, antes do uso de sangue e hemocomponentes. O profissional de saúde deve orientar o paciente ou responsável sobre os riscos e benefícios do tratamento.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuário. Visita diagnóstica. Entrevista.

17.1.8. RE As condições de armazenamento das documentações clínicas atendem às condições de segurança de acordo com as normas vigentes?

Premissa: O hospital deve dispor de local específico para a guarda, arquivamento e manutenção da documentação clínica (Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh. Brasília, 2021).

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica.

17.1.9. RE Os documentos expedidos pela instituição possuem os dois identificadores obrigatórios, estabelecidos no protocolo de identificação do paciente?

Premissa: Os documentos expedidos pelo hospital produzidos a partir da assistência e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos devem conter os dois identificadores obrigatórios, estabelecidos no protocolo de identificação do paciente (Exemplo: prescrição médica, prescrição de enfermagem, evolução de estado clínico, resultados de exames, formulários de transferência, entre outros).

Fonte de informações e evidências: Documentos que devem apresentar os dois identificadores obrigatórios.

F. PROCESSOS PRIMÁRIOS - JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO

18. AUTORIZAÇÃO

18.1. Autorização para Realização de Pesquisa

18.1.1. Os projetos de pesquisa são cadastrados e autorizados na área de pesquisa do hospital?

Premissa: Toda pesquisa realizada no hospital deve estar cadastrada no sistema Rede Pesquisa. A área de pesquisa deve manter cadastro atualizado dos projetos de pesquisa realizados no hospital, contendo minimamente: lista de projetos de pesquisa em realização na instituição; profissionais, discentes e docentes envolvidos nos projetos; publicações decorrentes dos projetos.

Fonte de informações e evidências: Cadastro dos projetos de pesquisa no Rede Pesquisa. protocolos e procedimentos. Fichas de processo. Sistema Rede Pesquisa: lista de projetos de pesquisa realizados e em realização na instituição.

18.1.2. O hospital verifica a presença de conflito de interesse, financeiro ou não, entre os pesquisadores envolvidos nos estudos clínicos, garantindo o cumprimento das boas práticas de pesquisa clínica?

Premissa: A Política de Transações com Partes Relacionadas da Ebserh solicita que nos contratos haja manifestação formal das partes sobre conflitos de interesse, incluindo o financeiro. O hospital deve verificar a presença de conflito de interesse, financeiro ou não, entre os pesquisadores envolvidos nos estudos clínicos, garantindo o cumprimento das boas práticas de pesquisa. Assim, todos os pesquisadores devem assinar termo de conflito de interesse.

Fonte de informações e evidências: Termo de conflito de interesse, CDA (*Confidential Disclosure Agreement*). *Financial Disclosure* em caso de protocolos internacionais.

18.1.3. Os contratos ou acordos estabelecidos entre o hospital, o patrocinador e outras instituições para execução dos estudos clínicos seguem as diretrizes de Boas Práticas em pesquisa clínica?

Premissa: Os contratos ou acordos necessários devem ser firmados segundo especificidade e vigência dos estudos e devem ser seguidos durante a pesquisa (Guia Anvisa nº 35/2020). O contrato ou acordo deve incluir: escopo, período de vigência, responsabilidades definidas por cada parte, consonância com o protocolo aprovado, proteção à privacidade e sigilo dos dados, previsão de ressarcimento aos participantes.

Fonte de informações e evidências: Contratos ou acordos assinados entre as partes envolvidas (Ex.: entre a instituição e o patrocinador ou ORPC, centro ou laboratório de análises clínicas, centro ou setor de radiologia, centro ou instituição coparticipante, centro ou empresa de arquivamento). Cópia de recibos de pagamentos de reembolso em relação à transporte e alimentação feitos ao participante de ensaio clínico e seu acompanhante.

18.1.4. As qualificações e treinamentos dos profissionais com permissão para participar do programa de pesquisa clínica estão documentados?

Premissa: Os registros de treinamento devem conter, minimamente, a data do treinamento, assunto ou material utilizado (incluindo versão, se aplicável), forma de treinamento (exemplo: leitura individual, palestra, aula), responsável pelo treinamento e identificação dos funcionários treinados (por exemplo, por meio de assinaturas). A documentação referente a currículos, experiências profissionais e treinamentos de toda equipe deve ser mantida sobre controle.

Fonte de informações e evidências: Currículo com descrição de experiência em projetos anteriores de pesquisa clínica ou certificado de treinamento em Boas Práticas Clínicas. Registro dos treinamentos realizados em Boas Práticas Clínicas, protocolos e procedimentos, manuais do estudo e qualquer outro treinamento aplicável.

19. EXECUÇÃO

19.1. Monitoramento das Atividades de Pesquisa

19.1.1. A área de pesquisa monitora atividades de pesquisa acadêmica e patrocinada realizadas na instituição?

Premissa: A área de pesquisa deve monitorar as atividades de pesquisa acadêmica e patrocinada realizadas na instituição.

Fonte de informações e evidências: Relatórios.

19.1.2. O hospital dispõe de sistema de informação automatizado para o registro e o controle da execução dos estudos clínicos?

Premissa: O hospital deve dispor de sistema de informação automatizado para o lançamento e controle de dados dos estudos clínicos, que deve dispor de sistema de segurança, definição de perfis de acesso e permissão de acesso individualizado por meio de usuário e senha. Deve haver procedimentos de backup, recuperação de dados ou plano de contingência para evitar perda de dados (Guia Anvisa nº 35/2020).

Fonte de informações e evidências: Sistemas de informação. Entrevista com pesquisadores.

19.1.3. Os estudantes vinculados aos projetos de pesquisa realizam suas atividades sobre supervisão direta do pesquisador responsável ou do profissional do hospital vinculado ao projeto?

Premissa: Os estudantes vinculados aos projetos de pesquisa devem realizar suas atividades sobre supervisão direta do pesquisador responsável ou do profissional do hospital vinculado ao projeto.

Fonte de informações e evidências: Entrevista com estudantes de pesquisa

19.1.4. A instituição segue as boas práticas em pesquisa clínica de forma a garantir seu compromisso em proteger participantes de pesquisas envolvendo seres humanos?

Premissa: A pesquisa clínica é entendida como o estudo realizado em seres humanos para avaliar o efeito das exposições ou intervenções sobre resultados biomédicos ou relacionados à saúde. São classificados em estudos de intervenção ou ensaios clínicos, observacionais e acesso expandido. As pesquisas envolvendo seres humanos conduzidas no hospital devem ser precedidas de aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os pacientes que participam de pesquisas clínicas devem receber informações detalhadas sobre a sua participação na pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento específico ou, no caso de menores ou legalmente incapazes, termo de assentimento. Os referidos termos devem respeitar as resoluções vigentes quanto ao conteúdo e linguagem, bem como serem aprovados no sistema CEP/CONEP (Resolução CNS nº 466/2012, IV – Do processo de consentimento livre e esclarecido).

Fonte de informações e evidências: Aprovação do CEP e, se aplicável da CONEP para protocolos de pesquisa e suas emendas. TCLE com identificação da versão ou, no caso de participantes menores de idade ou legalmente incapazes, juntamente a cópia do RG ou certidão de nascimento. Termo de Assentimento aprovado pelo CEP. Registro das pesquisas na Plataforma Brasil.

19.1.5. Os estudos clínicos que envolvem produtos para fins de registro são conduzidos mediante aprovação regulatória?

Premissa: Os estudos clínicos que envolvem produtos para fins de registro devem ser conduzidos mediante aprovação regulatória na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além da aprovação no sistema CEP/CONEP.

Fonte de informações e evidências: Registro de projetos de pesquisa clínica com autorização da ANVISA para a sua execução, quando aplicável (medicamentos e outras tecnologias para fins de registro) Comunicado Especial (CE) ou Documento para Importação de Produto sobre investigação do Dossiê de Desenvolvimento Clínico do Medicamento Experimental (DDCM) listando o ensaio clínico avaliado ou, nos casos de estudos aprovados, CE do ensaio clínico listando o hospital. CE ou Documento para Importação de Produto sobre investigação do DDCM listando a versão da emenda

aprovada.

19.1.6. Pacientes e familiares são informados sobre como acessar pesquisas clínicas ou ensaios clínicos relevantes para seu tratamento?

Premissa: Os pacientes e familiares devem ser informados sobre como acessar ensaios clínicos relevantes para seu tratamento.

Fonte de informações e evidências: Folhetos. Cartazes. Registros em prontuário. Divulgação em sites. Entrevista com pacientes e familiares.

19.1.7. As áreas de pesquisa e inovação propõem e participam de atividades em rede com os demais hospitais da Ebserh para promoção da pesquisa e inovação?

Premissa: As áreas de pesquisa e inovação devem propor e participar de atividades em Rede com os demais hospitais da Ebserh para promoção da pesquisa e inovação.

Fonte de informações e evidências: Fluxos e processos descritos relacionados às atividades em rede, listas de presença, tipos de atividades, número de discentes, docentes, e colaboradores Ebserh participantes.

19.1.8. As áreas de pesquisa e inovação apoiam e promovem eventos de pesquisa e inovação?

Premissa: As áreas de pesquisa e inovação devem apoiar e promover eventos de pesquisa e inovação.

Fonte de informações e evidências: Fluxos e processos descritos. Lista de presença. Matérias publicitárias relacionadas a eventos de pesquisa e inovação em saúde.

20. RESULTADOS

20.1. Consolidação dos Resultados de Pesquisa

20.1.1. A produção científica realizada na instituição é registrada junto à Gerência de Ensino e Pesquisa?

Premissa: As publicações científicas geradas na instituição devem ser registradas junto à Gerência de Ensino e Pesquisa.

Fonte de informações e evidências: Relação de registro na GEP dos artigos e trabalhos científicos produzidos na instituição. Fluxo para o registro de publicação científica na GEP. Dados do Rede Pesquisa.

20.1.2. O hospital dá publicidade às ações e resultados de pesquisa e inovação desenvolvidas na instituição?

Premissa: O hospital deve dar publicidade às ações de pesquisa e inovação tecnológica em linguagem acessível ao público.

Fonte de informações e evidências: Divulgação na página do hospital no portal Gov.br - Ebserh, intranet, impressos, redes sociais, matérias em veículos de comunicação.

G - PROCESSOS DE SUPORTE À JORNADA DA PESQUISA E INOVAÇÃO

21. ESTRUTURA DE PESQUISA

21.1. Gestão da Estrutura do Campo de Prática de Pesquisa

21.1.1. A instituição garante locais adequados para arquivo dos estudos clínicos?

Premissa: O local de arquivo dos estudos clínicos deve possuir acesso restrito e estrutura adequada para armazenamento de documentos. As pastas dos estudos clínicos devem ser arquivadas após a conclusão dos ensaios clínicos, identificadas e organizadas. Deve ser mantido registro da localização dos documentos essenciais, incluindo documentos-fonte.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações: Arquivo do estudo. Entrevista com pesquisadores.

21.1.2. A instituição garante locais adequados para o armazenamento dos produtos utilizados em estudos clínicos?

Premissa: O hospital deve possuir farmácia ou local segregado de armazenamento dos produtos utilizados em estudos com acesso restrito e controlado, com controle de temperatura e umidade. Os medicamentos devem ser armazenados de forma lógica, segregados e devidamente identificados, permitindo a localização pronta, ágil e sem possibilidade de erros na separação e dispensação.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações: Farmácia ou local de armazenamento dos produtos sobre investigação. Entrevista com pesquisadores.

H- PROCESSOS DE SUPORTE TRANSVERSAIS AOS PROCESSOS PRIMÁRIOS

22. PLANEJAMENTO HOSPITALAR

22.1. Planejamento de Ensino

22.1.1. RE O hospital possui, no mínimo, dois programas de residência médica, próprios ou conveniados, em áreas prioritárias do SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% de seu número total de leitos operacionais?

Premissa: Segundo art. 5º, inciso III, da Portaria Interministerial nº 285/2015, para ser certificado como hospital escola do tipo, o hospital deve ofertar, em caráter permanente e contínuo, pelo menos dois programas de residência médica, próprios ou conveniados, em áreas prioritárias para o SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% de seu número total de leitos operacionais. Quando se tratar de hospital especializado ou maternidade, este deverá ofertar cursos de residência de acordo com sua área de atuação.

Fonte de informações e evidências: Planos dos programas de residência. Relatório de avaliação da comissão de avaliação quanto ao cumprimento do programa. Entrevistas. Conciliação entre habilitações e relatórios do SIG-RES.

22.1.2. O hospital possui, no mínimo, quatro programas de residência médica, próprios ou conveniados, em áreas prioritárias do SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% de seu número total de leitos operacionais?

Premissa: “Art. 9º Para ser certificado como HE-II, os hospitais deverão:

- a) ofertar, em caráter permanente e contínuo, pelo menos 4 (quatro) programas de residência médica em áreas prioritárias para o SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% (oito por cento) de seu número total de leitos operacionais;
- b) ofertar, em caráter permanente e contínuo, no mínimo 1 (um) programa de residência multiprofissional
- c) abrigar curso de pós-graduação "stricto sensu" em área da saúde, próprio ou conveniado, devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (...)

§ 2º Quando se tratar de hospital especializado, maternidade ou complexo hospitalar, este deverá ofertar cursos de residência médica e multiprofissional de acordo com sua área de atuação e de forma permanente e contínua" (Portaria Interministerial nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: Planos dos programas de residência. Relatório de avaliação da comissão de avaliação quanto ao cumprimento do programa. Entrevistas. Conciliação entre habilitações e relatórios do SIG-RES.

22.1.3. A COREME formaliza e divulga as atividades e os programas de residência?

Premissa: Os programas de residência e atividades relacionadas devem possuir descrição formalizada e divulgada na instituição.

Fonte de informações e evidências: Documentos dos programas de residência. Site ou intranet do hospital. Regimento interno da COREME.

22.1.4. A COREMU formaliza e divulga as atividades e os programas de residência?

Premissa: Os programas de residência e atividades relacionadas devem possuir descrição formalizada e divulgada na instituição.

Fonte de informações e evidências: Documentos dos programas de residência. Site ou intranet do hospital. Regimento interno da COREMU.

22.1.5. A instituição mantém contratos ou acordos formais com eventuais parceiros para atender às necessidades dos diversos cenários de prática de seus residentes em saúde?

Premissa: Quando necessário, o hospital deve realizar parcerias para atender às necessidades dos diversos cenários de prática dos residentes em saúde, devendo ser estabelecido contrato ou acordo formal com outras instituições.

Fonte de informações e evidências: Termo de acordo de parceria ou contrato.

22.1.6. O hospital dá publicidade às ações de extensão ofertadas na instituição?

Premissa: O hospital deve dar publicidade às ações de extensão ofertadas na instituição.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Oferta de atividades de extensão divulgada em sites, intranet, impressos.

22.1.7. A oferta de estágios da graduação e de ensino técnico é registrada na Gerência de Ensino e Pesquisa?

Premissa: A oferta de estágios da graduação e de ensino técnico deve ser registrada na Gerência de Ensino e Pesquisa.

Fonte de informações e evidências: Registro de estágio.

22.1.8. RE Há oferta de internato e de atividades curriculares de curso de graduação de acordo com as normativas vigentes para certificação de hospital de ensino?

Premissa: “Art. 8º Para ser certificado como HE-I, os hospitais deverão:

I - abrigar, quando demandado por instituição de ensino do Município ou Região de saúde, em caráter permanente e contínuo, as atividades curriculares da totalidade dos alunos em internato médico curricular obrigatório por área de atuação ou, no mínimo, 20 (vinte) alunos respeitando carga horária de até 35% (trinta e cinco por cento) do total de horas do curso, conforme definido nas diretrizes curriculares do curso de medicina; (...)

Fonte de informações e evidências: Registro de atividades curriculares e de internato.

22.1.9. A instituição atualiza periodicamente os Pedidos de Credenciamento de Programa (PCP) dos Programas de Residência em Saúde?

Premissa: Os PCP dos programas de residência em saúde devem seguir o disposto nas normativas vigentes das ementas das disciplinas dos cursos de residência correspondentes.

Fonte de informações e evidências: Protocolo emitido pelo sistema de informação da CNRM e da CNRMS. Relatório de atualização.

22.1.10. A instituição mantém o cadastro atualizado de todos os programas de residências em saúde nos sistemas de informação da Ebserh, da CNRM e da CNRMS?

Premissa: O Setor de Gestão do Ensino da Gerência de Ensino e Pesquisa deve inserir anualmente e atualizar periodicamente o Sistema de Informações Gerenciais dos Programas de Residência Ebserh (SIG-RES) com as informações referentes aos programas de residência em saúde do hospital, bem como o Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) e o Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR) (Portaria-SEI nº 15/2021).

Fonte de informações e evidências: SIG-RES. SINAR. SisCNRM.

22.1.11. A GEP avalia a viabilidade da oferta dos programas de estágio, ensino técnico e graduação?

Premissa: A GEP deve avaliar a viabilidade da oferta dos programas de estágio, ensino técnico e graduação, devendo esta atividade estar prevista em protocolos e procedimentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Fichas de processos. Pareceres de aprovação. Indicadores.

22.1.12. RE O hospital é cenário de prática para programas de residência de medicina geral de família e comunidade do município ou da região de saúde?

Premissa: “Art. 8º Para ser certificado como HE-I, os hospitais deverão: (...)

II - Ser cenário de prática para atividades hospitalares da residência de medicina geral de família e comunidade, em caso da existência de programa de residência no Município ou na Região de saúde” (Portaria Interministerial nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: PCP.

22.2. Identificação da Capacidade Instalada

22.2.1. É disponibilizado atendimento médico de acordo com as habilitações do hospital e a necessidade do paciente de atendimento especializado?

Premissa: O hospital deve disponibilizar atendimento médico especializado de acordo com as patologias do paciente e habilitações do hospital. Esse atendimento deve incluir respostas aos pedidos de pareceres médicos.

Fonte de informações e evidências: Habilitações registradas no CNES.

22.2.2. Existe cobertura da equipe multidisciplinar e de especialistas durante todo o horário de funcionamento dos ambulatórios de modo a preservar o atendimento de consultas novas e subsequentes?

Premissa: O hospital deve dispor de uma equipe multidisciplinar e de especialistas durante todo o horário de funcionamento dos ambulatórios de modo a preservar o atendimento de consultas novas e subsequentes. Devem ser elaborados protocolos e procedimentos sobre a temática, incluindo atividades a serem conduzidas para o gerenciamento de faltas.

Fonte de informações e evidências: Escala de profissionais da equipe multidisciplinar e de especialistas do ambulatório. Protocolos e procedimentos.

22.2.3. Os chefes das unidades organizacionais do hospital participam do processo de alocação do número adequado de profissionais para compor as equipes nos postos de trabalho?

Premissa: Os chefes de setor e unidades devem participar do processo de alocação de profissionais nas equipes de suas áreas, considerando as demandas que estão sobre sua competência. Para isso, é imprescindível, no momento da alocação, respeitar as atribuições de cada cargo e o princípio da economicidade que, no contexto da gestão de pessoas, seria alocar profissionais de acordo com o nível de formação exigido para as atividades que são realizadas na unidade organizacional.

Fonte de informações e evidências: Atas de reunião e listas de presença. Protocolos e procedimentos. Documento com especificação das competências de cada cargo.

22.2.4. A unidade de urgência e emergência possui equipe multiprofissional capacitada de acordo com a tipologia do hospital?

Premissa: O hospital deve contar com equipe 24 horas capacitada, compatível com a tipologia da porta de entrada hospitalar de urgência e emergência. Conforme PRC GM/MS nº 3/2017, a equipe do hospital geral deve ser composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos; e dos hospitais especializados Tipo I e II, por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do hospital, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.

Fonte de informações e evidências: Escala de profissionais. Registros em prontuário de pacientes. Entrevista com profissionais. Registros de capacitação.

22.2.5. A UTI Pediátrica conta com escalas de profissionais da equipe multiprofissional que atendam ao modelo assistencial e as normativas vigentes?

Premissa: A escala de profissionais da equipe multiprofissional que atua na UTI deve ser elaborada de modo a atender o modelo assistencial e as normativas vigentes. Deve ser monitorado o cumprimento da escala, bem como devem existir protocolos e procedimentos para ações de contingência para que os cuidados em saúde não sejam interrompidos.

Fonte de informações e evidências: Escala dos profissionais. Entrevista. Registros administrativos. CNES. Protocolos e procedimentos.

22.2.6. A UTI Pediátrica conta com escala de profissionais da equipe médica que atenda o modelo assistencial e as normativas vigentes?

Premissa: A escala de profissionais da equipe médica que atua na UTI deve ser elaborada de modo a atender o modelo assistencial e as normativas vigentes. Deve ser monitorado o cumprimento da escala, bem como devem existir protocolos e procedimentos para ações de contingência para que os cuidados em saúde não sejam interrompidos.

Fonte de informações e evidências: Escala dos profissionais. Entrevista. Registros administrativos. CNES. Protocolos e procedimentos.

22.2.7. A UTI Pediátrica conta com escalas de profissionais da equipe de enfermagem que atenda ao modelo assistencial e as normativas vigentes?

Premissa: A escala de profissionais da equipe de enfermagem que atua na UTI deve ser elaborada de modo a atender o modelo assistencial e as normativas vigentes. Deve ser monitorado o cumprimento da escala, bem como devem existir protocolos e procedimentos para ações de contingência para que os cuidados em saúde não sejam interrompidos.

Fonte de informações e evidências: Escala dos profissionais. Entrevista. Registros administrativos. CNES. Protocolos e procedimentos.

22.2.8. A UTI Adulto conta com escalas de profissionais da equipe multiprofissional que atendam ao modelo assistencial e as normativas vigentes?

Premissa: A escala de profissionais da equipe multiprofissional que atua na UTI deve ser elaborada de modo a atender o modelo assistencial e as normativas vigentes. Deve ser monitorado o cumprimento da escala, bem como devem existir protocolos e procedimentos para ações de contingência para que os cuidados em saúde não sejam interrompidos.

Fonte de informações e evidências: Escala dos profissionais. Entrevista. Registros administrativos. CNES. Protocolos e procedimentos.

22.2.9. A UTI Adulto conta com escala de profissionais da equipe médica que atenda o modelo assistencial e as normativas vigentes?

Premissa: A escala de profissionais da equipe médica que atua na UTI deve ser elaborada de modo a atender o modelo assistencial e as normativas vigentes. Deve ser monitorado o cumprimento da escala, bem como devem existir protocolos e procedimentos para ações de contingência para que os cuidados em saúde não sejam interrompidos.

Fonte de informações e evidências: Escala dos profissionais. Entrevista. Registros administrativos. CNES. Protocolos e procedimentos.

22.2.10. A UTI Adulto conta com escalas de profissionais da equipe de enfermagem que atenda ao modelo assistencial e as normativas vigentes?

Premissa: A escala de profissionais da equipe de enfermagem que atua na UTI deve ser elaborada de modo a atender o modelo assistencial e as normativas vigentes. Deve ser monitorado o cumprimento da escala, bem como devem existir protocolos e procedimentos para ações de contingência para que os cuidados em saúde não sejam interrompidos.

Fonte de informações e evidências: Escala dos profissionais. Entrevista. Registros administrativos. CNES. Protocolos e procedimentos.

22.2.11. A escala de profissionais do centro cirúrgico é adequada à programação cirúrgica e à recuperação pós-anestésica, e ainda contempla as situações de emergência?

Premissa: A escala de profissionais do centro cirúrgico deve ser adequada à programação cirúrgica e à recuperação pós-anestésica, e ainda deve contemplar as situações de emergência.

Fonte de informações e evidências: Mapa Cirúrgico (programação cirúrgica). Escala dos profissionais. Visita às unidades. Entrevistas.

22.2.12. A escala de anestesiólogistas é gerenciada para atender a programação cirúrgica?

Premissa: A escala de anestesiólogistas deve ser gerenciada para atender adequadamente a programação cirúrgica.

Fonte de informações e evidências: Mapa Cirúrgico ou de procedimentos que necessitem do anestesiólogista (programação cirúrgica). Escala dos profissionais. Visita às unidades. Entrevista.

22.2.13. O alojamento conjunto conta com equipe multiprofissional dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e as normas vigentes?

Premissa: O alojamento conjunto deve contar minimamente com as equipes descritas no art. 617 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017.

Fonte de informações e evidências: Escalas de trabalho. Entrevista com responsáveis pelo alojamento conjunto. Informações funcionais.

22.2.14. A UTIN conta com equipe multiprofissional dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e as normativas vigentes?

Premissa: A UTIN deve contar minimamente com as equipes descritas na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, para a UTIN Tipo II (Art. 76, inciso VI), UTIN Tipo III (Art. 77, incisos I a IV), UCINCo (Art. 80, inciso IV), e UCINCa (Art. 87).

Fonte de informações e evidências: Escalas de trabalho. Entrevista com responsáveis pela Unidade de Neonatologia. Informações funcionais.

22.2.15. RE O hospital possui equipe adequada e qualificada para gerenciar as atividades de prevenção e surtos?

Premissa: Os membros consultores da CCIRAS serão representantes, dos seguintes serviços: serviço médico, serviço de enfermagem, serviço de farmácia, laboratório de microbiologia e administração.

Os membros executores, que representam o serviço de controle de IRAS, lotados na UVS (hospitais tipos I, II e III) ou STGQ (hospitais tipo IV), serão, no mínimo, dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 horas para o enfermeiro e 4 horas para os demais profissionais (Portaria GM/MS nº 2616/1998).

Fonte de informações e evidências: Escala de trabalho. Informações funcionais. Entrevistas.

22.2.16. O hospital possui pessoal capacitado continuamente e dimensionado às necessidades do serviço de limpeza e higienização?

Premissa: O serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas (RDC nº 63/2011. Art. 32).

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica às unidades. Quadro de pessoal. Entrevistas. Programa de capacitação. Certificados. Lista de presença. Relatórios.

22.2.17. O Setor de Gestão da Qualidade e cada uma de suas unidades possuem profissionais exclusivos e capacitados com formação nas áreas de qualidade em saúde, segurança do paciente e vigilância em saúde?

Premissa: O responsável pelo Setor de Gestão da Qualidade, deverá, preferencialmente, possuir formação nas áreas de gestão da qualidade e segurança do paciente, assim como os responsáveis por cada uma das unidades deverão, preferencialmente, possuir formação nas áreas correspondentes. No STGQ e em suas unidades deverão ser lotados profissionais dedicados exclusivamente para a execução das atividades previstas, espera-se também que a equipe, preferencialmente, possua formação em sua área de atuação.

Fonte de informações e evidências: Entrevista. Informações funcionais.

22.2.18. O hospital conta com profissionais para controle do acesso à instituição nas 24 horas do dia?

Premissa: O hospital deve garantir mecanismos controle de acesso e de identificação dos profissionais, pacientes, acompanhantes e visitantes (Art. 21 e 22 da RDC Anvisa nº 63/2011).

Fonte de informações e evidências: Lista de presença ou relatórios de capacitação ou outras evidências de capacitações.

22.2.19. Há médico durante o funcionamento da terapia antineoplásica para atendimento das intercorrências clínicas?

Premissa: A terapia antineoplásica deve dispor de médico para o atendimento de intercorrências clínicas de terapia antineoplásica.

Fonte de informações e evidências: Escala de profissionais. Visita às unidades. Registros em prontuários. Entrevista com profissionais.

22.2.20. O hospital garante assistência à saúde de forma contínua – 24 horas por dia, 7 dias por semana, conforme as especificidades das áreas?

Premissa: O hospital habilitado em serviço de urgência e emergência, geral ou especializado, deve funcionar 24 horas por dia, sete dias por semana.

Fonte de informações e evidências: Escalas de trabalho.

22.3. Responsabilidade Técnica e Coordenação

22.3.1. RE O hospital possui responsável administrativo e responsável técnico habilitado, registrado no conselho de classe profissional, cadastrados no CNES conforme legislação vigente?

Premissa: O hospital deve possuir um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal (Art. 28, Decreto nº 20.931/1932), registrado no conselho de classe profissional (Art. 1º, Lei nº 6.839/1980). Tanto o responsável técnico quanto o responsável administrativo (pessoa física competente para administrar ou gerenciar o hospital) devem estar cadastrados no CNES.

Fonte de informações e evidências: Documento que atesta a Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Medicina responsável e cadastros no CNES.

22.3.2. RE O hospital possui enfermeiro responsável técnico habilitado?

Premissa: Toda empresa/instituição onde houver serviços/ensino de Enfermagem deve apresentar Certidão de Responsabilidade Técnica (CRT), documento emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem, pelo qual se materializa o ato administrativo de concessão de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) pelo Serviço de Enfermagem, que deve ser afixada em suas dependências, em local visível ao público. O Enfermeiro Responsável Técnico é o profissional de enfermagem de nível superior, nos termos da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que tem sobre sua responsabilidade o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a ART (Resolução Cofen nº 0509/2016; RDC nº 63/2011, art. 15).

Fonte de informações e evidências: CRT. Escalas de trabalho. Pasta funcional.

22.3.3. RE O hospital possui cirurgião-dentista técnico responsável?

Premissa: Conforme Resolução CFO 63/2005, e obrigatória a existência, em quaisquer das entidades prestadoras de serviços, de um cirurgião-dentista como responsável técnico.

Fonte de informações e evidências: CRT. Escalas de trabalho. Pasta funcional.

22.3.4. RE O hospital possui nutricionista técnico responsável?

Premissa: Conforme art. 13 da Resolução CFN nº 576, de 19 de novembro de 2016, “Os Nutricionistas integrantes do QT poderão responder solidariamente com o Nutricionista Responsável Técnico pelas atividades que desenvolvem na sua área de atuação.

Fonte de informações e evidências: Certidão de Responsabilidade Técnica. Escalas de trabalho. Pasta funcional.

22.3.5. RE O hospital possui fisioterapeuta/terapeuta ocupacional responsável técnico?

Premissa: Deverá ser designado fisioterapeuta responsável técnico, conforme Resolução nº. 139, de 28 de novembro de 1992.

Fonte de informações e evidências: Certidão de Responsabilidade Técnica. Escalas de trabalho.

22.3.6. RE Há profissional farmacêutico habilitado com responsabilidade técnica à frente da farmácia?

Premissa: A responsabilidade técnica da farmácia hospitalar é atribuição do farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, nos termos da legislação vigente, estando sobre sua responsabilidade a realização, supervisão e coordenação de todos os serviços técnico-científicos relacionados. O representante legal do hospital deve requerer o registro da farmácia hospitalar e da farmácia ambulatorial no CRF, indicando o horário de funcionamento destas, incluindo sábados, domingos e feriados, o horário de trabalho do farmacêutico responsável técnico e de cada farmacêutico assistente técnico, tantos quanto forem necessários à prestação da assistência farmacêutica, durante todo o horário de funcionamento (Art. 4º, Resolução CFF nº 577/2013; RDC nº 63/2011, art. 15).

Fonte de informações e evidências: Requerimento de registro. Certidão de regularidade técnica emitida pelo CRF afixada em local visível ao público. Escalas de trabalho. Pasta funcional.

22.3.7. RE O Centro de Materiais e Esterilização possui responsável técnico habilitado?

Premissa: A responsabilidade pelo processamento dos produtos no serviço de saúde é do Responsável Técnico, profissional de nível superior, que coordena todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde (RDC nº 15/2012, art. 6º).

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do RT.

22.3.8. RE Há responsável técnico habilitado em nefrologia com titulação reconhecida pelo CFM?

Premissa: A Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 apresenta em seu art. 78 que “o estabelecimento de saúde habilitado como “Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04” terá a seguinte equipe mínima: I - 2 (dois) médicos, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional Medicina – CRM”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do RT médico e evidência de especialização em Nefrologia reconhecida pelo CFM.

22.3.9. RE Há enfermeiro responsável técnico especialista em nefrologia com registro no COREN?

Premissa: A Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018 apresenta em seu Art. 78 que “o estabelecimento de saúde habilitado como “Atenção Especializada em DRC com hemodiálise - código 15.04” terá a seguinte equipe mínima: II - 2 (dois) enfermeiros, sendo 1 (um) o responsável técnico, ambos com especialização em nefrologia, comprovada por título e registrada pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN;”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do RT enfermeiro. Evidência de especialização em Nefrologia. Registro da responsabilidade técnica no COREN.

22.3.10. RE Há médico responsável técnico especialista em hemoterapia ou hematologia habilitado no serviço de hemoterapia?

Premissa: O art. 8º do Título II, Capítulo I, Seção I da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 coloca que a” a responsabilidade técnica pelo serviço de hemoterapia ficará a cargo de um médico especialista em hemoterapia e/ou hematologia ou qualificado por órgão

competente devidamente reconhecido para este fim pelo Coordenador do Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do RT médico. Evidência de especialização do RT médico em hemoterapia ou hematologia ou qualificação em órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Coordenador do Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados.

22.3.11. RE O serviço de anatomia patológica possui diretor técnico habilitado?

Premissa: O parágrafo único do art. 2º da Resolução CFM nº 2.074/2014 coloca que “O laboratório de Patologia deve ter investido na função de diretor técnico, um médico portador de título de especialista em Patologia, registrado no CRM da jurisdição onde o laboratório está domiciliado”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do diretor técnico. Ficha funcional. Evidência de especialização em patologia.

22.3.12. RE Há responsável técnico habilitado em cancerologia clínica, com titulação reconhecida pelo CFM, no serviço de terapia antineoplásica?

Premissa: O Serviço de Terapia Antineoplásica deverá contar com responsável técnico designado, conforme apresentado na RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do RT médico. Evidência de especialização reconhecida pelo CFM.

22.3.13. RE Há responsável técnico nomeado para o serviço de radioterapia?

Premissa: O Serviço de Radioterapia deverá contar com responsável técnico designado, conforme apresentado na RDC nº 20, de 2 de fevereiro de 2006.

Fonte de informações e evidências: Portarias de nomeação de médico RT. Evidência de especialização em radioterapia. Evidência de registro na CNEN.

22.3.14. RE A unidade de processamento de roupas possui responsável técnico pela coordenação das atividades?

Premissa: A unidade de processamento de roupas deverá possuir um responsável técnico com formação mínima de nível médio, conhecimento em segurança e saúde ocupacional, prevenção e controle de infecção, uso de produtos saneantes e conhecimento das etapas de processamento de roupas de serviço de saúde, de acordo com o documento da Anvisa “Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos”. A contratante deve garantir o cumprimento desse requisito, mesmo quando a unidade de processamento for terceirizada (RDC nº 63/2011, art. 15).

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do responsável pelas atividades. Documentos que comprovem a capacitação nas áreas solicitadas pela legislação, possuindo data, carga horária e conteúdo ministrado.

22.3.15. RE Há responsável técnico nomeado para o serviço de medicina nuclear?

Premissa: Conforme consta na RDC nº 38, de 4 de junho de 2008 “o serviço de medicina nuclear deve contar com responsável técnico, supervisor de proteção radiológica certificado pela cnen, e seus respectivos substitutos”.

Fonte de informações e evidências: Portarias de nomeações de médico RT. Evidência de especialização em Medicina Nuclear. Evidência de registro na CNEN.

22.3.16. RE Há um profissional médico responsável técnico habilitado na UTI Adulto?

Premissa: Conforme art. 13 da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 “deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos”.

Fonte de informações e evidências: Certificado de responsabilidade técnica, portaria de nomeação do RT médico e evidência de especialização em terapia intensiva específica para a modalidade de atuação.

22.3.17. RE Há um profissional fisioterapeuta coordenador, especialista em terapia intensiva, para coordenar a equipe de fisioterapia na UTI Adulto?

Premissa: Conforme art. 13 da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 “deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do coordenador fisioterapeuta. Certificado de especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação.

22.3.18. RE Há um profissional enfermeiro coordenador, especialista em terapia intensiva, para coordenar a equipe de enfermagem na UTI Adulto?

Premissa: Conforme art. 13 da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 “deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do coordenador enfermeiro. Certificado de especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação.

22.3.19. RE Há um profissional médico responsável técnico habilitado na UTI Pediátrica?

Premissa: Conforme art. 13 da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 “deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos”).

Fonte de informações e evidências: Certificado de responsabilidade técnica, portaria de nomeação do RT médico e evidência de especialização em terapia intensiva específica para a modalidade de atuação.

22.3.20. RE Há um profissional enfermeiro coordenador, especialista em terapia intensiva, para coordenar a equipe de enfermagem na UTI Pediátrica?

Premissa: Conforme art. 13 da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 “deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do coordenador enfermeiro. Certificado de especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação.

22.3.21. RE Há um profissional fisioterapeuta coordenador, especialista em terapia intensiva, para coordenar a equipe de fisioterapia na UTI Pediátrica?

Premissa: Conforme art. 13 da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 “deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos”.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação do coordenador fisioterapeuta. Certificado de especialização em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação.

22.3.22. RE A UTIN conta com responsável técnico médico e coordenadores enfermeiro e fisioterapeuta formalmente designados?

Premissa: Conforme art. 13 da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 “deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos”.

Fonte de informações e evidências: Publicações que tratem da responsabilidade técnica.

22.4. Gestão de Documentos da Qualidade

22.4.1. RE O hospital possui protocolos e procedimentos de gestão da qualidade institucionalizados?

Premissa: O hospital deve desenvolver ações para estabelecer protocolos e procedimentos da gestão da qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na gestão dos serviços prestados (Art. 5º da RDC Anvisa nº 63/2011). Esses documentos devem ser aprovados pela superintendência, divulgados para toda a instituição e estarem disponíveis para acesso de dos colaboradores.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

22.4.2. A UVS ou o STGQ participa da validação de documentos internos do hospital relacionados ao sistema de gestão da qualidade que envolvem prevenção e controle de IRAS?

Premissa: Considerando as competências da UVS (hospitais tipo I, II e III) ou do STGQ (hospitais tipo IV), esses devem participar da validação de protocolos e procedimentos que envolvem prevenção e controle de IRAS.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Norma de elaboração e controle de documentos do hospital.

22.4.3. A UVS valida os protocolos e procedimentos de limpeza e desinfecção de superfícies?

Premissa: Os protocolos e procedimentos de limpeza e desinfecção devem ser validados pela CCIRAS e UVS.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Norma de elaboração e controle de documentos do hospital.

22.4.4. A UGQ, UGQSP ou o STGQ realizam a gestão e controle de documentos relacionados ao sistema de gestão da qualidade?

Premissa: A UGQ (hospitais tipo I), UGQSP (hospitais tipos II e III) ou o STGQ (hospitais tipo IV) devem realizar a gestão e o controle de documentos relacionados ao sistema de gestão da qualidade, conforme Norma de Elaboração e Controle de Documentos vigente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Norma de elaboração e controle de documentos do hospital.

22.4.5. As áreas executoras dos processos da jornada do ensino e extensão dispõem de protocolos e procedimentos implantados relacionados às atividades desenvolvidas pelo hospital?

Premissa: Os protocolos e procedimentos relacionados às atividades de ensino e extensão realizadas no hospital devem ser elaborados e controlados em consonância com a Norma de elaboração e controle de documentos da Ebserh e com as diretrizes Ebserh específicas de cada atividade, a exemplo das diretrizes Ebserh para a preceptoria. As atividades devem ser realizadas em conformidade com o disposto nesses documentos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Demonstração das formas de acesso a esses documentos.

22.4.6. As áreas executoras dos processos da jornada de pesquisa e inovação dispõem de protocolos e procedimentos implantados relacionados às atividades desenvolvidas no hospital?

Premissa: Os protocolos e procedimentos relacionados às atividades de pesquisa e inovação desenvolvidas no hospital devem ser elaborados e controlados em consonância com a Norma de elaboração e controle de documentos da Ebserh. As atividades devem ser realizadas em conformidade com as diretrizes Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Demonstração das formas de acesso a esses documentos.

22.4.7. RE As áreas executoras dos processos da jornada da assistência à saúde possuem protocolos e procedimentos referentes às suas atividades no hospital?

Premissa: As unidades organizacionais do hospital devem dispor de protocolos e procedimentos implementados e disponíveis, referentes às suas atividades, incluindo a capacitação de seus colaboradores nas atividades descritas

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Lista de presença de capacitações.

22.4.8. As áreas executoras dos processos de suporte possuem protocolos e procedimentos referentes às suas atividades no hospital?

Premissa: As unidades organizacionais do hospital devem dispor de protocolos e procedimentos implementados e disponíveis, referentes às suas atividades, incluindo a capacitação de seus colaboradores nas atividades descritas.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Lista de presença de capacitações.

22.4.9. As áreas executoras dos processos gerenciais possuem protocolos e procedimentos referentes às suas atividades no hospital?

Premissa: As unidades organizacionais do hospital devem dispor de protocolos e procedimentos implementados e disponíveis, referentes às suas atividades, incluindo a capacitação de seus colaboradores nas atividades descritas.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Lista de presença de capacitações.

22.5. Gestão de sistemas de gestão da qualidade e vigilância em saúde

22.5.1. RE O hospital promove o Vigihosp como ferramenta para o processo de notificação e investigação de circunstâncias de risco e incidentes?

Premissa: O hospital deve implementar um processo de notificação e investigação de incidentes utilizando o Vigihosp, uma ferramenta pela qual o STGQ, suas unidades e outros serviços podem obter informações para gerenciamento de riscos assistenciais pelo método passivo, para isso, deve-se trabalhar com campanhas de estímulo à notificação e realizar treinamento periódico com os investigadores.

Fonte de informações e evidências: Relatórios do Vigihosp. Link do Vigihosp disponível nas áreas de trabalho dos computadores do hospital. Registros de campanhas. Registros de capacitações com os investigadores.

22.6. Gestão de riscos e incidentes

22.6.1. RE O hospital possui planos de contingência para situações não habituais?

Premissa: Os planos de contingência têm como objetivo promover a continuidade das ações de proteção; promover a identificação e avaliação das ameaças, suscetibilidades.

Fonte de informações e evidências: Planos de contingência.

22.6.2. RE O hospital possui Planos de Gerenciamento para as tecnologias em saúde institucionalizadas, conforme normativa vigente?

Premissa: O hospital deve elaborar e implantar Plano de Gerenciamento para as seguintes tecnologias em saúde em conformidade com o disposto na RDC nº 509/2021:

- a) produtos para saúde, incluindo equipamentos de saúde;
- b) produtos de higiene e cosméticos;
- c) medicamentos; e
- d) saneantes.

Fonte de informações e evidências: Planos publicados, atualizados e instituídos.

22.6.3. RE O hospital possui plano de segurança do paciente implementado e atualizado?

Premissa: O NSP deve elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) (art. 7º, inciso IV, RDC nº 36/2013). “O PSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo hospital conforme previsto na RDC nº 36/2013, art. 8º:

- I. identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II. integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III. implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV. identificação do paciente;
- V. higiene das mãos;
- VI. segurança cirúrgica;
- VII. segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII. segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX. segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X. manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI. prevenção de quedas dos pacientes;
- XII. prevenção de úlceras por pressão;
- XIII. prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV. segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV. comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI. estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;
- XVII. promoção do ambiente seguro”.

Deve-se seguir os modelos de planilha de plano estratégico e de plano operacional para a segurança do paciente.

Fonte de informações e evidências: PSP. Indicadores. Cronograma de capacitações.

22.6.4. RE O hospital possui Protocolo de Identificação do Paciente implementado?

Premissa: O protocolo de identificação do paciente deve conter minimamente:

- a) uma forma de identificação a todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório);
- b) orientação para utilização de, no mínimo, dois identificadores (por exemplo, nome completo do paciente; nome completo da mãe do paciente; data de nascimento do paciente). Para a

identificação do recém-nascido, a pulseira de identificação deve conter, minimamente, a informação do nome da mãe e o número do prontuário do recém-nascido.

c) recomendações de procedimentos de identificação segura (por exemplo, antes da administração de medicamentos; administração do sangue; administração de hemoderivados; coleta de material para exame; entrega da dieta e realização de procedimentos invasivos); e

d) indicadores.

Fonte de informações e evidências: Protocolo de identificação do paciente. Indicadores. Pulseiras de identificação do paciente. Indicadores.

22.6.5. RE O hospital possui Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos implementado?

Premissa: O protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deve conter, minimamente:

a) Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos (prescrição com identificação do paciente, do prescritor, da instituição e da data de prescrição; legibilidade; padronização de lista de abreviaturas, símbolos e expressões de dose que NÃO devem ser utilizadas);

b) Itens para a dispensação segura de medicamentos (análise das prescrições e conferência de todos os medicamentos a serem dispensados e em especial aqueles considerados potencialmente perigosos ou de alta vigilância);

c) Itens de verificação para a administração segura de medicamentos (verificação dos nove certos: paciente certo; medicamento certo; via certa; hora certa; dose certa; registro certo; orientação correta; forma certa; e resposta certa).

Fonte de informações e evidências: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Prontuários de pacientes. Indicadores. Lista de presença das capacitações.

22.6.6. RE O hospital implementa protocolos e procedimentos para gerenciar e promover a prescrição, administração e uso seguro dos medicamentos de alta vigilância?

Premissa: As recomendações para prevenção de erros de medicação envolvendo medicamentos potencialmente perigosos são baseadas em três princípios:

a) reduzir a possibilidade de ocorrência de erros;

b) tornar os erros visíveis;

c) minimizar as consequências dos erros.

Tais princípios orientam o desenvolvimento de estratégias para redução de erros envolvendo esses medicamentos, que devem estar fundamentadas na simplificação e padronização de procedimentos" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar, p. 47). Deve-se elaborar e implementar protocolos e procedimentos para gerenciar e promover a prescrição, administração e uso seguro desses medicamentos, incluindo formas padronizadas e adequadas de identificação e armazenamento, restrição de acesso, destaque em prescrição, diferenciação no processo de separação e dispensação, definição de lista, dupla checagem e capacitação para profissionais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Indicadores. Visitas. Entrevistas. Notificações de incidentes.

22.6.7. RE O hospital possui Protocolo de Cirurgia Segura implementado?

Premissa: O Protocolo de Cirurgia Segura deve conter, minimamente, a orientação para aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) em três etapas, pela equipe cirúrgica: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente deixar a sala de cirurgia.

Fonte de informações e evidências: Protocolo de Cirurgia Segura. Lista de verificação de cirurgia segura. Indicadores.

22.6.8. RE O hospital possui Protocolo de Higiene das Mãos implementado?

Premissa: A implantação de um protocolo para a higiene das mãos no serviço de saúde indica a presença de uma estrutura organizacional básica para promover esta prática de segurança do paciente e prevenir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

O protocolo de prática de higiene das mãos em serviços de saúde deve conter, minimamente, recomendações para:

- a) Descrição das técnicas de higiene das mãos (com sabonete líquido e com preparação alcoólica para as mãos);
- b) Os “cinco momentos” para higiene das mãos;
- c) Indicadores para monitoramento da adesão às práticas de higiene das mãos.

Fonte de informações e evidências: Protocolo de higiene das mãos. Indicadores.

22.6.9. RE O hospital possui Protocolo de Prevenção de Quedas implementado?

Premissa: O Protocolo para Prevenção de Quedas deve conter, minimamente:

- a) Determinação e instruções para realização da avaliação de risco de queda em todos os pacientes admitidos e durante a internação;
- b) Descrição das medidas de prevenção de queda do paciente, com base na avaliação de risco realizada.
- c) Orientações para registro de quedas nos prontuários dos pacientes.

Fonte de informações e evidências: Protocolo de prevenção de quedas. Indicadores. Visita. Entrevista. Lista de presença das capacitações.

22.6.10. RE O hospital possui Protocolo para Lesão por Pressão implementado?

Premissa: O Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão deve conter, minimamente:

- a) Determinação e instruções para realização da avaliação de risco de lesão por pressão em todos os pacientes admitidos e durante a internação;
- b) Descrição das medidas de prevenção de lesão por pressão, com base na avaliação de risco realizada.

Fonte de informações e evidências: Protocolo de Lesão por Pressão. Indicadores. Lista de presença das capacitações.

22.6.11. RE O hospital possui protocolos e procedimentos sobre segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes implementados?

Premissa: O hospital deverá elaborar e implementar protocolos e procedimentos em relação à prescrição, transcrição, dispensação e administração de sangue e hemoderivados.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

22.6.12. RE O hospital possui lista de siglas, abreviaturas e símbolos implementada?

Premissa: A padronização de siglas, abreviaturas e símbolos de todos os serviços de uma instituição evita o surgimento de novas linguagens escritas nos serviços assistenciais com significados distintos e entendimentos diversos, evitando assim, potenciais prejuízos na interpretação das informações que podem ser essenciais para garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

Fonte de informações e evidências: Lista padronizada de siglas, abreviaturas e símbolos implementada. Prontuários.

22.6.13. RE O hospital possui protocolos e procedimentos instituídos relacionados à prevenção do suicídio?

Premissa: O hospital deve implantar, de forma articulada com as demais instituições da rede de atenção à saúde, as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, entre estas: desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; desenvolvimento de estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organização de linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação), garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; educação permanente dos profissionais de saúde dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Anexo VIII da PRC GM/MS nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Prontuários. Entrevista.

22.6.14. RE O hospital realiza ações de tecnovigilância?

Premissa: “Ações que envolvem a gestão dos riscos e os controles internos relacionados aos produtos para saúde devem ser coordenadas, nos hospitais, pelos responsáveis pela gestão de riscos assistenciais. Essas unidades têm papel fundamental na implementação do conjunto de atividades que visa reduzir ao mínimo os efeitos indesejáveis causados pelos produtos para saúde, podendo interferir na segurança e qualidade da assistência à saúde. Para a implantação da tecnovigilância, podem ser adotadas estratégias como:

- a) Sensibilizar os usuários dos setores de interesse da tecnovigilância quanto às ações de gerenciamento de riscos assistenciais e tecnovigilância, sua importância, abrangência e seus benefícios sobre a qualidade e segurança dos produtos para saúde;
- b) Realizar um diagnóstico situacional dos setores que fazem interface com a tecnovigilância que permita identificar e acompanhar o fluxo dos produtos para saúde dentro da instituição, desde a aquisição até o descarte;
- c) Identificar os problemas e as soluções reais e/ou potenciais relativos aos produtos para saúde

apontados no diagnóstico situacional;

d) Priorizar os problemas e soluções segundo a sua criticidade;

e) Desenvolver as ações de controle e avaliação da metodologia adotada;

f) Implantar as ações de tecnovigilância, sempre atentando para o controle e a avaliação dos métodos aplicados;

g) Sensibilizar as equipes a respeito da notificação de eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos produtos para saúde;

h) Realizar notificações no Notivisa;

i) Treinar as equipes multiprofissionais em ações de tecnovigilância” (Anvisa, 2021c).

Fonte de informações e evidências: Notificações do Notivisa e Vigihosp. Planos de melhoria da qualidade. Indicadores. Mapeamento e riscos relacionados às tecnologias para saúde.

22.6.15. RE O hospital realiza ações de farmacovigilância?

Premissa: O hospital deverá desenvolver atividades e rotinas operacionais na área de farmacovigilância. Duas estratégias são usadas: a farmacovigilância passiva e a farmacovigilância ativa. Com relação à farmacovigilância passiva, destaca-se a notificação voluntária, considerado o método de monitoramento passivo mais difundido e custo-efetivo para o sistema em farmacovigilância. O aprimoramento da qualidade do preenchimento da notificação deve ser alvo para capacitações periódicas junto aos profissionais do hospital. Já a farmacovigilância ativa é baseada na compilação sistemática de dados a respeito de eventos adversos para medicamentos específicos. Devem ser notificados os seguintes problemas ou eventos:

- a) Suspeitas de reações adversas a medicamentos.
- b) Eventos adversos por suspeitas de desvio da qualidade do medicamento.
- c) Eventos adversos decorrentes do uso não aprovado do medicamento (*off label*).
- d) Eventos adversos por suspeitas de desvio da qualidade do medicamento e vacinas.
- e) Interações medicamentosas.
- f) Inefetividade terapêutica, total e parcial.
- g) Intoxicações.
- h) Uso abusivo de medicamento.
- i) Erros de medicação (Anvisa).

Fonte de informações e evidências: Notificações no Vigimed e no Vigihosp. Planos de melhoria da qualidade. Indicadores.

22.6.16. RE As áreas responsáveis pela farmacovigilância e tecnovigilância têm a prerrogativa de solicitar a segregação de produtos e medicamentos relacionados a queixas técnicas e eventos adversos?

Premissa: Em caso de queixas técnicas ou eventos adversos envolvendo produtos para saúde ou medicamentos, o hospital deve realizar levantamento dos processos de aquisição, verificar o

quantitativo em estoque e programar medidas a serem tomadas para segregação dos produtos envolvidos nas notificações até que seja concluída a investigação e identificadas as ações necessárias, como a troca de lote, a fim de prevenir a recorrência de problemas a eles relacionados. Ademais, deve-se realizar a comunicação direta com as empresas fornecedoras sobre a ocorrência do problema avaliado.

Fonte de informações e evidências: Documentos institucionais de solicitação de segregação. Registros de contato com fornecedores. Suspensão de marcas e fabricantes problema.

22.6.17. Há protocolos e procedimentos para retirada de medicamentos, produtos para a saúde e outros insumos do uso, por medida de interesse sanitário, e ações de contingência?

Premissa: Deve-se monitorar as publicações do Boletim Vigilância em Foco da Ebserh e publicações e alertas da Anvisa para identificação de medicamentos, produtos para a saúde, saneantes e outros insumos utilizados no hospital cujo uso tenha sido suspenso ou proibido pela agência sanitária. Os produtos identificados devem ser imediatamente recolhidos e adotadas as medidas indicadas. O uso de medicamentos, produtos para a saúde, saneantes e outros insumos na instituição deve ser monitorado, bem como as notificações registradas no Vigihosp, avaliando a necessidade de retirada de uso e implantação de ações de contingência para que não haja prejuízo no atendimento e cuidados em saúde. Caso se identifiquem incidentes ou queixas técnicas com grande potencial de danos, paralelamente à avaliação de causalidade, ações de mitigação ou redução de riscos devem ser realizadas, como a suspensão cautelar do uso do produto até que as investigações sejam concluídas (Diretriz Ebserh para ações em segurança do paciente e vigilância em saúde). Ademais, deve-se manter canal aberto com os fornecedores, acompanhamento as comunicações apresentadas quanto a farmacovigilância, tecnovigilância e vigilância de saneantes dos fabricantes. Os itens recolhidos devem mantidos em área segregada na farmácia ou almoxarifado, devidamente identificados.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Planos de contingência. Visitas às instalações. Notificações e planos de melhoria da qualidade.

22.6.18. RE O hospital realiza ações de hemovigilância?

Premissa: O hospital deverá desenvolver atividades e rotinas operacionais na área de hemovigilância. Hemovigilância é o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre eventos adversos ocorridos nas diferentes etapas a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e do receptor (Anvisa, 2020d).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Notificações sobre incidentes. Planos de melhoria da qualidade. Relatórios. Indicadores.

22.6.19. RE A instituição utiliza as informações sobre riscos, taxas e tendências para desenhar ou modificar processos no intuito de reduzir a incidência de IRAS?

Premissa: O serviço de saúde deverá calcular e manter o registro referente aos Indicadores previstos em normativos vigentes com intuito de promover a cultura da melhoria contínua dos processos e auxiliar na tomada de decisões.

Fonte de informações e evidências: Indicadores. Plano de melhoria da qualidade.

22.6.20. RE O hospital possui protocolo de precauções e isolamento atualizado, implementado e disponível aos profissionais?

Premissa: O hospital deve implementar protocolo que oriente os profissionais na utilização de medidas de precaução padrão e adicionais e que normatize o mecanismo de sinalização dessas medidas, a fim de garantir o controle da ocorrência de infecções relacionados à assistência à saúde (IRAS). A implantação de um protocolo de precaução e isolamento indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção de IRAS e controle da transmissão de microrganismos multirresistentes. O protocolo de precaução e isolamento, baseado no mecanismo de transmissão, deve conter, minimamente:

a) tipos de precauções (padrão, contato, gotículas e aerossóis) e uso de equipamentos de proteção individual (EPI) - máscara, luvas, avental, óculos de proteção e protetor facial - e equipamento de proteção respiratória; e

b) orientações para o isolamento de pacientes, por exemplo, vigilância e monitoramento de microrganismos multirresistentes e pronta identificação de novos mecanismos de resistência aos antimicrobianos (Anvisa, 2021).

Fonte de informações e evidências: Protocolo de precaução e isolamento. Lista de capacitação dos profissionais. Visita aos setores de internação para averiguar as sinalizações de precaução. Entrevista com os profissionais.

22.6.21. RE Os incidentes são documentados no prontuário do paciente quando identificados?

Premissa: Todas as intercorrências relacionadas devem ser registradas no prontuário do paciente. Em casos de medicamentos, por exemplo, o Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos traz que deve-se: "Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente".

Fonte de informações e evidências: Entrevistas. Indicadores. Registros em prontuário. Notificações sobre incidentes.

22.6.22. RE O hospital notifica eventos adversos até o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa e registra no Vigihosp?

Premissa: A notificação dos incidentes, sobretudo dos eventos adversos, deve ser realizada mensalmente pelo STGQ, até o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa e no Vigihosp.

Fonte de informações e evidências: Notificações registradas nos sistemas da Anvisa. Notificações registradas no Vigihosp.

22.6.23. RE O hospital conclui a investigação dos *never events* e dos eventos adversos que evoluíram para óbito em até 60 dias, no Notivisa e no Vigihosp?

Premissa: O serviço de saúde terá que notificar casos de óbitos relacionados aos eventos adversos em até 72h após a ocorrência do evento e deverão preencher todas as etapas de investigação e análise da causa raiz no prazo de 60 dias corridos, a partir da data da notificação.

Fonte de informações e evidências: Investigação de notificações registradas nos sistemas da Anvisa. Investigação de notificações registradas no Vigihosp.

22.6.24. RE O hospital investiga todos os eventos adversos notificados no Vigihosp, de acordo com os critérios de priorização estabelecidos na diretriz Ebserh?

Premissa: Uma vez identificado um incidente, seja por notificação voluntária, seja por busca ativa, sua pertinência deverá ser devidamente investigada. ocorre que há tendência de que o número de incidentes notificados cresça nas filiais Ebserh, à medida que a cultura de segurança do paciente seja estabelecida nos hospitais. Assim, critérios de priorização das investigações estabelecidos deverão ser aplicados.

Fonte de informações e evidências: Relatórios gerencial de notificações.

22.6.25. RE O Setor de Gestão da Qualidade realiza avaliação periódica do preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura?

Premissa: O preenchimento da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) é uma prática de segurança do paciente que indica a adesão dos profissionais de saúde ao protocolo de cirurgia segura. A LVCS, para ser válida, precisa estar devidamente preenchida (registros) em todos as etapas, e anexada ao prontuário do paciente.

Fonte de informações e evidências: Prontuário de pacientes. Lista de presença das capacitações.

22.6.26. RE O hospital monitora mensalmente o indicador de adesão à higiene de mãos por meio da observação direta dos profissionais de saúde?

Premissa: A observação direta dos profissionais de saúde durante sua rotina diária de trabalho é a maneira mais precisa de estudar as práticas de higienização das mãos. A principal finalidade do método é produzir dados em larga escala sobre a adesão à higienização das mãos. Esses dados devem ser coletados por meio de observação direta dos profissionais de saúde, encarregados da assistência ao paciente. A ação permite o monitoramento do indicador: Taxa de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde, que apresenta a relação percentual entre o número de ações de higienização das mãos realizados pelos profissionais de saúde e número de oportunidades avaliadas.

Fonte de informações e evidências: Indicador. Relatórios. Listas de capacitações.

22.6.27. RE São emitidos relatórios ou boletins periódicos que divulgam as ações voltadas para o gerenciamento de riscos?

Premissa: As ações voltadas para gerenciamento de riscos e melhoria da qualidade realizadas a partir de notificações de incidentes, avaliações da qualidade e outros métodos de gestão proativa e reativa de riscos assistenciais, devem ser amplamente divulgados na instituição, no intuito de aumentar a confiabilidade no sistema e o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Fonte de informações e evidências: Relatórios. Boletins. Informes. Entrevista.

22.6.28. O hospital realiza análise proativa para redução de riscos utilizando ferramentas, tais como análise do tipo e efeito de falha (Failure Mode and Effect Analysis - FMEA)?

Premissa: As atividades relacionadas à avaliação proativa dos riscos permitem o desenvolvimento de estratégias e o planejamento das atividades e ações, em respostas ao risco. Cabe a instituição

determinar a melhor metodologia a ser utilizada para o gerenciamento dos riscos nos serviços de saúde.

Fonte de informações e evidências: Planilhas. Relatórios. Atas de reunião.

22.6.29. O Setor de Gestão da Qualidade monitora periodicamente os planos ação de eventos adversos graves elaborados no Vigihosp?

Premissa: Os planos de ação devem definir a forma como cada recomendação será implementada, com o nome do responsável para cada ação ou solução. Para garantir que as soluções são realistas, foram aceitas e assimiladas pelo serviço, é essencial que o pessoal da linha de frente e aqueles com conhecimento local sejam consultados e estejam fortemente envolvidos com o processo. O Setor de Gestão da Qualidade deve monitorar, minimamente, o desenvolvimento das ações previstas nos planos de eventos adversos graves.

Fonte de informações e evidências: Planilhas de controle. Atas de reunião. Planos de ação.

22.6.30. RE O hospital implementa ações de melhoria a partir da identificação e análise dos near misses?

Premissa: Para identificar as lacunas em sistemas hospitalares e processos de cuidados, nem sempre aparentes e que podem contribuir para ocorrência de incidentes, recomenda-se a investigação de um conjunto de *near misses* e eventos menos graves, que também exigem ações de melhoria de processos.

Fonte de informações e evidências: Plano de melhoria da qualidade. Indicadores. Investigação de circunstâncias e incidentes notificados.

22.6.31. RE O hospital realiza a avaliação da cultura de segurança do paciente?

Premissa: A Cultura de Segurança do Paciente nos serviços de saúde é importante para:

- a) medir as condições organizacionais que podem levar a possíveis danos em pacientes;
- b) diagnosticar o nível de cultura de segurança do serviço de saúde e os possíveis riscos;
- c) possibilitar o benchmarking interno e externo e a evolução das intervenções de segurança do paciente que estão sendo adotadas pelos profissionais do serviço de saúde;
- d) acompanhar a evolução da CSP ao longo do tempo, assim como a notificação de incidentes.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de avaliação.

22.6.32. RE O hospital notifica eventos adversos que evoluírem para óbito e never events em até 72 horas a partir do ocorrido à Anvisa e registra no Vigihosp?

Premissa: Os eventos adversos que evoluírem para óbito e os never events devem ser notificados à Anvisa em até 72 horas a partir do ocorrido. Os registros também devem ser realizados no Vigihosp.

Fonte de informações e evidências: Notificações enviadas para Anvisa. Notificações registradas no Vigihosp. Entrevista.

22.7. Gestão das ações de humanização

22.7.1. RE O hospital divulga a carta de direitos dos usuários do SUS?

Premissa: A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS se coloca como um dispositivo para o cidadão conhecer seus direitos de acesso ao sistema de saúde vigente e pretende estimular discussões nos diferentes níveis de atenção, capazes de ampliar a participação do usuário na cogestão e qualificação da atenção à saúde como um bem público. Todos os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei, de acordo com a PNH e cada instituição de saúde deve incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as etapas do cuidado.

Fonte de informações e evidências: Carta de Direitos dos Usuários do SUS disponível no hospital e publicada no site institucional.

22.8. Vigilância epidemiológica hospitalar

22.8.1. RE O NHE possui instalações físicas adequadas com computador conectado à internet para o desenvolvimento de suas atividades?

Premissa: As instalações físicas devem atender aos padrões de segurança específicos para os estabelecimentos de saúde e de acordo com exigido em cada unidade assistencial, visando a garantia de segurança e saúde dos trabalhadores e dos pacientes.

Fonte de informações e evidências: Vistoria. Entrevista.

22.8.2. RE O hospital elabora e mantém um sistema de busca ativa para pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório em caso de detecção de doenças e agravos previstos em legislação vigente?

Premissa: O NHE deve elaborar e manter um sistema de busca ativa para a detecção de infecções, eventos adversos, doenças e agravos de notificação compulsória, agravos relacionados ao trabalho nos pacientes internados e atendidos em pronto-socorro, unidades de internação e ambulatório.

Fonte de informações e evidências: Relatórios. Sistema de busca ativa.

22.8.3. Os profissionais de saúde do hospital e a UVS ou STGQ realizam notificações de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) no Vigihosp?

Premissa: Os profissionais de saúde devem realizar o registro das DNC no Vigihosp seguindo os prazos definidos em normativas vigentes.

Fonte de informações e evidências: Notificações registradas no Vigihosp.

22.8.4. RE O hospital realiza a notificação compulsória imediata (NCI) de doenças e agravos em até 24 horas de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O NHE deve realizar notificação compulsória imediata em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Relatórios. Notificações registradas no SINAN.

22.8.5. RE O hospital realiza a notificação compulsória semanal (NCS) de doenças e agravos de acordo com a legislação vigente?

Premissa: O NHE deve realizar notificação compulsória semanal em até sete dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo.

Fonte de informações e evidências: Relatórios. Notificações registradas no SINAN.

22.8.6. RE O hospital realiza a notificação compulsória negativa de doenças e agravos de acordo com a legislação vigente?

Premissa: O NHE deve realizar a notificação negativa dos casos e óbitos, semanalmente, quando não houver casos de DANC no hospital. É importante que esteja implementado na instituição algum documento norteador ou a orientação quanto a conduta para realização de notificação compulsória negativa.

Fonte de informações e evidências: Relatórios. Notificações registradas no SINAN.

22.8.7. RE O hospital monitora DNC e outros agravos emergentes e reemergentes?

Premissa: O hospital deve notificar, monitorar, avaliar e divulgar as DNC detectadas nesse ambiente, bem como o surgimento de doenças ou agravos emergentes ou reemergentes, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, bem como dos gestores estaduais e municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde.

Fonte de informações e evidências: Relatórios.

22.8.8. RE O hospital realiza investigação epidemiológica de doenças, eventos e agravos, detectados em suas dependências, em articulação com a secretaria municipal e estadual de saúde, e atua em atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos?

Premissa: O NHE deve realizar a investigação epidemiológica das doenças, agravos, eventos constantes na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a secretaria municipal de saúde e com a secretaria estadual de saúde, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Fonte de informações e evidências: Relatórios. Fluxos formalmente definidos.

22.8.9. O hospital apoia ou desenvolve estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos?

Premissa: O NHE deve apoiar ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC e seus agravos no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Fonte de informações e evidências: Estudos epidemiológicos realizados e documentados.

22.8.10. RE O NHE realiza ações de modo articulado com o NSP, com a CCIRAS e com as demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar, de modo a contribuir para a qualificação do cuidado em saúde e para a vigilância das doenças e agravos?

Premissa: O NHE deve articular com outros serviços de vigilância em saúde para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica hospitalar, especialmente o NSP e a CCIRAS.

Fonte de informações e evidências: Fichas de processos. Atas de reunião. Lista de presença. Documentos construídos de forma colaborativa.

22.8.11. RE O hospital elabora e mantém sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar nos termos da legislação vigente?

Premissa: O NHE deve elaborar e manter em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar.

Fonte de informações e evidências: Fluxos, Relatórios. Sistema de busca ativa.

22.8.12. RE O hospital realiza a investigação epidemiológica de óbitos maternos, infantis e fetais nos termos das normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve investigar óbitos maternos declarados, de mulheres em idade fértil, infantis e fetais, ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a secretaria municipal e estadual de saúde. A Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017 estabelece como obrigatória a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil nos seguintes termos: “Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência”.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Ata das reuniões de investigação de óbito. Relatórios do Serviço de Vigilância Epidemiológica e da Comissão de Investigação de Óbito.

22.8.13. O hospital realiza o registro dos exames diagnósticos de câncer conforme legislação vigente?

Premissa: O Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que pode fazer parte do NHE ou ser um serviço separado, faz a vigilância epidemiológica de câncer nos hospitais que são referência para tratamento oncológico como UNACON ou CACON. As informações relacionadas ao paciente, tumor, tratamento e evolução da doença, são coletadas e registradas cerca de um ano após o diagnóstico para permitir o preenchimento da ficha de investigação que inclui o tratamento e a resposta terapêutica. O RHC é exigência da Portaria MS/SAS nº 140, de 27/02/2014, para os hospitais classificados como UNACON ou CACON, e contribui para a melhoria da qualidade assistencial. Os casos de câncer confirmados por biópsia ou outro exame confirmatório são registrados no programa SisRHC do INCA/Ministério da Saúde. Incluem dados sociodemográficos, informações relacionadas ao tumor, à assistência prestada na instituição e à evolução da doença. É importante ressaltar que as notificações de câncer devem ser registradas no VIGIHOSP, da mesma forma que ocorre para as doenças e agravos em saúde de notificação compulsória.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de notificação.

22.8.14. RE O hospital monitora, avalia e divulga o perfil de morbimortalidade hospitalar?

Premissa: O NHE deve possuir indicadores, monitorá-los e analisá-los, determinando metas quando couber, contemplando as atividades de monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade da sua instituição.

Fonte de informações e evidências: Indicadores monitorados. Perfil de morbimortalidade da instituição documentado, atualizado e publicado na intranet e/ou internet.

22.8.15. RE O hospital possui protocolos e procedimentos que descrevam como deve ocorrer todo o processo de notificação de DNC, desde a identificação até a conclusão no SINAN e em outros sistemas oficiais, quando disponíveis?

Premissa: O hospital deverá elaborar e promover ampla divulgação de protocolos e procedimentos que contemplem o processo de notificação e investigação de doenças e agravos em saúde.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Ficha do processo.

22.9. Vigilância epidemiológica de infecções relacionadas à assistência à saúde e microrganismos multirresistentes

22.9.1. O hospital utiliza o AGHU ou outro sistema para acompanhamento de IRAS?

Premissa: As informações disponíveis no AGHU ou outro em sistema devem ser utilizadas para acompanhamento das IRAS.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Software.

22.9.2. RE O hospital possui um programa de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (PCIRAS) implementado?

Premissa: O hospital deve possuir obrigatoriamente o PCIRAS, desenvolvendo ações para a máxima redução possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares seguindo diretrizes e normas vigente. O PCIRAS deve ter objetivos claramente definidos, com metas a serem alcançadas e ações a serem desenvolvidas para o alcance dessas metas. Devem ser elaborados com base na epidemiologia e nas prioridades locais, de acordo com a avaliação de riscos do serviço, e definir funções e atividades que se alinham e contribuem para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência antimicrobiana no serviço de saúde. Além disso, é importante que o serviço de saúde anexe no PCIRAS um plano de trabalho anual, contendo as atividades a serem desenvolvidas no período. Eles também devem incluir profissionais treinados e com carga horária dedicada para as ações do Programa (Portaria GM/MS nº 2.616/1998).

Fonte de informações e evidências: PCIRAS. Plano de trabalho.

22.9.3. RE O hospital possui protocolos e procedimentos para prevenção e controle de IRAS?

Premissa: A Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção dos Hospitais solicita, minimamente, a implementação do seguintes protocolos e procedimentos:

- a) precauções-padrão;
- b) higiene das mãos;
- c) precauções baseadas na forma de transmissão;
- d) identificação, investigação, manejo e prevenção de surtos;
- e) prevenção de infecção de sítio cirúrgico (ISC);
- f) prevenção de IPCS;
- g) prevenção de pneumonia associada à assistência à saúde, incluindo, mas não exclusivamente, as PAV;

- h) prevenção de infecções urinárias associadas ao uso de cateter urinário de demora (ITU-AC);
- i) prevenção da transmissão de microrganismos multirresistentes;
- j) reprocessamento de produtos para saúde;
- k) proteção e saúde do trabalhador (inclui aspectos de melhoria das condições de trabalho, detecção de doenças ocupacionais, vigilância da saúde dos trabalhadores, triagem pré-contratação e vacinação), elaborado pela Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho e validado pela CCIRAS;
- l) administração segura de medicamentos, elaborado pela enfermagem e validado pela CCIRAS;
- m) gerenciamento de resíduos, elaborado conjuntamente pelas diversas áreas do hospital e validado pela CCIRAS.

O hospital deve disponibilizar protocolos e procedimentos com vista a prevenção e controle das IRAS, não se limitando aos documentos listados anteriormente (Anvisa, 2021).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

22.9.4. RE A CCIRAS elabora e divulga, regularmente, relatórios e comunica, periodicamente, as lideranças e profissionais de todos os setores do hospital a situação do controle das IRAS, promovendo seu amplo debate?

Premissa: A CCIRAS em parceria com a UVS ou STGQ deverá elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das IRAS, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

Fonte de informações e evidências: Relatórios. Folders. Atas de reuniões.

22.9.5. RE Os profissionais das diversas áreas do hospital conhecem as ações do PCIRAS da instituição?

Premissa: O hospital deve produzir, publicar e divulgar amplamente os recursos de conscientização (lembretes, cartazes etc.) relacionados às intervenções de melhoria do programa de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Fonte de informações e evidências: Plano de prevenção e controle de IRAS. Recursos de divulgação. PCIRAS. Entrevistas com os profissionais.

22.9.6. A UVS (hospitais tipos I, II e III) ou o STGQ (hospitais tipo IV) trabalha de maneira colaborativa e complementar as ações de prevenção e controle de infecção e as ações de vigilância epidemiológica de doenças e agravos de notificação compulsória?

Premissa: Compete à UVS trabalhar de maneira integrada os processos relacionados a vigilância de IRAS e de DNC.

Fonte de informações e evidências: Atas de reuniões. Relatórios. Planos de melhoria da qualidade.

22.9.7. RE O hospital rastreia as infecções relacionadas à assistência à saúde?

Premissa: O hospital deve avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Fonte de informações e evidências: Sistema de rastreamento. Planilha de controle.

22.9.8. Há integração do setor de farmácia com a UVS e CCIRAS para gerenciamento do uso de antimicrobianos?

Premissa: A efetividade das ações do Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos no hospital depende da atuação conjunta de diferentes setores hospitalares que exercem funções específicas dirigidas para esse fim (Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde). Nesse sentido, é essencial a integração entre as equipes da CCIRAS e do setor de farmácia para a análise de solicitação de antimicrobianos, ajustes de tratamento e dispensação adequada.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas.

22.9.9. O hospital monitora os resultados dos exames dos pacientes com suspeita ou diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória e comunica a equipe de saúde assistente do paciente o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias?

Premissa: O hospital deverá monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita e diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do hospital e conveniados, bem como comunicar a equipe de saúde assistente do paciente o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação.

Fonte de informações e evidências: Sistema de monitoramento integrado ao prontuário. Fluxos. Plano de melhoria da qualidade. Recomendações.

22.9.10. RE O hospital notifica regularmente IRAS e resistência microbiana (RM), conforme recomendações da Anvisa?

Premissa: O Sistema Nacional de Monitoramento de Surtos Infecciosos em Serviços de Saúde para a orientação do processo de vigilância, investigação, monitoramento e notificação de agravos infecciosos visando, fundamentalmente, o aumento da sensibilidade e oportunidade na detecção, controle e redução de riscos das IRAS, assim como de surtos infecciosos nos serviços de saúde brasileiros (Anvisa, 2021).

Fonte de informações e evidências: Formulários de notificação nacional das infecções relacionadas à assistência à saúde e resistência microbiana em serviços de saúde preenchidos.

22.9.11. RE O hospital estabelece os processos para vigilância, investigação, notificação e monitoramento para detecção, controle rápido e efetivo e redução de riscos de surtos infecciosos?

Premissa: “Os surtos infecciosos em serviços de saúde, suspeitos ou confirmados, devem ser notificados em até 72 horas após a identificação do evento. A notificação deve ser feita, mesmo se não houver diagnóstico laboratorial. Embora cada surto seja único, o processo de investigação normalmente transcorre por uma sequência de etapas e passos a serem executados, sendo todos eles necessários para alcançar uma investigação bem-sucedida do surto” (Anvisa, 2021).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Relatórios. Notificações.

22.9.12. RE O hospital possui programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos implementado?

Premissa: O hospital deve elaborar e implementar programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos conforme Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde. Devem ser monitorados os indicadores do programa e realizadas as demais ações para implementação e avaliação desta.

Fonte de informações e evidências: Programa de gerenciamento do uso de antimicrobianos. Indicadores de monitoramento do programa.

22.9.13. RE O hospital realiza o monitoramento mensal de consumo de antimicrobianos em UTI Adulto, realizando o cálculo da dose diária definida (DDD)?

Premissa: A notificação dos dados deve ser realizada mensalmente (até o 15º dia do mês subsequente ao mês de vigiância) pela CCIRAS do hospital (com eleitos de UTI Adulto).

Fonte de informações e evidências: Relatório de notificações.

I - PROCESSOS DE SUPORTE À ORGANIZAÇÃO

23. OUVIDORIA

23.1. Gestão de pesquisa de satisfação

23.1.1. RE O hospital possui sistema de aferição da satisfação dos usuários SUS (pacientes e acompanhantes) e residentes?

Premissa: O hospital deve avaliar os serviços prestados, incluindo os ambulatorios, por meio de pesquisa de satisfação dos usuários SUS (pacientes e acompanhantes) e dos residentes, feita, no mínimo, a cada um ano, ou por qualquer outro meio que garanta significância estatística aos

- a) resultados, incluindo os seguintes aspectos:
- b) satisfação do usuário com o serviço prestado;
- c) qualidade do atendimento prestado ao usuário;
- d) cumprimento dos compromissos e prazos definidos para a prestação dos serviços;
- e) quantidade de manifestações de usuários; e
- f) medidas adotadas para melhoria e aperfeiçoamento da prestação do serviço.

O resultado da avaliação deverá ser integralmente publicado no hospital e deve servir de subsídio para reorientar e ajustar os serviços prestados, em especial quanto ao cumprimento dos compromissos e dos padrões de qualidade de atendimento divulgados na Carta de Serviços ao Usuário (Art. 23, Lei nº 13.460/2017; Art. 20, Decreto nº 9.094/2017).

Fonte de informações e evidências: Pesquisa de satisfação dos usuários documentado. Plano de melhoria dos resultados da pesquisa. Entrevista.

23.2. Gestão das demandas da população

23.2.1. O hospital disponibiliza canais de comunicação entre a instituição, profissionais, pacientes e acompanhantes ou responsáveis?

Premissa: O hospital deve estabelecer, acompanhar e avaliar os canais de comunicação externa e interna da instituição, no intuito de promover ações de melhoria dos serviços prestados.

Fonte de informações e evidências: Formulário com linguagem adequada ao paciente. Respostas encaminhadas às demandas recebidas. Planos de melhoria implementados, que foram elaborados no intuito de corrigir algum processo identificado por meio dos canais de comunicação.

24. COMUNICAÇÃO

24.1. Comunicação social

24.1.1. O hospital possui Plano de Comunicação Social alinhado à Política de Comunicação Institucional?

Premissa: Cada filial Ebserh deve elaborar o seu Plano de Comunicação Social, que orienta os objetivos para alcançar a estratégia da empresa e alinhado à Política de Comunicação Institucional da Rede Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Plano de Comunicação do hospital ou complexo hospitalar publicado no site institucional do hospital.

25. GESTÃO DE PESSOAS

25.1. Gestão da informação de pessoal

25.1.1. O hospital possui código de ética e conduta institucionalizado?

Premissa: O Código de Ética e Conduta da Ebserh deve ser institucionalizado no hospital, com divulgação para todos os colaboradores, que devem conhecê-lo e colocá-lo em prática.

Fonte de informações e evidências: Código de ética e conduta da Ebserh divulgado na internet ou intranet. Entrevista com colaboradores.

25.1.2. A área de gestão de pessoas do hospital possui um processo de verificação da autenticidade das certificações apresentadas por seus profissionais?

Premissa: A área de gestão de pessoas deve realizar a conferência dos documentos apresentados pelos profissionais.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Pastas funcionais. Checklist de verificação da pasta.

25.1.3. A área de gestão de pessoas possui assentamento funcional atualizado dos funcionários?

Premissa: Cabe a gestão de pessoas do hospital manter os dados dos colaboradores atualizados em seus assentamentos funcionais. A documentação do empregado ou servidor público deve ser mantida arquivada na área de gestão de pessoas do hospital.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Pastas funcionais.

25.1.4. Os gerentes, chefes de divisão, setores e unidades estão formalmente nomeados, considerando o organograma vigente e as normativas aplicáveis?

Premissa: Todas as lideranças estabelecidas de acordo com o organograma vigente devem estar nomeadas, respeitando as especificações presentes em normativas relacionadas a cada gerência, divisão, setor ou unidade e conforme organograma do hospital segundo arquétipo.

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação. Organograma da instituição.

25.1.5. O hospital divulga as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) e responsabilidades (autonomia e tarefas atribuídas) de todos os profissionais, conforme função exercida na equipe, de forma alinhada às competências transversais, gerenciais e técnicas definidas para toda a rede Ebserh?

Premissa: O hospital deve divulgar as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) e responsabilidades (autonomia e tarefas atribuídas) de todos os profissionais, conforme função exercida na equipe, de modo que os membros da equipe reconheçam suas atribuições e dos outros profissionais, bem como os limites de suas responsabilidades, de acordo com o documento “Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos dos Hospitais Universitários Federais”.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Sítio de divulgação em internet. Entrevista com profissionais.

25.1.6. O hospital possui regulamento de pessoal implementado?

Premissa: O Regulamento de Pessoal da Ebserh deve ser institucionalizado no hospital, com divulgação para todos os colaboradores, que devem conhecê-lo e colocá-lo em prática.

Fonte de informações e evidências: Regulamento de Pessoal publicado no portal eletrônico do hospital e de conhecimento dos colaboradores.

25.1.7. As escalas dos profissionais são divulgadas e afixadas em ambiente de ampla circulação?

Premissa: As escalas de trabalho devem ser organizadas, elaboradas e divulgadas em cada unidade organizacional conforme critérios e procedimentos da Norma Operacional DGP nº 04/2017.

Fonte de informações e evidências: Escalas atualizadas dos profissionais, divulgadas e afixadas em ambientes de ampla circulação no hospital e no portal eletrônico do hospital.

25.2. Gestão de relações trabalhistas

25.2.1. A instituição realiza pesquisa de clima organizacional?

Premissa: A pesquisa e análise do clima organizacional traz subsídios valiosos para o gestor, tais como o diagnóstico motivacional, a discrepância entre realidade percebida e desejada, os pontos de maior e menor satisfação, o estilo gerencial mais recomendável à situação. Os climas organizacionais que atendam conjuntamente as necessidades pessoais e institucionais resulta em uma melhor integração entre o sistema e o indivíduo. Isso trará efeitos significativos na motivação e satisfação individual, gerando uma melhor realização das tarefas e qualidade no atendimento ao usuário, além de e alcance dos objetivos organizacionais.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de pesquisa de clima. Plano de melhoria da qualidade.

25.2.2. O hospital dispõe de ações afirmativas no sentido de gerir a diversidade de pessoas que atuam na instituição?

Premissa: O hospital deve incentivar e realizar busca contínua pela construção de um espaço plural, inclusivo e de mútua cooperação, onde a pessoa humana seja valorizada, fortalecendo a promoção da defesa dos direitos de todos os colaboradores em situação de vulnerabilidade social, discriminação, ameaça, violência ou com necessidade de reconhecimento de sua identidade.

Fonte de informações e evidências: Entrevista. Cartazes. Calendário Afirmativo.

25.2.3. RE O hospital desenvolve ações com enfoque na valorização dos trabalhadores, direcionadas para promoção da melhoria da qualidade de vida no trabalho, visando o cuidado dos profissionais nas instituições nas quais atuam?

Premissa: A instituição deve ser espaço de valorização do potencial de seus trabalhadores, sendo fundamental promover a gestão participativa, o que significa gerar maior democratização no processo de decisão e inclusão dos profissionais nessa execução. As oportunidades para que os profissionais exercitem outras habilidades, fora da rotina de trabalho, e desenvolvam atividades alternativas somados à educação permanente favorecem a autoestima do trabalhador. O hospital, por meio do programa de busca de satisfação no trabalho, deve prover ações para a melhoria da saúde mental dos trabalhadores, por meio de atividades que visem manter o estresse ocupacional sempre em níveis toleráveis para os colaboradores, diminuir e prevenir o sofrimento psíquico relacionado a questão do trabalho.

Fonte de informações e evidências: Entrevista com profissionais. Programas voltados para valorização dos trabalhadores. Programas voltados para qualidade de vida no trabalho.

25.3. Gestão do desligamento de colaboradores

25.3.1. A instituição identifica e avalia o motivo de desligamento de profissionais para realizar as rescisões dos contratos de trabalho?

Premissa: É obrigatório constar na formalização do Pedido de Rescisão as seguintes informações: nome, matrícula SIAPE, CPF, telefone atualizado, e-mail, motivo do pedido, situação contratual (efetivo, temporário, experiência), aviso prévio (trabalhado, indenizado, dispensado), data da saída/desligamento (último dia do contrato de trabalho), local e data do pedido (a data não poderá ser retroativa) e assinaturas (empregado e empresa). As instruções relativas à execução de rescisão de contrato de trabalho constam na Norma Operacional SEI nº 2 de 2019. A identificação e avaliação dos motivos de desligamentos permitem o enquadramento no tipo de rescisão, a documentação pertinente bem como os respectivos prazos para realização do processo de rescisão do trabalhador.

Fonte de informações e evidências: Registros de avaliação de desligamento de profissionais. Formulários de rescisão.

25.4. Promoção da segurança e saúde dos trabalhadores

25.4.1. RE O hospital gerencia riscos ocupacionais?

Premissa: O hospital deve implementar o gerenciamento de riscos ocupacionais em suas atividades. Cabe à instituição cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e saúde no trabalho, informar aos trabalhadores os riscos ocupacionais existentes nos locais de

trabalho e suas medidas de prevenção adotadas para eliminar ou reduzir tais riscos, além dos resultados dos exames médicos e de exames complementares de diagnóstico aos quais os próprios trabalhadores forem submetidos e os resultados das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho.

Fonte de informações e evidências: Programa de Gerenciamento de Riscos. Indicadores de acidentes ocupacionais. Planos de melhoria da qualidade. Atas de reunião da CIPA.

25.4.2. RE Os mapas de riscos são elaborados e afixados em locais de fácil acesso e visualização?

Premissa: Os mapas de riscos dos processos de trabalho devem ser elaborados, atualizados e afixados conforme NR 5 nas diferentes áreas.

Fonte de informações e evidências: Mapa de Riscos. Visitas às áreas.

25.4.3. RE O hospital possui Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)?

Premissa: Os projetos e planos de saúde ocupacional devem ter como base os resultados dos indicadores de saúde monitorados pelo hospital, abrangendo estatísticas de afastamentos e acompanhamento de doenças, a emissão de relatórios médicos sobre a saúde do trabalhador e ações de prevenção de doenças frequentes nos ambientes de trabalho.

Fonte de informações e evidências: PCMSO.

25.4.4. A área de gestão de pessoas possui projetos e planos de melhoria da qualidade referentes à saúde ocupacional?

Premissa: A elaboração de projetos e planos de melhoria da qualidade deve ter como base os resultados dos indicadores de saúde do trabalhador, incluindo os afastamentos e acompanhamento de doença, os relatórios médicos e as ações de prevenção de doenças mais frequentes no ambiente de trabalho, além de outras ações que podem impactar na saúde do colaborador.

Fonte de informações e evidências: Planos, projetos, fluxos e processos estabelecidos.

25.4.5. RE O hospital oferece acompanhamento ou acolhimento psicológico aos profissionais envolvidos em eventos adversos graves e never events?

Premissa: O termo “segunda vítima” refere-se ao profissional de saúde que apresenta um quadro de sofrimento emocional decorrente de um evento adverso. Tal condição mostra-se semelhante à do paciente, a chamada “primeira vítima” (Ullstrom *et al.*, 2014). O hospital deve oferecer acompanhamento a esses profissionais.

Fonte de informações e evidências: Registros de notificação de incidentes e relatórios.

25.4.6. RE A área de gestão de pessoas possui processo padronizado para acompanhamento e registros relacionados à segurança e saúde ocupacional?

Premissa: Cabe ao empregador cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, elaborando instruções escritas sobre os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho, padronizar e acompanhar o cumprimento das medidas de prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas aos profissionais.

25.4.7. RE O hospital disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivos (EPC) de forma sistemática para a equipe profissional?

Premissa: Devem ser disponibilizados EPI e EPC, conforme legislação e necessidade dos serviços. Deve-se também implementar normas e rotinas escritas, revisadas periodicamente, que regulamentem a utilização dos EPI e EPC. O hospital deve:

- a) fornecer à equipe profissional, gratuitamente, EPI e EPC adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento;
- b) orientar e treinar quanto ao uso, guarda, higienização e conservação;
- c) exigir o uso adequado dos EPI e EPC conforme cada situação;
- d) substituir, imediatamente, quando danificado, extraviado ou com irregularidade;
- e) responsabilizar-se pela manutenção quando necessário;
- f) realizar e manter o registro do fornecimento dos EPI e EPC aos trabalhadores (NR 6).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Visita às instalações. Ficha ou documento de controle de EPI, assinado pelo trabalhador que comprove o recebimento.

25.4.8. O hospital realiza consulta médica admissional de todos os profissionais?

Premissa: O exame médico admissional é um dos itens obrigatórios do PCMSO e inclui avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental, e exames complementares.

Fonte de informações e evidências: Relatório de consulta médica admissional. Indicadores.

25.4.9. RE O hospital realiza consultas médicas periódicas de todos os profissionais?

Premissa: O exame médico periódico é um dos itens obrigatórios do PCMSO e inclui avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental, e exames complementares.

Fonte de informações e evidências: Relatório de consulta médica periódica. Indicadores.

25.4.10. RE O hospital implanta programa de imunização dos colaboradores?

Premissa: O hospital deve implantar programa de imunização dos colaboradores conforme PCMSO de acordo com a NR nº 32.

Fonte de informações e evidências: Programa de imunização. Relatórios de vacinação/imunização. Indicadores. Controle de cartões de vacinação dos empregados. PCMSO.

25.4.11. RE O hospital orienta a avaliação, o aconselhamento e o acompanhamento dos profissionais expostos a doenças infecciosas?

Premissa: Cabe ao hospital orientar as condutas, pré-exposição e pós-exposição, indicadas para prevenir o risco de contaminação dos profissionais de saúde que atuam, direta ou indiretamente, em atividades em que há risco de exposição à agentes infecciosos.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Materiais de divulgação.

25.4.12. RE O hospital conta com procedimentos e faz divulgação de instruções para prevenção de acidentes de trabalho e para preservação da saúde?

Premissa: Em todo local onde exista a possibilidade de exposição a riscos ocupacionais, devem ser fornecidas aos trabalhadores instruções escritas, em linguagem acessível, das rotinas realizadas no local de trabalho e medidas de prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho (RDC nº 63/2011, art. 47º).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Instruções. Campanha de divulgação. Entrevista.

25.4.13. O hospital avalia os resultados dos programas desenvolvidos para segurança e saúde ocupacional?

Premissa: O hospital deve promover, monitorar e avaliar os programas referente a segurança e saúde ocupacional dos colaboradores, reforçando importância da realização dos exames médicos periódicos, assim como de campanhas educativas e de vacinação, essas iniciativas devem ser priorizadas pelos profissionais e por seus gestores.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de capacitação. Indicadores.

25.4.14. RE O hospital realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: O hospital deverá realizar ações, individuais ou coletivas, que promovam a saúde, previnam a morbimortalidade e reduzam os riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho em todos os pontos de atenção.

Fonte de informações e evidências: Fichas de notificação. Plano de melhoria da qualidade. Indicadores. Medidas de controle.

25.4.15. RE O hospital identifica e implementa práticas para reduzir o risco de lesões e infecções devido ao manuseio e à gestão de objetos perfurocortantes e agulhas?

Premissa: As medidas de prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais devem ser adotadas para reduzir ou eliminar os riscos que possam originar-se nos locais de trabalho. Estas devem ser específicas para cada risco ou agente contaminante. Todos os materiais biológicos devem ser tratados como contaminantes, sendo obrigatório o uso dos EPI durante os procedimentos com risco de contaminação. Quanto aos materiais perfurocortantes, devem ser descartados em caixa coletora própria, sendo vedado o reencape e desconexão manual de agulhas. Faz-se necessário o treinamento contínuo e fiscalização de todas as medidas de segurança adotadas para a segurança e saúde ocupacional.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Fichas de processos. Entrevista. Visitas às unidades.

25.4.16. RE O hospital possui protocolos e procedimentos instituídos de atendimento a vítima de acidentes durante o desenvolvimento das atividades em serviço no hospital?

Premissa: Os protocolos e procedimentos de atendimento a vítima de acidentes durante o desenvolvimento das atividades em serviço hospitalar devem envolver estudantes, residentes, terceirizados, profissionais, acompanhantes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Fichas de processos. Entrevista. Registros de atendimento a vítimas de acidentes.

25.4.17. Os produtos químicos utilizados são manuseados conforme recomendações da ficha de informações de segurança de produtos químicos (FISPQ) ou da ficha técnica do produto?

Premissa: O hospital deve solicitar, ao fornecedor ou empresa responsável pela aquisição dos produtos, a FISPQ completa dos produtos químicos utilizados, na qual estão relatadas informações pertinentes quanto à segurança, saúde e meio ambiente. Cabe ao fornecedor manter a FISPQ sempre atualizada, assegurando a correta utilização do produto (ABNT NBR 14725-4:2009). Caso o produto não possua FISPQ, deve-se verificar a ficha técnica do produto.

Fonte de informações e evidências: FISPQ. Lista de produtos utilizados. Ficha Técnica.

25.5. Desenvolvimento e retenção de pessoas

25.5.1. O hospital cumpre a norma de progressão funcional de carreira dos colaboradores?

Premissa: A política de progressão prevê critérios de movimentação que permitem aos empregados o crescimento na carreira, em termos salariais (horizontal) e de maturidade (vertical).

Fonte de informações e evidências: Portarias. Registro de avaliação de progressão funcional.

25.5.2. A área de gestão de pessoas do hospital aplica a avaliação de desempenho anualmente para todos os profissionais?

Premissa: O colaborador submeter-se-á a avaliação anual de desempenho, obedecendo aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, do contraditório e da ampla defesa. A avaliação de desempenho auxilia a organização a manter os seus profissionais alinhados às expectativas da empresa, através de metas individuais, de competências específicas ou comportamentos a serem desenvolvidos.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de avaliação de desempenho. Plano de trabalho.

25.5.3. RE O hospital promove capacitação continuada de acordo com as necessidades dos serviços disponibilizados?

Premissa: O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes do hospital, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes (Art. 29, parágrafo segundo, Anexo XXIV, PRC GM/MS nº 2/2017).

Fonte de informações e evidências: Cronograma de capacitações. Registros de capacitação. Entrevistas.

25.5.4. O serviço de gestão de pessoas promove desenvolvimento e capacitação das lideranças?

Premissa: O dirigente que detectar a necessidade de caráter excepcional e urgente de capacitação em seu hospital, pós aprovado do plano de desenvolvimento de competências, no decorrer do exercício, poderá elaborar justificativa e submetê-la à apreciação da área de gestão de pessoas, que analisará a solicitação, observando a necessidade do curso, a estrita relação do conteúdo da

capacitação proposta com a missão institucional da Ebserh (Norma Operacional - SEI nº 02, de 16 de maio de 2014, Art. 5º, parágrafo único).

Fonte de informações e evidências: Listas de presença ou relatórios de capacitação. Outras evidências de capacitação (certificados, ata de reuniões, projeto de Capacitação com a área de Gestão de Pessoas).

25.5.5. RE O serviço de gestão de pessoas promove o desenvolvimento e capacitação em serviço, considerando as necessidades mapeadas?

Premissa: A área de gestão de pessoas do hospital deve elaborar anualmente um Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC) a partir do diagnóstico de necessidades de capacitação, o qual deve ser aprovado pelo órgão colegiado (Art. 3º e 4º da Norma Operacional nº 2/2014). A alta gestão, demais chefias e todos os colaboradores, devem investir esforços contínuos na consolidação de uma cultura de capacitação continuada que vai desde a implantação do Programa até a sua execução, monitoramento e avaliação, considerando as necessidades mapeadas. Para que isso se efetive, as chefias devem possibilitar o desenvolvimento de todos os integrantes de suas equipes, tendo como objetivo comum não o alcance apenas de expectativas individuais, mas também melhores resultados para a Rede Ebserh.

Fonte de informações e evidências: PDC. Lista de necessidade de desenvolvimento de capacitação. Protocolos e procedimentos. Listas de presença ou relatórios de capacitação. Outras evidências de capacitação (Projeto de Capacitação com a área de Gestão de Pessoas, certificados, entrevista aos profissionais).

25.5.6. A área de gestão de pessoas avalia os resultados das capacitações e treinamentos desenvolvidos no hospital?

Premissa: Cabe à instituição promover a melhoria da eficiência e eficácia dos serviços prestados à sociedade, a partir da qualificação profissional de seus colaboradores, além de avaliar permanentemente os resultados das ações de desenvolvimento.

Fonte de informações e evidências: Indicadores. Relatórios. Registros de aplicação de avaliação de reação ou de impacto. Relatórios de capacitação.

25.5.7. A área de gestão de pessoas avalia os resultados do processo de integração e acompanhamento de novas pessoas na organização, promovendo ações de melhoria?

Premissa: A avaliação dos resultados do processo de integração de novas pessoas é importante para assegurar ótimas condições de acolhimento e integração do colaborador e para o sucesso dos processos de trabalho da instituição. Identificar erros nas estratégias de integração permite a correção de falha de retenção e de motivação das pessoas nas organizações.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Lista de presença. Relatórios de capacitação ou outras evidências de capacitação. Entrevista. Indicadores. Plano de tarefas e relatório de avaliação de desempenho do período de experiência. Plano de desenvolvimento individual. Formulários de acompanhamento do plano de desenvolvimento individual.

25.5.8. O serviço de gestão de pessoas capacita os profissionais para situações de riscos patrimoniais?

Premissa: Capacitar os profissionais de uma instituição a identificar situações que possibilitem a ocorrência de qualquer evento que possa causar danos ao patrimônio e gerar prejuízos, resguardando os bens e gerando valor à instituição, reduzindo a ocorrência de possíveis danos patrimoniais e financeiros à instituição.

Fonte de informações e evidências: Programas ou projetos de capacitação. Lista de presença. Certificados.

25.5.9. RE O hospital dispõe de cronograma de capacitação em segurança do paciente atualizado e implantado?

Premissa: O hospital deverá desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. As capacitações, enquanto ferramenta de gestão de pessoal, devem ser registradas contendo data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos, conforme RDC Nº 63/2011.

Fonte de informações e evidências: Cronograma de capacitação. Lista de presença. Relatórios de capacitação.

25.5.10. RE São realizadas capacitações regulares com os profissionais da instituição voltadas à prevenção e ao controle de IRAS?

Premissa: O STGQ e a CCIRAS deverão realizar capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares. “O controle de IRAS está diretamente relacionado à mudança de comportamento dos profissionais de saúde que devem estar convencidos da importância dessa mudança. A mudança é um processo demorado porque não depende exclusivamente dos agentes que a desejam, mas também de todos aqueles envolvidos no cuidado ao paciente e da própria organização” (Turrini e Lacerda, 2004).

Fonte de informações e evidências: Relatórios. Lista de presença.

25.5.11. RE O hospital promove capacitações periódicas para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das DNC no ambiente hospitalar?

Premissa: Os NHE devem promover capacitações para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar, de acordo com as normas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e das respectivas normas estaduais e municipais complementares.

Fonte de informações e evidências: Cronograma de capacitações. Lista de presença de capacitações realizadas. Relatórios de capacitação.

25.5.12. RE O hospital oferece capacitações periódicas relacionadas à segurança e saúde no trabalho?

Premissa: O processo saúde-doença dos trabalhadores tem relação direta com o seu trabalho; e não deve ser reduzido a uma relação monocausal entre doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho. Saúde e doença estão condicionadas e determinadas pelas condições de vida das pessoas e são expressos entre os trabalhadores também pelo modo como vivenciam as condições, os processos e os ambientes em que trabalham, por isso, há necessidade de constante atualização dos profissionais, possibilitando a formação de uma

consciência crítica, permitindo-lhes o desempenho de suas atividades de forma mais consciente e segura.

Fonte de informações e evidências: Cronograma de capacitações. Lista de presença. Relatórios de capacitação ou outras evidências de capacitação.

25.5.13. Os profissionais dos serviços de segurança, portaria e recepção são capacitados quanto aos direitos e deveres dos pacientes?

Premissa: Os serviços de segurança, portaria e recepção devem contribuir para qualificação da assistência prestada, de acordo com a PNH.

Fonte de informações e evidências: Comprovação de capacitação. Protocolos e procedimentos. Entrevistas.

25.5.14. O hospital proporciona capacitação em suporte avançado de vida para ocasiões de emergência?

Premissa: O hospital deve dispor de profissionais capacitados em suporte avançado de vida para ocasiões de emergência.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Cópias de certificados e lista de presença de curso de capacitação. Entrevista com profissionais.

25.5.15. O hospital realiza capacitação para escuta qualificada?

Premissa: Para a implantação do acolhimento humanizado no hospital se faz necessário capacitar e ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionadas a escuta qualificada, estabelecendo interação humanizada, cidadã e solidária aos usuários, familiares e comunidade.

Fonte de informações e evidências: Cronograma de Capacitação. Entrevistas. Lista de presença. Relatórios de capacitação ou outras evidências de capacitações.

25.5.16. RE Os profissionais da área de higiene recebem capacitações periódicas referente às atividades desenvolvidas?

Premissa: A qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais responsáveis pela higienização e limpeza é essencial para proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, por meio das boas práticas de limpeza e desinfecção. As atribuições da equipe de higienização podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada, além do modelo de gestão em vigor aplicado ao serviço em questão, por isso, a necessidade de um embasamento prévio, por meio de capacitação, também acompanhadas de protocolos e procedimentos técnicos.

Fonte de informações e evidências: Cronograma de capacitação. Certificados. Listas de presença. Relatórios.

25.5.17. RE Os profissionais responsáveis pela prestação de serviço de processamento de roupas são capacitados periodicamente?

Premissa: O responsável pela prestação do serviço deverá elaborar um programa de educação continuada, antes do início e durante as atividades, de forma permanente em conformidades com as atividades desenvolvidas. As capacitações devem contemplar no mínimo:

- a) Etapas do processamento de roupas e serviços de saúde;
- b) Segurança e saúde ocupacional;
- c) Prevenção e controle de infecções; e
- d) Uso de produtos saneantes.

Ainda podem ser desenvolvidos treinamentos específicos sobre biossegurança, normas e rotinas do serviço, assim como outros programas educativos baseados em indicadores de saúde. Nos casos em que a instituição oferecer esse atendimento de forma terceirizada, cabe ao contratante certificar-se de que a execução dos serviços está sendo realizadas conforme preconizado em normativos vigente e segundo exigências contratuais.

Fonte de informações e evidências: Cronograma de capacitações. Lista de presença. Relatórios de capacitação, outras evidências de capacitações.

25.5.18. O hospital realiza capacitações para os profissionais e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos quanto ao descarte correto dos resíduos?

Premissa: O serviço deve promover programas de educação continuada para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente, e manter os registros dos treinamentos realizados (RDC nº 222, art. 91).

Fonte de informações e evidências: Lista de presença. Certificados. Cronograma de Capacitações.

25.5.19. O hospital dispõe de programa de capacitação para os profissionais da área de pesquisa?

Premissa: O hospital deve dispor de programa de educação permanente para seus trabalhadores, incluindo os profissionais da área de pesquisa (Portaria Interministerial MEC-MS nº 285/2015, art. 10, inciso VII). O referido programa deve incluir em seu conteúdo o tema de Boas Práticas em Pesquisa Clínica em consonância com o Guia de Boas Práticas Clínicas ICH E6 (R2).

Fonte de informações e evidências: Plano ou programa de capacitação. Lista de presença ou cópias de certificados. Indicadores de monitoramento da educação continuada.

25.5.20. As equipes das diferentes unidades organizacionais recebem capacitações periódicas a respeito de ciclos de melhoria de qualidade?

Premissa: Todas as unidades organizacionais do hospital devem realizar planos de ação voltados para a melhoria contínua de seus processos de trabalho

Fonte de informações e evidências: Lista de presença. Relatórios de capacitação ou outras evidências de capacitação (certificados, planejamento de educação continuada). Cronograma de capacitações.

26. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

26.1. Provimento da estrutura de tecnologia da informação

26.1.1. RE A instituição disponibiliza terminais com banda larga em proporção adequada para o número de estudantes matriculados nos cursos em funcionamento conforme normativa vigente?

Premissa: O hospital deve garantir acesso às bases de conhecimento por diferentes dispositivos para estudantes, professores e preceptores (Art. 10, inciso II, alínea b, Portaria Interministerial nº 285/2015).

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações de apoio ao ensino. Relação de número de dispositivos instalados com banda larga. Acesso Wi-Fi para estudantes, professores e preceptores. Relatório de acesso às bases de conhecimento.

26.1.2. RE A instituição disponibiliza acesso a bibliotecas virtuais e publicações atualizadas de acordo com as especialidades dos serviços da instituição?

Premissa: O hospital deve dispor de acesso a bibliotecas virtuais na proporção mínima de três terminais com banda larga para o número máximo de 30 alunos matriculados nos cursos em funcionamento, conforme parâmetros descritos nos Instrumentos de Avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

Fonte de informações e evidências: Lista de estudantes matriculados nos cursos em funcionamento. Portais de evidência. Sites. Assinaturas de bases de dados vigentes. Lista atualizada de livros e periódicos disponibilizados pelo hospital.

26.2. Provimento de soluções de sistemas de informação

26.2.1. O hospital realiza planejamento anual de Tecnologia da Informação, mediante a publicação do Plano Diretor de TI (PDTI) e informa o PDTI com a Diretoria de Tecnologia da Informação?

Premissa: O hospital deve realizar regularmente seu planejamento tático-operacional, alinhado com as Políticas e Planejamento de TI da Administração Central, gerando um PDTI institucional do HUF, que deve conter, no mínimo, os elementos dispostos na Política de Governança de TI. O PDTI vigente e atualizado do hospital deve ser divulgado no portal eletrônico da instituição e ser de conhecimento dos colaboradores. Os projetos e aquisições de TI em execução no hospital devem estar em consonância com o referido plano, bem como devem ser monitorados os indicadores estabelecidos.

Fonte de informações e evidências: Plano Diretor de TI atualizado e divulgado. Ofício SEI informando PDI à DTI e boletim de publicação do HU. Painel do PDTI atualizado.

26.2.2. A área de TI possui um Plano de Continuidade de Serviços Críticos de TI, abrangendo os Planos de Backup e os Planos de Contingência dos serviços definidos como críticos?

Premissa: Gestão de Riscos de Serviços Críticos de TI incluindo um Plano de Continuidade de Negócios de Serviços Críticos de TI e um Plano de Gerenciamento de Incidentes de Serviços Críticos de TI.

Fonte de informações e evidências: Plano de Continuidade de Serviços de TI.

26.2.3. O hospital possui mecanismos de gestão de ativos de TI?

Premissa: O hospital deverá possuir mecanismos para garantir a gestão dos ativos de informação sobre sua responsabilidade, por meio de monitoramento contínuo (Política de Segurança da Informação e Comunicações. Ebserh, 2017).

Fonte de informações e evidências: Portfólio contendo todos os equipamentos e softwares de tecnologia da informação. Software *asset management* (SAM).

26.2.4. O hospital possui mecanismos formalizados que protegem o sigilo, segurança e integridade de dados e informações?

Premissa: O hospital deve possuir gestor de segurança da informação (SI) designado e Comitê Gestor de Segurança da Informação (CSI) constituído e atuante. Proteção do dado (sigilo, integridade): Forma de arquivo: barreira antifogo, contra inundação, backup, etc.

Fonte de informações e evidências: Boletim de Serviço com portaria de designação do gestor de SI e portaria de constituição do CSI do hospital. Atas de reunião e listas de presença. Protocolos e procedimentos.

26.2.5. A Política de Segurança da Informação e Comunicação (PoSIC) e a Política de Divulgação de Informações são institucionalizadas no hospital?

Premissa: O hospital deve seguir as diretrizes dispostas na PoSIC para garantir a disponibilidade, integridade, confidencialidade e autenticidade das informações, bem como para manusear, tratar controlar e proteger os dados, informações, documentos e conhecimentos produzidos, armazenados, sobre guarda ou transmitidos por qualquer meio ou recurso da Ebserh contra ameaças e vulnerabilidades. A divulgação de informações deve seguir o disposto na Política correspondente.

Fonte de informações e evidências: PoSIC e Política de Divulgação de Informações divulgadas no portal eletrônico do hospital. Registros de divulgação e capacitação dos colaboradores. Entrevista com profissionais. Políticas, normas e procedimentos complementares à PoSIC. Constituição de Subcomitês Gestores de Segurança da Informação e Comunicações Locais (SGSICL). Plano de Gerenciamento de Incidentes. Controle de acesso a computadores e sistemas. Contratos e instrumentos congêneres firmados com terceiros com cláusulas de obrigatoriedade de observância da PoSIC.

26.3. Padronização de soluções de tecnologia da informação

26.3.1. O hospital faz o gerenciamento do catálogo de serviços de tecnologia da informação?

Premissa: O catálogo de serviços é uma ferramenta que reúne todos os serviços que a área de tecnologia da informação do hospital oferece, contida em algum sistema de chamados. O gerenciamento do catálogo de serviços de tecnologia da informação envolve a construção do catálogo, implantação, atualização pelas equipes que prestam serviço ou através do Acordo de Nível de Serviço (ANS), onde cada ação deste catálogo contém o tipo de solicitação, criticidade, prazo determinado do início e solução do atendimento.

Fonte de informações e evidências: Catálogo de Serviço de tecnologia da informação atualizado.

26.4. Institucionalização de soluções de tecnologia da informação

26.4.1. O hospital possui todos os módulos do AGHU, em sua versão mais recente, implantados e em uso ou soluções integradas ao AGHU (no caso de o AGHU não dispor do respectivo módulo/funcionalidade)?

Premissa: O hospital deve possuir todos os módulos do AGHU implantados e em uso ou soluções integradas ao AGHU (no caso de o AGHU não dispor do respectivo módulo/funcionalidade).

Fonte de informações e evidências: Lista de módulos instalados e em utilização. Painel do AGHU

26.4.2. O hospital possui um Núcleo de Gestão do AGHU (NG-AGHU) operacional?

Premissa: O NG-AGHU é uma instância colegiada de natureza consultiva, deliberativa e operacional, que deve ser implantado em todos os HUF da Rede Ebserh, com a finalidade de estabelecer diretrizes operacionais voltadas à implantação e qualificação do AGHU, em conformidade com as políticas e diretrizes da Ebserh-Sede. Deve ter caráter permanente, ser vinculado à Superintendência e possuir em sua composição um representante e um suplente de cada uma das seguintes áreas: Gerência Administrativa; Gerência de Atenção à Saúde; Gerência de Ensino e Pesquisa; e Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (Portaria – SEI nº 630, de dezembro de 2019).

Fonte de informações e evidências: Portaria de nomeação de membros e atas de reunião.

26.4.3. O hospital possui documentada a relação de perfis de acesso aos sistemas de informação utilizados na instituição?

Premissa: A restrição de acesso minimiza a ocorrência de incidentes relacionados à segurança da informação. O controle de acessos é um controle de segurança essencial, sendo assim, deve-se estabelecer protocolos e procedimento que tratem do assunto.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Documento de controle de perfis de acesso aos sistemas de informação.

26.4.4. O hospital utiliza solução informatizada que auxilie a prescrição segura, incluindo a identificação de interações medicamentosas e alergias?

Premissa: Com o objetivo de auxiliar no desenvolvimento de uma prescrição segura é recomendado ao estabelecimento a utilização de sistema de informação para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre: a) doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância ou com índice terapêutico estreito; b) Interações medicamentosas clinicamente significativas; c) alergias; d) apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, p. 15). As alergias do paciente devem ser registradas na solução informatizada e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Sistema de informação disponível e de fácil acesso (Ex.: AGHU e Uptodate). Prescrições eletrônicas.

26.4.5. O hospital utiliza o módulo de internação do AGHU para atualizar os prontuários, garantindo a comunicação das internações mais recentes sem perder o histórico?

Premissa: Devem ser estabelecidos mecanismos e procedimentos para organização, integração, rastreabilidade e conservação das informações do paciente permitindo acesso ao histórico dos atendimentos.

Fonte de informações e evidências: Painel do AGHU com o módulo de internação do AGHU implantado. Entrevista.

26.5. Suporte de tecnologia da informação

26.5.1. O hospital possui suporte de TI para gerenciar requisições de serviço e incidentes?

Premissa: O estabelecimento deverá criar e manter equipe de tratamento e resposta a incidentes em redes computacionais (ETIR), instituída pelo comitê gestor de segurança da informação e comunicações (CGSIC), com a responsabilidade de receber, analisar e responder notificações e atividades relacionadas a incidentes de segurança em redes de computadores. Os eventos e incidentes devem ser comunicados, registrados e tratados de acordo com um Plano de Gerenciamento de Incidentes específico (Política de Segurança da Informação e Comunicações. Ebserh, 2017).

Fonte de informações e evidências: Sistema de *help desk*.

27. TECNOLOGIAS EM SAÚDE

27.1. Avaliação de tecnologias em saúde

27.1.1. O NATS divulga e promove cursos e eventos referentes à avaliação de tecnologias em saúde (ATS) e à prática de saúde baseada em evidências para profissionais de saúde, residentes e estudantes de graduação e pós-graduação do hospital?

Premissa: O hospital deve divulgar e promover cursos e eventos referentes à ATS e à prática em saúde baseada em evidências, para profissionais de saúde, residentes e alunos da graduação e pós-graduação do hospital (Art. 2º, inciso VI, Diretriz para implantação dos NATS). Deve ser realizado, no mínimo, um treinamento anual sobre ATS para clientes internos e externos.

Fonte de informações e evidências: Cronograma de capacitações. Certificados. Lista de presença. Relatórios.

27.1.2. O NATS participa das redes de ATS em âmbito nacional e internacional?

Premissa: O NATS deve participar das redes de ATS em âmbito nacional e internacional, por meio da disponibilização de pareceres, capacitação de profissionais e projetos colaborativos em ATS (Art. 2º, inciso XII, Diretriz para implantação dos NATS). Para integrar a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), o NATS deve promover ações voltadas a capacitação técnica de instituições; fomentar a formação de discentes para atuarem em atividades de ensino e pesquisa voltadas à ATS; desenvolver ações para a educação permanente e capacitação de profissionais e técnicos na área de saúde para elaboração de estudos de ATS; incentivar e produzir pesquisas, estudos e revisões sistemáticas voltados ao uso da evidência científica na tomada de decisão; participar da revisão de diretrizes clínicas, em consonância com as necessidades do SUS; promover a ATS nos serviços de saúde; e fomentar a articulação entre ensino e serviço na área de ATS e saúde

baseada em evidências (Art. 2º, parágrafo único, Capítulo I da PRC GM/MS nº 3/2017).

Fonte de informações e evidências: Portarias e outros documentos de participação do NATS. Site da REBRATS (<https://rebrats.saude.gov.br/membros>).

27.1.3. O NATS estabelece parcerias por meio de contratos e atende demandas de outras instâncias governamentais?

Premissa: O NATS deve atender, mediante contratos e parcerias, demandas de outras instâncias, tais como Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), Anvisa, para a elaboração de documentos técnicos, em especial pareceres técnico-científicos que embasem e fundamentem decisões de gestores públicos (Art. 2º, inciso XI, Diretriz para implantação dos NATS).

Fonte de informações e evidências: Contratos e parcerias estabelecidos com Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, OPAS, Anvisa, dentre outras instituições.

27.1.4. RE O NATS incentiva o desenvolvimento de projetos de pesquisa que versem sobre ATS no âmbito do hospital, incluindo parcerias com unidades acadêmicas da saúde, da universidade e da rede Ebserh?

Premissa: O NATS deve incentivar o desenvolvimento de projetos de pesquisa que versem sobre ATS no âmbito do hospital, incluindo parcerias com as diversas unidades acadêmicas da saúde, universidade e hospitais da rede Ebserh (Art. 2º, inciso VII, Diretriz para implantação dos NATS).

Fonte de informações e evidências: Publicações e documentos elaborados. Convênios.

27.1.5. Existe equipe e área física com estrutura, mobiliário e infraestrutura tecnológica que assegure o funcionamento do NATS?

Premissa: O hospital deve disponibilizar equipe adequada para o funcionamento do NATS bem como possuir área física com estrutura, mobiliário e infraestrutura tecnológica que assegure o funcionamento do NATS em conformidade com a RDC Anvisa nº 50/2002 (itens 6.1, 6.2 e 6.3) e demais normativas vigentes.

Fonte de informações e evidências: Visitas. Entrevista com profissionais.

27.2. Incorporação de tecnologias em saúde

27.2.1. A lista de medicamentos padronizados está integrada ao Catálogo de Padronizações de Tecnologias em Saúde?

Premissa: O Catálogo Padronizado de Tecnologias em Saúde da Rede Ebserh é composto por: Código-Ebserh, Código Catálogo de Materiais (CATMAT) sugerido, descritivo, apresentação e grupo. O descritivo padronizado e o Código-Ebserh deverão obrigatoriamente ser utilizados nos Catálogos de Padronização de todas as unidades hospitalares que compõem a Rede Ebserh (Art. 2º e 3º, Portaria-SEI DAS nº 25/2018).

Fonte de informações e evidências: Relação de medicamentos padronizados no hospital comparada ao Catálogo de Padronizações de Tecnologias em Saúde. Processo de compras (Código Ebserh).

27.2.2. RE Há lista de medicamentos padronizados no hospital, prontamente disponível, para os profissionais de saúde?

Premissa: O hospital deve ter relação de medicamentos selecionados, apresentados sobre a forma de guia, contendo as instruções necessárias para que a equipe multiprofissional de saúde e, em especial os médicos, possam padronizar as condutas e promover o uso seguro e racional dos medicamentos disponíveis no hospital e ambulatório. O Guia Farmacoterapêutico deve ser elaborado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com participação formal do farmacêutico, e é composto por listas de medicamentos, com denominação genérica, em ordem alfabética e classificação terapêutica, dicas para a prescrição hospitalar, informações sobre assistência farmacêutica (prescrição e dispensação ambulatorial e durante internamento), gerenciamento de riscos e avaliação de tecnologias em saúde de medicamentos, utilização de medicamentos e lista dos produtos manipulados intra-hospitalar. Devem ainda ser disponibilizados, no guia, todos os formulários necessários a inclusão e exclusão de medicamentos da lista dos medicamentos selecionados no hospital e o fluxo para a incorporação de tecnologias nos hospitais (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar). Cabe também à filial Ebserh realizar revisões periódicas da lista de medicamentos padronizados e divulgá-las entre os profissionais de saúde.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Relação de medicamentos padronizados atualizada e disponível. Guia Farmacoterapêutico.

27.2.3. RE As fontes de informações sobre fármacos e medicamentos estão prontamente disponíveis para os envolvidos na prescrição, administração e uso de medicamentos no hospital?

Premissa: Devem estar disponíveis aos profissionais de saúde do hospital diferentes fontes de informações primárias, secundárias e terciárias, isentas e atualizadas, sobre os medicamentos utilizados na instituição (farmacoterapia, farmacotécnica, controle de qualidade, custos e legislação), incluindo sistemas de informação, bases de dados científicas, livros, manuais e normas. O Setor de Farmácia também deverá prover informações sobre os medicamentos quando demandadas por outros setores (informações passivas), bem como informações ativas, por meio da elaboração de guias, boletins e educação permanente. "Os hospitais deverão possuir manuais/normas, preferencialmente eletrônicos, de diluição e estabilidade, manejo de medicamentos potencialmente perigosos e de interação medicamentosa" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Guia farmacoterapêutico: manual de diluição, compatibilidades e velocidade de infusão. Lista de medicamentos dialisáveis. Sistema de bases de dados de evidências científicas (Ex: Uptodate).

27.2.4. RE O hospital possui lista de medicamentos de alta vigilância amplamente divulgada, incluindo medicamentos com embalagens semelhantes ou com nomes que soam parecidos, a qual foi desenvolvida a partir de dados específicos do hospital?

Premissa: "Medicamentos potencialmente perigosos são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. São também denominados medicamentos de alto risco ou medicamentos de alta vigilância" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar, p. 47). "Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica, do Núcleo de Segurança do Paciente e do Setor de Farmácia do hospital devem organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e embalagens parecidas selecionados no

hospital e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição" (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, p. 8). O hospital deve "divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual" (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, p. 15). Recomenda-se que a lista de medicamentos de alta vigilância do hospital seja elaborada e revisada com base na lista de medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial publicada pelo ISMP.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Lista de medicamentos de alta vigilância.

28. COMPRAS E CONTRATOS

28.1. Gestão de contratos e atas de registros de preços

28.1.1. RE O hospital avalia os serviços terceirizados de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: As contratações de serviços terceirizados por órgãos ou entidades da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional observarão as fases de planejamento da contratação, seleção do fornecedor e gestão do contrato conforme legislação vigente (Instrução Normativa nº 5, 2017).

Fonte de informações e evidências: Termo de referência do serviço terceirizado: critérios de avaliação definidos. Instrumento de medição de resultado e outros instrumentos de avaliação (Fichas de avaliação) dos serviços terceirizados. Documentação de comunicação de não conformidades e, quando aplicável, de sanções.

28.1.2. RE Os prestadores de serviços contratados pelo hospital (terceirizados) possuem licença de funcionamento vigente?

Premissa: Os prestadores de serviços terceirizados devem possuir licença atualizada, conforme legislação vigente (RDC nº 63, 2011).

Fonte de informações e evidências: Alvará sanitário ou licença de funcionamento.

28.2. Realização de contratações

28.2.1. O hospital qualifica e avalia o desempenho dos fornecedores?

Premissa: O hospital deve seguir as regras estabelecidas no Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh para a pré-qualificação de fornecedores e aferição do desempenho do contratado.

Fonte de informações e evidências: Fluxos, processos e relatórios que utilizem informações de farmacovigilância e tecnovigilância para pré-qualificação dos fornecedores. Monitoramento de indicadores definidos em termos de referência e contratos.

28.2.2. As informações de tecnovigilância são consideradas na etapa de pré-qualificação para compras de produtos para saúde?

Premissa: Conforme Manual de Tecnovigilância da Anvisa, na análise da proposta, durante a pré-qualificação, verifica-se a existência de alertas da Anvisa envolvendo o produto, modelo ou lote/série, por meio de consulta no site da agência, bem como averigua-se a existência de queixas técnicas ou eventos adversos por meio de consulta aos sistemas de notificações em vigilância sanitária.

Fonte de informações e evidências: Relatórios de análise de notificações.

28.2.3. Há participação de farmacêuticos na aquisição de medicamentos?

Premissa: A aquisição de medicamentos deve contar com a assessoria técnica do farmacêutico, na análise da compatibilidade entre o produto ofertado e o solicitado, apresentações, embalagens, condições de armazenamento, entre outros, devendo essa assessoria técnica ser registrada sobre a forma de parecer técnico. Os pareceres para a aquisição deverão ser consubstanciados e elaborados com o apoio das informações fornecidas pela farmacovigilância (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar, p. 33).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Parecer técnico. Atas de reunião. Lista de presença. Registro de aquisição.

29. LOGÍSTICA ADMINISTRATIVA

29.1. Gestão de serviços de suporte

29.1.1. RE O hospital possui protocolos e procedimentos de controle de acesso e circulação de pessoas?

Premissa: O hospital deve possuir mecanismos de controle de acesso e circulação, incluindo o controle de circulação em áreas restritas, como central de gases, subestação elétrica, áreas assistenciais como centro cirúrgico, UTIs, centro obstétrico, bem como deve-se elaborar e implementar protocolos e procedimentos relacionados ao controle de entrada e saída de alimentos, roupas, materiais, entre outros do hospital. O hospital deve possuir vias de acesso à Instituição, com sinalização de fácil entendimento para circulação interna e externa. Deve-se promover acesso adequado para entrada e saída de pacientes observando condições de segurança, proteção e conforto na entrada e saída de pacientes (Art. 21 da RDC Anvisa nº 63/2011).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos.

29.1.2. RE O programa de controle de acesso garante que toda a equipe e prestadores de serviços sejam identificados com crachás institucionais?

Premissa: O hospital deve garantir mecanismos de identificação dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes do estabelecimento (Art. 21 e 22 da RDC Anvisa nº 63/2011). Devem ser implementados protocolos e procedimentos de controle de acesso e inspeção in loco na entrada.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Crachás.

29.1.3. RE Os residentes, estudantes, docentes e pesquisadores são devidamente identificados com crachás institucionais?

Premissa: O hospital deve instituir e garantir mecanismos de identificação de todos os residentes,

estudantes, docentes e pesquisadores (Art. 22, RDC Anvisa nº 63/2011).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Crachás. Controle de fluxo estabelecido.

30. ORÇAMENTO E FINANÇAS

30.1. Gestão de custos

30.1.1. O hospital realiza gestão de custos?

Premissa: A gestão de custos no setor público é voltada à administração dos insumos, com ênfase na melhoria da alocação dos recursos e à identificação e mensuração das entregas, com ênfase na avaliação de desempenho. As informações de custos deverão contribuir para a boa governança pública, convergindo a gestão para modelos gerenciais proativos que, na essência, sejam guiados pela melhoria da qualidade do gasto público.

Fonte de informações e evidências: Descrição da metodologia aplicada. Indicadores. Relatórios e arquivos de monitoramento.

31. GESTÃO PATRIMONIAL

31.1. Gestão patrimonial

31.1.1. Há gerenciamento sistemático do patrimônio alocado no hospital?

Premissa: O gerenciamento de patrimônio no hospital deve seguir o disposto no Caderno de Processos e Práticas de Patrimônio da Ebserh, Norma nº 1/2019 e demais normativas vigentes.

Fonte de informações e evidências: Sistema de Gerenciamento de patrimônio em funcionamento em toda instituição (Ex.: SIG - Módulo Patrimônio). Bens identificados com plaqueta. Termo de Movimentação e Termo de Responsabilidade. Portarias de constituição, listas de presença e atas das reuniões das Comissões de Desfazimento e de Inventário Patrimonial. Relatórios de desfazimento e de inventário.

32. SUPRIMENTOS

32.1. Governança de estoques

32.1.1. O hospital possui sistema de gestão e controle de estoque implantado e em funcionamento?

Premissa: Os bens de consumo recebidos no hospital (materiais, produtos para a saúde, medicamentos, saneantes, entre outros) devem ser incorporados ao sistema de gestão e controle de estoque, lançando os quantitativos de entrada de acordo com as especificações. No ato de incorporação do insumo ao sistema de controle de materiais, deverão ser criteriosamente observadas as descrições e as unidades de medidas já existentes correspondentes ao mesmo tipo de material, informando todos os dados necessários. Todas as movimentações, transferências e baixas de consumo devem ser registradas no sistema.

Fonte de informações e evidências: Sistema de gestão e controle de estoque implantado e em funcionamento (Ex.: AGHU e SIADS).

32.1.2. O controle de estoques de medicamentos é implementado no hospital por meio de sistema de informação automatizado?

Premissa: O controle de estoque contribui para a disponibilização, no momento ideal, do produto necessário à prestação de serviços. Os responsáveis pelo controle de estoque de medicamentos deverão utilizar ferramentas de controle eficientes, preferencialmente eletrônicas, que proporcionem informações atualizadas, permitindo a correta identificação do medicamento e sua rastreabilidade com o objetivo de minimizar perdas. "O sistema de controle de estoques deve permitir o registro da movimentação do produto da entrada ao consumo pelo paciente, emitindo relatórios que possibilitem realizar a rastreabilidade do processo. Deve ainda permitir o controle de fabricante, lote e validade dos produtos adquiridos. O sistema deverá ainda, emitir relatórios de consumo detalhados e sintéticos" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar). Todas as entradas de medicamentos na instituição (seja por compras, doação ou fornecimento por outras instituições públicas, as transferências de estoque do almoxarifado para as farmácias central e satélites devem ser registradas no sistema, bem como as saídas para consumo provenientes da dispensação por meio de prescrição médica e requisições de materiais, e as devoluções das unidades assistenciais. Ademais, deve haver controle periódico do prazo de validade dos itens e registro de perdas. O Regulamento - SEI nº 1/2019/DAS-EBSERH deve ser seguido.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Entrevistas. Sistema de informação automatizado de controle de estoque (Ex.: AGHU - Módulos Farmácia e Almoxarifado). Registros de transferência de estoque do almoxarifado para farmácias.

32.2. Gestão de estoque

32.2.1. O hospital possui planejamento anual de compras?

Premissa: Os Gestores deverão elaborar o plano anual de aquisição de materiais de consumo e medicamentos, este deve conter o cronograma de aquisição de materiais de consumo e medicamentos, pactuado entre gestores de suprimentos, gestores das Unidades de Abastecimento Farmacêutico e de Almoxarifado e Setores de Administração, aprovado pelo Colegiado Executivo da Instituição Colegiado Executivo. Os pedidos de licitação de materiais de consumo, medicamentos e correlatos deverão ter como base as estatísticas de consumo do hospital, considerando critérios epidemiológicos, outras opções terapêuticas, estratégias de cobertura e tratamento, entre outras de cunho assistencial.

Fonte de informações e evidências: Plano Anual de Compras de Insumos (PAC) da Rede Ebserh prevendo os suprimentos de acordo com a necessidade da organização. Gestão de estoque, tempo médio de suprimentos. Documento aprovado pelo Colegiado Executivo que define as compras que serão realizadas no exercício.

32.2.2. O hospital gerencia solicitações de compras de medicamentos, materiais e produtos para a saúde não padronizados com participação da Comissão de Farmácia e Terapêutica e da Comissão de Padronização de Produtos para a Saúde?

Premissa: Todo pedido de itens não padronizados, deverá ser encaminhado à Comissão de

Padronização de produtos para saúde ou para a Comissão de Farmácia e Terapêutica no caso de medicamentos, que analisará o pedido seguindo a normas vigentes.

Fonte de informações e evidências: Formulários de Solicitação de Aquisição de Produtos ou Medicamentos não padronizados. Atas de reuniões das discussões e ponderações.

32.2.3. Há protocolos e procedimentos implementados relacionados ao recebimento e controle das amostras grátis e das doações de medicamentos?

Premissa: As Comissões de Farmácia e Terapêutica dos hospitais devem estabelecer os critérios para o recebimento e dispensação das amostras grátis e das doações de medicamentos, designando responsabilidades para o acompanhamento das normas estabelecidas, em atendimento às determinações legais para a matéria, e regulando o acesso de representantes da indústria farmacêutica aos prescritores e ambientes hospitalares (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar). Fica a critério da instituição autorizar as visitas dos propagandistas, entretanto, estas, quando autorizadas, não podem interferir na assistência ao paciente, bem como não pode ser realizado qualquer tipo de propaganda ou oferta na presença do paciente ou de seus acompanhantes. Quanto às amostras grátis, estas devem obedecer aos requisitos dispostos na RDC nº 96/2008, sendo que a distribuição de amostras grátis de medicamentos somente poderá ser realizada pelas empresas aos profissionais prescritores, sendo vedada a distribuição de amostras grátis de medicamentos biológicos, de preparações magistrais ou de medicamentos isentos de prescrição. O acompanhamento das condições de armazenamento, controle de prazo de validade das amostras e dispensação de amostras grátis e medicamentos recebidos através de doações é de responsabilidade do farmacêutico. A entrega das amostras grátis pelo médico ou dentista, ao paciente em ambulatório, quando autorizada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, deve ser realizada de forma a garantir o uso racional do medicamento (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Registros administrativos.

32.2.4. RE O hospital possui processos instituídos de recebimento e armazenamento dos materiais e produtos para a saúde em conformidade com normativos vigentes?

Premissa: O recebimento e o armazenamento de materiais e produtos para a saúde no hospital deve seguir as diretrizes dispostas no Regulamento de Gestão de Materiais de Consumo e Medicamentos. O armazenamento de produtos para a saúde deve considerar a separação de produtos em quarentena, identificação dos produtos com código e descrição, organização PVPS - Primeiro que vence primeiro que sai, além das condições adequadas de armazenamento.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Ficha do processo. Nota Fiscal com registro de ateste, Termo de Doação ou Termo de Transferência devidamente preenchidos. Termo de conformidade ou parecer quanto ao recebimento. Registro de entrada em estoque no sistema de informação (AGHUX - módulo estoque). Estoque no almoxarifado. Controle de acesso ao almoxarifado.

32.2.5. RE Há protocolos e procedimentos implantados para armazenamento adequado dos medicamentos?

Premissa: O hospital deverá implantar um sistema racional de armazenamento dos medicamentos fazendo uso das Boas Práticas de Armazenamento de medicamentos e possuindo padrões e regras atualizadas, seguras e que garantam a estabilidade do produto e a segurança durante todo o processo. Os medicamentos devem ser armazenados em condições apropriadas em todos os locais (na farmácia, na central de abastecimento farmacêutico e nos pontos de prestação de assistência ao paciente). Para tanto, devem ser seguidas as normas estabelecidas no Regulamento de Gestão de Materiais de Consumo e Medicamentos (Seção 3 - Da armazenagem) e nas Diretrizes Ebserh para Farmácia Hospitalar. Na organização, pode-se lançar mão de ordenamento alfabético ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos ou alta vigilância (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos). A farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado que contemple a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos (Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, p. 24).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Registros administrativos.

32.2.6. Há protocolos e procedimentos implantados para a redução de armazenamento de medicamentos e materiais nos pontos de assistência ao paciente?

Premissa: Deve-se estabelecer relação dos medicamentos absolutamente necessários à assistência ao paciente e respectivos quantitativos que podem ser mantidos em estoque em cada unidade assistencial. Os gestores devem pactuar, com os chefes das unidades assistenciais demandantes, em conjunto com as áreas técnicas, as cotas máximas e mínimas, para distribuição dos materiais e medicamentos, de acordo com a necessidade dos pacientes, o perfil assistencial e com as metas contratualizadas com o Gestor SUS. Tais cotas devem ser definidas, bem como apuradas, por meio do histórico de consumo de cada unidade, podendo ser adaptada para mais ou para menos em decorrência de fatores específicos sazonais. É proibida a estocagem de materiais e medicamentos nas unidades assistenciais, além das quantidades pactuadas nas cotas, sobre pena de apuração de responsabilidade (Art. 33, Regulamento - Sei nº 1/2019/DAS).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Registros administrativos. Relação de cotas medicamentos e materiais por unidade.

32.2.7. RE Os medicamentos sujeitos a controle especial são armazenados em ambientes de acesso restrito de acordo com as normativas vigentes?

Premissa: Conforme Portaria nº 344/1998, a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial deve ser realizada em ambientes com acesso restrito. Na farmácia, central de abastecimento farmacêutico, unidades de internação e ambulatorios, a responsabilidade por esses medicamentos é do farmacêutico. Nas unidades de internação, a responsabilidade pela guarda dos medicamentos é compartilhada com a equipe de enfermagem (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar).

Fonte de informações e evidências: Visita à farmácia, almoxarifado e unidades assistenciais. Entrevista com profissionais.

32.2.8. Há mecanismos que protejam os medicamentos contra perdas ou furtos?

Premissa: O hospital deve implementar mecanismos que protejam os medicamentos contra perdas ou furtos (Art. 15, inciso I, Regulamento - Sei nº 1/2019/DAS-Ebserh). O acesso à farmácia e ao almoxarifado deve ser restrito, habilitado apenas aos profissionais que atuam no setor ou devidamente autorizados por estes, instituindo, quando possível, controle de acesso por crachá, senha ou biometria. Outro mecanismo que pode ser implementação envolve a implantação de monitoramento por câmeras, principalmente nas áreas que envolvem medicamentos de alto custo e medicamentos sujeitos a controle especial, bem como, quando oportuno, a adoção de dispensadores eletrônicos automáticos, com acesso por senha (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Registros administrativos.

32.2.9. RE Há controle diário de temperatura e umidade nos locais de armazenamento de medicamentos na farmácia, no almoxarifado e nos pontos de assistência ao paciente?

Premissa: Deverá ser realizado nas áreas de estocagem de medicamentos o controle diário de temperatura e umidade, tendo registro escrito, em formulário padronizado e disponível para verificação (Art. 17, Regulamento - Sei nº 1/2019/DAS-Ebserh). Os refrigeradores e câmaras frias de armazenamento de medicamentos termolábeis devem contar com termômetro e sinais sonoros para alerta de temperaturas fora da baixa. Quando possível, o "controle de temperatura das geladeiras contendo medicamentos, bem como das áreas de estocagem, deverá ser realizado de forma eletrônica, mediante adoção de dispositivo instalado nas geladeiras e nos ambientes, que transmitam a informação, durante 24h, para uma planilha eletrônica de controle" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar). Quando inexistente o controle eletrônico, deve ser realizado o registro manual de temperatura diário desses equipamentos e ambientes.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Registros de controle de temperatura dos refrigeradores. Registros de controle de temperatura e umidade dos ambientes.

32.2.10. RE O local, a identificação e o armazenamento de medicamentos de alta vigilância, incluindo medicamentos parecidos ou com nomes que soam parecidos, são uniformes em todo o hospital?

Premissa: Deve-se seguir as boas práticas de armazenamento para a guarda dos medicamentos de alta vigilância em toda a instituição. O uso de etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância é um meio utilizado para propiciar a segurança no processo. "Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos" (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, p. 24). A forma de identificação dos medicamentos potencialmente perigosos deve ser diferenciada dos demais no armazenamento, separação e dispensação, devendo esta ser padronizada e ser uniforme em todas as unidades do hospital.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Registros em prontuário. Lista de medicamentos de alta vigilância. Indicadores. Visitas. Entrevistas. Notificações de incidentes.

32.2.11. RE Os medicamentos de alta vigilância, principalmente os eletrólitos concentrados, estão disponíveis apenas naquelas unidades que absolutamente deles necessitam para a assistência ao paciente?

Premissa: Deve-se "REMOVER do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares. Deverão permanecer nas unidades de internação APENAS os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente" (Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, p.36).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visitas aos postos de enfermagem e locais de armazenamento de medicamentos nas unidades. Lista de medicamentos armazenados na unidade.

32.2.12. O hospital estabelece protocolos e procedimentos para o armazenamento de gases medicinais?

Premissa: O hospital deve estabelecer protocolos e procedimentos para o armazenamento de gases medicinais. As instalações prediais de gases devem atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como normas técnicas pertinentes (Art. 35 da RDC Anvisa nº 63/2011).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações.

32.2.13. O hospital realiza a distribuição de materiais e produtos para a saúde conforme a necessidade dos pacientes, o perfil assistencial, as metas contratualizadas com o Gestor SUS e as normativas vigentes?

Premissa: A distribuição de materiais e produtos para a saúde no hospital deve seguir as diretrizes dispostas no Regulamento de Gestão de Materiais de Consumo e Medicamentos. Devem ser estabelecidas relações de itens por unidades com definição de cotas máximas e mínimas de estoque.

Fonte de informações e evidências: Requisição de material no sistema eletrônico (AGHUX) ou em formulário padronizado na instituição. Prescrições médica, de enfermagem ou de outros profissionais da equipe multiprofissional. Relação de cotas mínimas e máximas por unidade. Histórico de consumo das unidades. Registros de análise de revisão de cotas. Protocolos e procedimentos. Ficha do processo. Visita aos locais de armazenamento de insumos nas unidades assistenciais.

32.2.14. O hospital dispõe de protocolos e procedimentos que instruem as profissionais sobre a distribuição de medicamentos conforme normativas vigentes?

Premissa: A distribuição tem por objetivo, organizar os medicamentos que saem da área de armazenamento nas unidades de abastecimento farmacêutico para as Farmácias e unidades assistenciais, devendo contar com fluxos definidos que agreguem segurança ao processo. As atividades realizadas estão diretamente relacionadas com o sistema de distribuição utilizado, e em geral contempla a separação, acomodação para o transporte e distribuição dos medicamentos solicitados, mediante pedido em sistema eletrônico, respeitando as condições de temperatura (termolábeis) e limitação de acesso (controlados), adequadas para cada medicamento. Deverá ocorrer dupla checagem (separação e recepção) no abastecimento das Farmácias. A distribuição deve ser realizada de forma racional, sobre supervisão do farmacêutico, evitando o acúmulo de

estoque de produtos em área fora da unidade de abastecimento farmacêutico" (Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar). Assim, devem ser elaborados e instituídos protocolos e procedimentos que estabeleçam o processo de distribuição sobre a supervisão do farmacêutico; utilizando dispositivos e infraestrutura física adequada à separação, acomodação para o transporte e distribuição dos medicamentos solicitados. Os profissionais devem ser capacitados para a execução das atividades.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Ficha de processos. Visitas às instalações do almoxarifado, farmácias e unidades. Dispositivos utilizados para separação de medicamentos e para transporte de medicamentos para distribuição. Entrevista aos profissionais. Registros de capacitação.

32.2.15. RE Os carros de emergência estão em área acessível, sinalizados e em quantidade suficiente para atender às necessidades de emergência?

Premissa: Os carros de emergência devem ser mantidos lacrados, em área acessível em todas as unidades assistenciais, incluindo o ambulatório. O número de carros de emergência em cada unidade deve ser definido de acordo com o número de pacientes internados ou em circulação na área e conforme o perfil de usuários e complexidade. As equipes devem manter o carro de emergência posicionado em local estratégico e de fácil acesso e mobilidade e, quando não estiver em uso, mantê-lo lacrado, retirando o lacre somente em situações de atendimento às urgências e emergências clínicas, ou na conferência pelo responsável habilitado. Deve haver sinalização padronizada na instituição para fácil identificação do carro de emergência.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visitas às instalações. Cartaz de sinalização do carro de emergência. Relação de carros de emergência existentes na instituição.

32.2.16. RE Os medicamentos e produtos para a saúde dos carros de emergência são padronizados, monitorados e substituídos de forma tempestiva após o uso, de acordo com o prazo de validade ou quando danificados?

Premissa: Deve-se estabelecer relação padronizada de itens e quantitativos de cada medicamento e produto para saúde nos carros de emergência e malas de transporte. A relação e a quantidade de medicamentos disponibilizados deverão ser definidas após estabelecidos os protocolos de urgência em reunião da CFT. Os medicamentos potencialmente perigosos, quando disponibilizados, deverão ser sinalizados visualmente, conforme protocolo de segurança definido, e estar em espaços separados dos demais itens (Diretrizes Ebserh para a farmácia hospitalar). Ademais, deve-se padronizar a organização do carro de emergência, o que objetiva homogeneizar o conteúdo e a quantidade de produtos para a saúde e medicamentos, retirando o desnecessário e mantendo o indispensável, de forma a agilizar o atendimento e reduzir o desperdício na assistência nas diversas unidades. Os carros de emergência devem ser mantidos em perfeito estado e prontos para o uso. "Para tal, é imprescindível que, após cada uso, sejam realizadas a reposição e a conferência de todos os materiais e medicamentos; seja utilizado lacre de segurança, para assegurar a composição completa do carro de emergência; sejam feitos a conferência e o registro diários do lacre de segurança, além de teste do monitor/desfibrilador; sejam realizadas manutenções preventivas periódicas do monitor/desfibrilador; sejam verificadas e conferidas mensalmente as datas de validade dos materiais e medicamentos, bem como seja feita sua limpeza" (Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de

Cardiologia). "A equipe médica deverá, após o uso dos medicamentos, prescrever os fármacos utilizados, por paciente, e a equipe de enfermagem deverá sinalizar à Farmácia a necessidade de reposição, mediante prescrição, da maleta e carro de urgência. A reposição deverá ser realizada imediatamente após a utilização" (Diretrizes Ebserh para a farmácia hospitalar). O Setor de Farmácia deve elaborar e instituir protocolos e procedimentos referentes à montagem e controle de medicamentos e produtos para a saúde em carros de emergência e maletas de transporte, incluindo padronização da forma de organização dos medicamentos, identificação e reposição destes. A Divisão de Enfermagem deve elaborar e implementar protocolos e procedimentos a respeito da conferência, checagem, testagem e limpeza dos carros de emergência e de seus componentes acessórios como desfibrilador externo automático, laringoscópios e outros, bem como registrar o controle e testagem do carro de emergência e de seus componentes acessórios em impressos específicos. Deve-se manter a lista dos itens presentes no carro de emergência (descrição e quantidade dos medicamentos e produtos para a saúde) e os impressos de controle e testagem em uma pasta, localizada na base superior do carro de emergência. As equipes de profissionais da saúde devem conhecer a organização do carrinho de emergência e seu conteúdo.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visitas às unidades. Carros de emergência. Registro de controle de lacres. Lista de medicamentos do carrinho de emergência. Registros de conferência, controle de validade e limpeza.

33. GESTÃO DA INFRAESTRUTURA

33.1. Gestão de equipamentos médico-hospitalares

33.1.1. RE O hospital possui equipamentos compatíveis com a estrutura da unidade de urgência e emergência?

Premissa: Caso o hospital seja habilitado em Urgência e Emergência, consultar o exigido na Portaria GM/MS nº 2.048/2002, quanto a equipamentos. "Alguns equipamentos devem, necessariamente, fazer parte do arsenal de qualquer unidade 24 horas como: Estetoscópio adulto/infantil, esfigmomanômetro adulto/infantil, otoscópio com espéculos adulto/infantil, oftalmoscópio, espelho laríngeo, bolsa autoinflável (ambú) adulto/infantil, desfibrilador com marca-passo externo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, glicosímetro, aspirador de secreção, bomba de infusão com bateria e equipo universal, cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases ou torpedo de O² (de acordo com o porte da unidade), maca com rodas e grades, respirador mecânico adulto/infantil, foco cirúrgico portátil, foco cirúrgico com bateria, negatoscópios nos consultórios, serra de gesso, máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto/infantil, ressuscitadores infantil e adulto com reservatório, cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas, cânulas orofaríngeas adulto/infantil, jogos de pinças de retirada de corpos estranhos de nariz, ouvido e garganta, fios cirúrgicos, fios-guia para intubação, pinça de Magyll, bisturi (cabo e lâmina), material para cricotiroidostomia, drenos para tórax, pacotes de gaze estéril, pacote de compressa estéril, esparadrapo, material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas e plásticas, agulhas especiais para punção óssea, garrote, equipos de macro e microgotas, cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho

adulto/infantil, tesoura, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, frascos de solução salina, caixa completa de pequena cirurgia, frascos de drenagem de tórax, extensões para drenos torácicos, sondas vesicais, coletores de urina, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipamentos de proteção individual para equipe de atendimento, cobertor para conservação do calor do corpo, travesseiros e lençóis, pacote de roupas para pequena cirurgia, conjunto de colares cervicais (tamanho P, M e G), prancha longa para imobilização da vítima em caso de trauma, prancha curta para massagem cardíaca, gerador de energia elétrica compatível com o consumo da unidade, sistema de telefonia e de comunicação” (Item 2.5, Anexo, Portaria GM/MS nº 2.048/2002).

Fonte de informações e evidências: Visita à unidade: equipamentos.

33.1.2. RE A UTI Adulto está equipada com equipamentos conforme estabelecido nas normativas vigentes?

Premissa: A UTI deve atender aos requisitos mínimos dispostos nas normativas vigentes, acrescentando os equipamentos e insumos materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Entrevistas. Notificações de incidentes e desabastecimento.

33.1.3. RE A UTI Pediátrica está equipada com equipamentos conforme estabelecido nas normativas vigentes?

Premissa: A UTI deve atender aos requisitos mínimos dispostos nas normativas vigentes, acrescentando os equipamentos e insumos materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Entrevistas. Notificações de incidentes e desabastecimento.

33.1.4. RE A UTIN está equipada com equipamentos conforme estabelecido nas normativas vigentes?

Premissa: A UTIN deve atender aos requisitos mínimos dispostos nas normativas vigentes, acrescentando os equipamentos e insumos materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

Fonte de informações e evidências: Visitas às instalações. Entrevistas. Notificações de incidentes e desabastecimento.

33.1.5. Os equipamentos são adequados aos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital e às normativas vigentes?

Premissa: Os equipamentos do centro cirúrgico devem ser adequados aos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital e às normativas vigentes: art. 17, 53 e 55 da RDC 63/2011.

Fonte de informações e evidências: Visita ao centro cirúrgico. Relação de equipamentos existentes. Lista cirúrgica. Entrevista a profissionais e pacientes.

33.1.6. Há equipamentos adequados aos procedimentos laboratoriais?

Premissa: O laboratório deve possuir equipamentos e instrumentos de acordo com a complexidade do serviço.

Fonte de informações e evidências: Vistoria. Entrevistas.

33.1.7. Há equipamentos adequados aos procedimentos do serviço de métodos gráficos?

Premissa: O hospital deve dispor de equipamentos adequados aos procedimentos do serviço de métodos gráficos.

Fonte de informações e evidências: Vistoria. Entrevistas.

33.1.8. Há protocolos e procedimentos implementados quanto a calibração de instrumentos de medição?

Premissa: O serviço de saúde deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente à: manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos.

Fonte de informações e evidências: Registro de calibração. Protocolos e procedimentos.

33.1.9. RE Há protocolos e procedimentos implementados de manutenção preventiva dos equipamentos?

Premissa: O hospital deve dispor de protocolos e procedimentos de manutenção preventiva dos equipamentos utilizados nas unidades de apoio. Caso o serviço seja terceirizado, cabe ao fiscal do contrato certificar-se de que há procedimentos padronizados para manutenção preventiva dos equipamentos e que são executados conforme previsto, cumprindo todas as obrigações necessárias para garantia da prestação do serviço contratado. O serviço de saúde deve desenvolver e implementar protocolo ou procedimentos padronizado de manutenção preventiva para equipamentos que indiquem:

- a) O fluxo para a realização da manutenção preventiva, desde a sua solicitação até seu encerramento;
- b) As ações necessárias para recolocar o equipamento em condições de uso de acordo com as suas especificações;
- c) Os responsáveis pela sua execução;
- d) A documentação usada para registrar todas as informações referentes à manutenção preventiva do equipamento. A documentação da manutenção preventiva deve fazer parte do registro histórico do equipamento.

Fonte de informações e evidências: Registro de manutenções. Protocolos e procedimentos. Notas fiscais. Relatórios técnicos de prestação do serviço terceirizado.

33.1.10. RE Há protocolos e procedimentos implementados de manutenção corretiva dos equipamentos?

Premissa: O hospital deve desenvolver e implementar protocolos e procedimentos de manutenção corretiva para cada equipamento que indiquem:

- a) o fluxo para a realização da manutenção corretiva, desde a sua solicitação até seu encerramento;

- b) as ações necessárias para recolocar o equipamento em condições de uso de acordo com as suas especificações;
- c) os responsáveis pela sua execução;
- d) a documentação usada para registrar todas as informações referentes à manutenção corretiva do equipamento. A documentação da manutenção corretiva deve fazer parte do registro histórico do equipamento.

Os casos em que a instituição ofereça esse atendimento de forma terceirizada cabe ao contratante certificar-se de que a execução dos serviços está sendo realizada conforme preconizado em legislação vigente e segundo exigências contratuais.

Fonte de informações e evidências: Registro de manutenções. Protocolos e procedimentos. Relatórios técnicos de prestação do serviço terceirizado.

33.1.11. O hospital inspeciona e testa as tecnologias médicas em novas aquisições ou de acordo com o uso dos equipamentos e recomendação do fabricante?

Premissa: Deve-se inspecionar e testar as tecnologias médicas em novas aquisições ou de acordo com o uso dos equipamentos e recomendação do fabricante.

Fonte de informações e evidências: Inspeção e testes documentados das novas tecnologias médicas.

33.1.12. O hospital realiza capacitação dos profissionais usuários de equipamentos médico-hospitalares quando há aquisição de nova tecnologia?

Premissa: O setor deve promover a capacitação de seus profissionais para o suprimento das demandas do Hospital.

Fonte de informações e evidências: Listas de presença ou relatórios de capacitações ou outras evidências de capacitações. Visitas às unidades.

33.2. Gestão da manutenção predial

33.2.1. O hospital disponibiliza espaço que possibilite melhor interação entre profissionais e acompanhantes/responsáveis, que seja calmo, restrito e com boa aparência?

Premissa: A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Esse espaço visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários, contribuindo com a promoção do bem-estar, e desfazendo o mito de que o hospital é um ambiente frio e hostil.

Fonte de informações e evidências: Visita às unidades. Verificar condições de infraestrutura, qualidade da iluminação, temperatura, cor dos revestimentos dos ambientes. Em caso de espaço físico reduzido e com poucos recursos, a privacidade pode ser favorecida com a utilização de biombos ou cortinas.

33.2.2. O serviço de emergência do hospital possui área de acesso independente?

Premissa: O serviço de urgência e emergência do estabelecimento deve dispor de infraestrutura física dimensionada conforme demanda, complexidade e perfil assistencial, possuindo área externa coberta para entrada de ambulâncias garantindo a segurança e continuidade da assistência ao paciente (Anexo da Portaria nº 354/2014).

Fonte de informações e evidências: Projeto arquitetônico. Visita diagnóstica.

33.2.3. RE O hospital disponibiliza local para descanso noturno aos profissionais plantonistas?

Premissa: O hospital deve dispor de local para descanso dos plantonistas.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações. Entrevista com os profissionais.

33.2.4. RE Existem condições adequadas para repouso dos residentes durante os plantões?

Premissa: Durante todo o período de residência, o hospital deve disponibilizar condições adequadas para repouso dos residentes durante os plantões (Art. 4º, parágrafo 5º, inciso I, Lei nº 6.932; Resolução CNRM nº 1/2011).

Fonte de informações e evidências: Visita ao local de repouso dos residentes e escala de plantonista.

33.2.5. A área de urgência e emergência do hospital possui espaços diferenciados para consultas e procedimentos?

Premissa: A área de urgência e emergência do hospital deve contar com espaços diferenciados para consultas e procedimentos conforme RDC nº 50/2002.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações.

33.2.6. A área de urgência e emergência do hospital possui sala de observação individualizada, com fonte de oxigênio, ar comprimido e vácuo?

Premissa: A unidade de urgência e emergência do hospital deve contar com sala de observação conforme RDC nº 50/2002.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações.

33.2.7. RE A área de urgência e emergência possui boa ventilação e iluminação adequada?

Premissa: O hospital deve dispor de ventilação e iluminação adequadas dentro de suas instalações.

Fonte de informações e evidências: Visita para observar a ventilação e iluminação, se é suficiente para proporcionar conforto no desenvolvimento das atividades desenvolvidas na instituição.

33.2.8. RE O hospital possui brinquedoteca de acordo com a legislação vigente?

Premissa: O hospital que oferecer atendimento pediátrico deverá contar, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências, fazendo-se cumprir o atendimento integral à criança. Deverão desenvolver atividades lúdicas e pedagógicas com seus pequenos usuários, contribuindo para a aceitação ao tratamento, propiciando maior interação com a equipe de saúde, além de propiciar o desfrutar de alguma forma de recreação, respeitando sua fase cognitiva. (Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005).

Fonte de informações e evidências: Brinquedoteca instituída, visita diagnóstica.

33.2.9. RE A infraestrutura física e tecnológica da UTI Adulto está de acordo com normativos vigentes?

Premissa: A infraestrutura deve contemplar o regulamento técnico preconizado pela legislação em relação às novas construções, ampliações e reformas das instalações.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações. Entrevistas.

33.2.10. RE A infraestrutura física e tecnológica da UTI Pediátrica está de acordo com normativos vigentes?

Premissa: A infraestrutura deve contemplar o regulamento técnico preconizado pela legislação em relação às novas construções, ampliações e reformas das instalações.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações. Entrevistas.

33.2.11. RE A infraestrutura física e tecnológica da UTIN está de acordo com a legislação vigente?

Premissa: A infraestrutura deve contemplar o regulamento técnico preconizado pela legislação em relação às novas construções, ampliações e reformas das instalações. A RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 define estrutura física para todas as unidades de terapia intensiva. A RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, capítulo II, estabelece as disposições comuns a todas as unidades de terapia intensiva, contempla orientações sobre estrutura física e faz referência a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Fonte de informações e evidências: Visita às instalações. Entrevista.

33.2.12. As instalações do centro cirúrgico são adequadas aos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital e às normativas vigentes?

Premissa: As instalações do centro cirúrgico devem ser adequadas aos procedimentos cirúrgicos realizados no hospital e às normativas vigentes: Unidade Funcional 4, itens 4.6, 4.6.1, 4.6.2, 4.6.3, 4.6.4, 4.6.5, 4.6.6, 4.6.7, 4.6.8, 4.6.9 da RDC 50/2002 e art. 21 da RDC 63/2011.

Fonte de informações e evidências: Visita ao centro cirúrgico. Planta. Entrevista a profissionais e pacientes.

33.2.13. O CME possui equipamentos e instalações adequados às necessidades do serviço?

Premissa: O CME deve contar com equipamentos adequados com a complexidade dos resultados esperados. Deve ser realizada qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho, para os equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na esterilização de produtos para saúde, com periodicidade mínima anual.

Fonte de informações e evidências: Visita. Entrevista.

33.2.14. O centro cirúrgico dispõe de ambiente específico destinado à guarda de equipamentos?

Premissa: O centro cirúrgico deve possuir ambiente específico à guarda de equipamentos, bem como protocolos e procedimentos implementados que orientem sobre essa guarda.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Visita às instalações. Entrevista com profissionais.

33.2.15. O hospital dispõe de infraestrutura, materiais e equipamentos adequados para a execução das tarefas e de acordo com as necessidades do serviço de anatomia patológica?

Premissa: O hospital deve ter infraestrutura, materiais e equipamentos médico hospitalares, e, eventualmente demais equipamentos de infraestrutura tecnológica que permitam a execução das atividades e de acordo com a necessidade do serviço de anatomia patológica.

Fonte de informações e evidências: Vistoria. EPIs disponíveis.

33.2.16. A infraestrutura do laboratório está adequada à realização dos serviços e à garantia dos requisitos de segurança?

Premissa: O serviço de saúde deve prover infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda, modalidade de assistência prestada e a legislação vigente. A depender do tipo de atividades exercidas pelo estabelecimento assistencial de saúde, o laboratório pode subdividir-se em vários outros. Quando existir UTI, UTQ ou emergência no estabelecimento, deve haver um laboratório dando suporte a essas unidades por 24 horas.

Fonte de informações e evidências: Vistoria. Entrevistas.

33.2.17. A infraestrutura do serviço de métodos gráficos está adequada à realização dos serviços e à garantia dos requisitos de segurança?

Premissa: O serviço deve dispor de infraestrutura em conformidade com as atividades desenvolvidas.

Fonte de informações e evidências: Vistoria. Entrevistas.

33.2.18. O hospital cataloga os componentes de sua infraestrutura e mapeia a distribuição deles?

Premissa: Os componentes de infraestrutura são os equipamentos instalações e sistemas que compõem a edificação para seu funcionamento. A catalogação deverá conter a descrição objetiva dos itens e sua localização. Poderá ser uma listagem e /ou plantas com baixas com a indicação de tais componentes.

Fonte de informações e evidências: Catálogo ou inventário com a relação dos componentes.

33.2.19. RE O hospital possui um Plano de Manutenção Preventiva que abarque todos os sistemas prediais?

Premissa: O estabelecimento deverá executar a manutenção predial (obras civis e serviços de alvenaria, hidráulica, mecânica, elétrica, carpintaria, marcenaria, serralharia, jardinagem, serviços de chaveiro) sempre que se fizer necessário.

Fonte de informações e evidências: Programa de manutenção predial preventiva implementado.

33.2.20. RE O hospital possui um Plano de Manutenção Corretiva que abarque todos os sistemas prediais?

Premissa: O estabelecimento deverá executar a manutenção predial (obras civis e serviços de alvenaria, hidráulica, mecânica, elétrica, carpintaria, marcenaria, serralharia, jardinagem, serviços de chaveiro) sempre que se fizer necessário.

Fonte de informações e evidências: Programa de manutenção predial corretiva implementado.

33.2.21. O hospital realiza atividade de inspeção e manutenção de todos os componentes operacionais de sistemas de infraestrutura?

Premissa: O hospital deverá manter disponível documentação e registro das manutenções preventivas e corretivas ocorridas nas edificações e instalações do estabelecimento.

Fonte de informações e evidências: Relatório e registros de inspeção e manutenção. Notas fiscais. Levantamento Físico Arquitetônico. Anotações de responsabilidade técnica.

33.2.22. O hospital possui sistema de sinalização interna e externa, de fácil entendimento e visualização, para orientar o acesso, deslocamento nas diversas áreas da instituição?

Premissa: A sinalização deverá ser avaliada conforme requisitos limitantes e condicionantes da legislação sobre a comunicação visual em ambientes internos e externos, assim como conferida a situação de instalação conforme projeto e execução. A produção de todo e qualquer elemento de sinalização para os hospitais da rede Ebserh deve seguir as orientações contidas no Manual de Sinalização dos Hospitais Universitários da Rede Ebserh.

Fonte de informações e evidências: Sistema de sinalização implementado. Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.23. O hospital possui acessos diferenciados para veículos e pedestres?

Premissa: O estabelecimento agregará diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, ou ter acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional (RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Projeto arquitetônico. Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.24. RE O hospital garante acessibilidade a pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida?

Premissa: O hospital deve oferecer condições para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (Decreto 5296/2004, art. 5º).

Fonte de informações e evidências: Relatório do Setor de Infraestrutura física com descrição de conformidade da edificação às normas de acessibilidade ou documento equivalente. Entrevistas com pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida.

33.2.25. O hospital dispõe de corrimão e guarda corpo conforme normativas vigente?

Premissa: O estabelecimento deverá cumprir os seguintes requisitos quando ao corrimão e guarda corpo:

a) Em circulações horizontais os corredores destinados à circulação de pacientes, demais pessoas e materiais deverão possuir corrimãos em ao menos uma parede lateral a uma altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva;

b) Os bate-macas podem ter também a função de corrimão;

c) Em circulações com movimentação vertical de pacientes, demais pessoas e materiais que possuem escadas devem ser providos de corrimão com altura de 80 cm a 92 cm do piso, e com finalização curva;

d) Quanto as rampas, estas, deverão ter o piso não escorregadio, corrimão e guarda-corpo.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.26. A infraestrutura do hospital possibilita a circulação adequada de macas e cadeiras de rodas?

Premissa: Os corredores e demais áreas do hospital devem possuir larguras mínimas que garantam a circulação de pacientes ambulantes, cadeiras de rodas, macas ou camas conforme legislação. Nas áreas de circulação só podem ser instalados telefones públicos, bebedouros, extintores de incêndios e lavatórios e de modo que não reduzam a largura mínima exigida para o tráfego (RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Projeto arquitetônico. Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.27. Os sanitários das áreas internas e externas obedecem às normativas vigentes?

Premissa: Os sanitários devem atender aos critérios básicos de acessibilidade, bem como obedecer aos parâmetros das legislações quanto às quantidades mínimas necessárias, localização, dimensões dos boxes, posicionamento e características das peças, acessórios, barras de apoio, comandos e características de pisos e desnível (ABNT NBR 9050/2020).

Fonte de informações e evidências: Projeto arquitetônico, visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.28. Os lavabos cirúrgicos, lavatórios e pias possuem torneiras com comando do tipo que dispensem o contato das mãos para o fechamento da água?

Premissa: Os lavabos cirúrgicos, lavatórios e pias devem possuir torneiras com comandos do tipo que dispensem o contato das mãos para o fechamento da água. Nos lavabos cirúrgicos, essas torneiras não devem ser do tipo de pressão com temporizador (NR nº 32, 2005; RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Visita às áreas assistenciais. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.29. RE A higienização das mãos é oportunizada em todos os pontos de atividades assistenciais?

Premissa: A higienização das mãos deve ser oportunizada em todos os pontos de atividades assistenciais. Devem estar disponíveis insumos, produtos e equipamentos necessários para as práticas de higienização de mãos dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes (RDC Anvisa nº 63/2011). Em todos os locais em que houver paciente examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, deve haver lavatórios ou pias para lavagem de mãos para uso da equipe de assistência, estudantes de graduação e residentes. Em todos os locais de manuseio de insumos, amostras, medicamentos e alimentos, também deve haver pias ou lavatórios. Junto aos lavatórios, pias e lavabos cirúrgicos, deve ser disponibilizado sabão líquido degermante e recursos para

secagem das mãos. Além disso, nos locais em que sejam executados procedimentos invasivos, cuidados a pacientes críticos ou que a equipe de assistência tenha contato direto com feridas ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos, deve-se também disponibilizar antisséptico. O quantitativo e locais de instalação de lavatórios e pias deve seguir o disposto na RDC Anvisa nº 50, Dos critérios do projeto, B.4 - Colocação de lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos.

Fonte de informações e evidências: Visita às áreas assistenciais.

33.2.30. RE O hospital possui rampas com piso não escorregadio?

Premissa: As rampas só podem ser utilizadas como único meio de circulação vertical quando vencerem no máximo dois pavimentos independentemente do andar onde se localiza. Devem ter o piso não escorregadio, corrimão e guarda-corpo (RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.31. RE O serviço de infraestrutura realiza inspeções de todas as áreas onde são prestados cuidados aos pacientes e possui um plano para reduzir riscos e proporcionar instalações físicas seguras para usuários, familiares, visitantes, profissionais, residentes, estudantes e professores, cumprindo a legislação pertinente?

Premissa: O serviço de infraestrutura deve realizar inspeções periódicas em todas as áreas assistenciais, bem como deve haver instituído um plano para reduzir riscos e proporcionar instalações físicas seguras para usuários, familiares, visitantes, profissionais, residentes, estudantes e professores, cumprindo a legislação pertinente.

Fonte de informações e evidências: Sistema de análise crítica. Plano de melhoria da qualidade. Sistemas de controle. Indicadores.

33.2.32. O hospital possui prontuário de instalações elétricas atualizado?

Premissa: O Prontuário de Instalações Elétricas é um sistema organizado de forma a conter uma memória dinâmica de informações pertinentes às instalações e aos trabalhadores. Deve ser organizado e mantido atualizado pelo empregador ou pessoa formalmente designada pela empresa, devendo permanecer à disposição dos trabalhadores envolvidos nas instalações e serviços em eletricidade. Deve conter no mínimo:

- a) conjunto de procedimentos e instruções técnicas e administrativas de segurança e saúde, implantadas e relacionadas a esta NR e descrição das medidas de controle existentes;
- b) documentação das inspeções e medições do sistema de proteção contra descargas atmosféricas e aterramentos elétricos;
- c) especificação dos equipamentos de proteção coletiva e individual e o ferramental, aplicáveis conforme determina esta NR; 2
- d) documentação comprobatória da qualificação, habilitação, capacitação, autorização dos trabalhadores e dos treinamentos realizados;
- e) resultados dos testes de isolamento elétrica realizados em equipamentos de proteção individual e coletiva; f) certificações dos equipamentos e materiais elétricos em áreas classificadas;

g) relatório técnico das inspeções atualizadas com recomendações, cronogramas de adequações, contemplando as alíneas de “a” a “f” (NR nº 10, 1978).

Fonte de informações e evidências: Sistema de segurança e manutenção documentado. Visita diagnóstica.

33.2.33. RE O hospital possui sistema de energia elétrica de emergência para manter serviços contínuos durante interrupção no fornecimento?

Premissa: O hospital deve contar com o plano de emergência capaz de fornecer energia elétrica no caso de interrupções, considerando a presença de geradores.

Fonte de informações e evidências: Áreas críticas mapeadas. Sistema de energia elétrica de emergência. Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.34. O hospital possui programa de controle de desperdício e otimização de energia elétrica?

Premissa: A estimativa do consumo de energia elétrica do estabelecimento deverá ser mensurada a partir da definição das atividades e equipamentos a serem utilizados no serviço, bem como as medidas de controle adotadas devem integrar-se às demais iniciativas da empresa, no âmbito da preservação da segurança, da saúde e do meio ambiente do trabalho otimizando o fornecimento elétrico e evitando desperdícios (RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Programa de controle de desperdício e otimização de energia elétrica implementado, disponível e amplamente divulgado.

33.2.35. RE O hospital provê iluminação de emergência nas saídas de emergência?

Premissa: O hospital deve prover iluminação de emergência nas saídas de emergência.

Fonte de informações e evidências: Áreas de emergência mapeadas. Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área comprovado em visita diagnóstica.

33.2.36. O hospital possui sistema elétrico distribuído através de quadros elétricos que atendem as recomendações das normas técnicas pertinentes, em especial a NBR 5410/04, NBR 13534/08?

Premissa: O estabelecimento deverá manter esquemas unifilares atualizados das instalações elétricas com as especificações do sistema de aterramento e demais equipamentos e dispositivos de proteção (NR nº 10, 1978).

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Sistema elétrico. Diagrama unifilar. Laudo emitido por técnico da área, comprovado em visita diagnóstica.

33.2.37. RE O hospital possui sistema de geração de energia de acordo com o porte e em quantidade adequada para atender as necessidades do serviço?

Premissa: O estabelecimento deverá desenvolver um programa básico das instalações elétricas destinado a compatibilizar o projeto arquitetônico com as diretrizes básicas a serem adotadas no desenvolvimento do projeto, atendendo as necessidades do serviço (RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Sistema de geração de energia disponível. Laudo emitido por técnico da área, comprovado em visita diagnóstica.

33.2.38. A estrutura do hospital possui Auto de Vistoria Técnica do Corpo de Bombeiros (AVCB) conforme normativas vigentes?

Premissa: O estabelecimento deve possuir certificação, emitido por órgão competente, que atesta o atendimento à legislação local no que tange à estrutura de prevenção e combate a incêndio.

Fonte de evidência: Certificado de vistoria emitido pelo órgão competente.

33.2.39. RE O hospital possui saídas de emergência devidamente identificadas e de fácil visualização e compreensão?

Premissa: As saídas de emergência devem ser dimensionadas conforme a população do estabelecimento, planejadas de acordo com as legislações vigentes, serem devidamente sinalizadas, com boa acessibilidade e visualização, assim como permanecerem sempre desobstruídas (Manual de Segurança contra Incêndio em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Anvisa, 2014).

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Laudo emitido por técnico da área, comprovado em visita diagnóstica.

33.2.40. RE Os sistemas de detecção e alarme de incêndio são inspecionados, testados e mantidos de acordo com as recomendações?

Premissa: O hospital deve desenvolver um "Plano de Manutenção" para o sistema de detecção e alarme de incêndio, estabelecendo verificação semestral e documentação das condições. Devem ser realizados testes de acionamento do sistema de detecção e alarme de incêndio, com campanhas prévias de comunicação interna e externa (Manual de Segurança contra Incêndio em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Anvisa, 2014).

Fonte de informações e evidências: Inspeção. Testes documentados. Relatório de inspeção.

33.2.41. RE O hospital possui sistema de segurança predial implementado?

Premissa: O hospital deve possuir sistema de segurança predial implementado, incluindo controle de acesso às instalações e circuito fechado de televisão (CFTV).

Fonte de informações e evidências: Sistema de segurança predial de controle de acesso. CFTV.

33.2.42. RE O hospital mantém extintores de incêndio devidamente distribuídos, sinalizados e dentro do prazo de validade de suas cargas?

Premissa: O hospital deve dispor de extintores de incêndio devidamente distribuídos e dentro do prazo de validade.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Mapeamento de extintores.

33.2.43. RE O hospital possui protocolos e procedimentos implementados para garantir prevenção e proteção contra incêndio e fumaça?

Premissa: O hospital deve manter disponível a todos os trabalhadores protocolos e procedimentos descritos para garantir prevenção e proteção contra incêndio (Art. 50, inciso III da RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos. Avaliação documentada de risco de incêndio. Cronograma de capacitações. Lista de presença de capacitações. Entrevistas.

33.2.44. RE O hospital é abastecido de água potável?

Premissa: O hospital deve disponibilizar água potável (água que atenda ao padrão de potabilidade estabelecido em legislação vigente e que não ofereça riscos à saúde).

Fonte de informações e evidências: contrato com a fornecedora ou concessionária local. Alvará de funcionamento. Licença sanitária.

33.2.45. RE O hospital realiza limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, de acordo com protocolos e procedimentos implementados?

Premissa: O hospital deve garantir a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos, vistoria, contrato vigente e registro dos procedimentos.

33.2.46. RE O hospital realiza a análise e controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme normativos vigentes?

Premissa: Conforme RDC Anvisa nº 63/2011, o hospital deve garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades, bem como deve manter disponível, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referente ao controle de qualidade da água (art. 39 e art. 23, inciso VI). Toda água potável destinada à ingestão, preparação de alimentos e à higiene pessoal, independentemente da sua origem, distribuída coletivamente por meio de sistema, solução alternativa coletiva de abastecimento de água ou carro-pipa, deve ser objeto de controle e vigilância da qualidade da água.

Fonte de informações e evidências: Sistema de controle da potabilidade da água. Relatórios.

33.2.47. RE O hospital possui reservatórios de água com capacidade suficiente para atender às demandas da instituição, cobertos permanentemente e com acesso restrito?

Premissa: O hospital deve garantir a continuidade do fornecimento de água, mesmo em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, nos locais em que a água é considerada insumo crítico. Os reservatórios destinados à água potável devem ser duplos para permitir o uso de um enquanto o outro estiver interditado para reparos ou limpeza.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Reservatório de água coberto permanentemente e com acesso restrito.

33.2.48. RE O hospital possui e testa os sistemas de emergência de abastecimento de água e documenta os resultados?

Premissa: O hospital deve elaborar um Plano de Contingência, integrando planos de melhoria da qualidade para dar respostas a situações de emergência. Todos os procedimentos aplicados em condições normais e em respostas planejadas a emergências, desastres ou incidentes devem ser documentados. De acordo com a Portaria MS nº 2.914/2011, sempre que forem identificadas situações de risco à saúde, o responsável pelo sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água e as autoridades de saúde pública devem, em conjunto, elaborar um plano

de melhoria da qualidade e tomar as medidas cabíveis, incluindo-se a comunicação à população, sem prejuízo das providências imediatas à correção das anormalidades.

Fonte de informações e evidências: Sistemas de emergência de abastecimento de água. Resultados documentados.

33.2.49. RE São realizados periodicamente testes da água utilizada para diálise renal, de acordo com a legislação vigente?

Premissa: A água de abastecimento do serviço de diálise deve ter o seu padrão de potabilidade em conformidade com a normatização vigente. A qualidade da água potável deve ser monitorada e registrada diariamente pelo técnico responsável, conforme o Quadro I do Anexo da RDC N° 11, de 13 de março de 2014, em amostras coletadas na entrada do reservatório de água potável e na entrada do subsistema de tratamento de água para hemodiálise. Todo serviço de diálise deverá estabelecer um controle do funcionamento do sistema de tratamento da água tratada para diálise e a verificação de sua qualidade. O monitoramento deverá ser realizado diariamente, pelo responsável técnico, em amostras coletadas na entrada do reservatório de água potável e na entrada do subsistema de tratamento de água para hemodiálise.

Fonte de informações e evidências: Registros do monitoramento. Protocolos e procedimentos.

33.3. Gestão de obras

33.3.1. O hospital possui plano diretor de projetos, obras, ampliações e reformas, elaborado por técnicos habilitados, áreas de apoio e aprovado pelo órgão deliberativo?

Premissa: O hospital deve possuir plano diretor de projetos, obras, ampliações e reformas, elaborado por técnicos habilitados, áreas de apoio, o qual deve ser aprovado pelo órgão deliberativo.

Fonte de informações e evidências: Plano Diretor Físico Hospitalar aprovado.

33.3.2. O hospital possui projetos de obras adequados ao Plano Diretor Físico Hospitalar, com plantas e estrutura aprovadas pelo órgão competente, visando assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança?

Premissa: O estabelecimento deverá prover projetos para construção, complementação, reforma ou ampliação de toda edificação a ser desenvolvida que deverá contemplar três etapas: estudo preliminar, projeto básico e projeto executivo, todos em conformidade com a legislação vigente e devidamente aprovados pelo órgão competente.

Fonte de informações e evidências: Projetos de obras adequados ao plano de ampliação e reforma

33.3.3. RE Durante o planejamento e execução de obras, há acompanhamento da CCIRAS?

Premissa: Tendo em vista que as condições ambientais interferem diretamente no controle de infecção do estabelecimento, o planejamento e execução das obras deverão verificar os fluxos de trabalho, materiais e insumos propostos para o projeto físico para que seja garantida a segurança e o controle de infecção no estabelecimento, atentando para a conformidade com a legislação vigente e a CCIRAS do hospital (RDC Anvisa nº 50/2002).

Fonte de informações e evidências: Atas de reunião, plano de obra, indicadores e parecer/atesto da CCIRAS sobre projeto da obra ou reforma.

33.3.4. O hospital possui projetos de (re)adequação dos ambientes e mobiliários para criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e que sejam lugares de encontro entre as pessoas?

Premissa: O hospital deve trabalhar o tratamento do espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. A ambiência hospitalar deve promover o bem-estar, confortabilidade e privacidade aos pacientes e profissionais, sendo uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho e do processo saúde-doença, proporcionando um ambiente humanizado, acolhedor e resolutivo. Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Projeto de (re)adequação dos ambientes e mobiliários.

33.3.5. O serviço de diagnóstico por imagem possui projeto de blindagem elaborado e assinado por profissional legalmente habilitado?

Premissa: Para o caso de instalações que utilizam equipamentos de radiologia emissores de radiações eletromagnéticas ionizantes ou não ionizantes para fins diagnósticos ou intervencionistas, deve ser apresentado o projeto de blindagem elaborado e assinado por profissional legalmente habilitado, aprovado e assinado pelo responsável legal, conforme disposto na RDC nº 611/2022, nas demais normativas aplicáveis e nas recomendações dos fabricantes.

Fonte de informações e evidências: Projeto de blindagem.

33.3.6. O projeto de blindagem radiológica da área de radioterapia está disponível para verificação da CNEN?

Premissa: As modificações de instalações existentes que possam alterar os requisitos de blindagem estrutural ou afetar a classificação das áreas do Serviço de Radioterapia devem ser submetidas à aprovação da CNEN como modificação no projeto de blindagem (Art. 33 Resolução CNEN 176/14)

Fonte de informações e evidências: Projeto de blindagem.

33.3.7. RE O hospital possui documentação e registros correspondentes ao Projeto Básico de Arquitetura atualizado com as devidas anotações de responsabilidade técnica?

Premissa: O hospital deve manter disponíveis e atualizados, segundo o seu tipo de atividade, documentação e registro referentes ao Projeto Básico de Arquitetura (PBA) aprovado pela vigilância sanitária e demais órgãos competentes (Art. 23, inciso I; art. 34 da RDC Anvisa nº 63/2011). O PBA deve ter sido analisado por equipe multiprofissional e um parecer técnico deve ter sido elaborado, baseado na documentação apresentada, emitido por profissional(is) legalmente habilitado(s) pelo Sistema CREA/CONFEA, em obediência aos termos da Lei nº 5.194/66. Este parecer deve ser expedido pelo órgão responsável pela direção do SUS municipal ou estadual.

Fonte de informações e evidências: PBA. Parecer técnico. Levantamento Físico Arquitetônico. Anotações de responsabilidade técnica.

33.3.8. O serviço de radioterapia possui autorização da CNEN para atuação?

Premissa: Ao final da construção, o titular do Serviço de Radioterapia deve requerer à CNEN a Autorização para Operação por meio do documento SCRA descrito no Anexo III da Norma CNEN NN 6.02 Licenciamento de Instalações Radiativas e acompanhado do Relatório Final de Análise de Segurança da instalação, contendo o projeto da instalação e o plano de proteção radiológica.

Fonte de informações e evidências: Autorização vigente.

33.3.9. Existe um local para gerenciamento das fontes radioativas e rejeitos radioativos que assegure a não contaminação e a não exposição?

Premissa: O gerenciamento das fontes radioativas e dos rejeitos radioativos é de responsabilidade do serviço que os gera, devendo este elaborar um plano de gerenciamento de rejeitos em conformidade com as legislações da CNEN vigentes.

Fonte de informações e evidências: Plano de gerenciamento das fontes radioativas e dos rejeitos radioativos implementado em consonância com legislação específica. Lista de presença, certificados ou relatórios de capacitação. Visitas às instalações.

33.3.10. O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto estrutural atualizado com as devidas anotações de responsabilidade técnica?

Premissa: Para os hospitais que não possuam o projeto estrutural, nem as anotações de responsabilidade técnica, pode ser apresentado o Diagnóstico Estrutural elaborado por um profissional capacitado. Este documento deve estar registrado em um processo SEI e deve conter um plano de ação.

Fonte de informações e evidências: Projeto estrutural. Anotações de responsabilidade técnica. Diagnóstico estrutural. Plano de ação.

33.3.11. RE O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto elétrico atualizado com as devidas anotações de responsabilidade técnica?

Premissa: O projeto elétrico deverá atender as Normas Regulamentadoras de Saúde e Segurança no Trabalho, as regulamentações técnicas oficiais estabelecidas e ser devidamente assinado por profissional legalmente habilitado. Para os hospitais que não possuam o projeto elétrico, nem as anotações de responsabilidade técnica, pode ser apresentado o Diagnóstico Elétrico elaborado por um profissional capacitado. Este documento deve estar registrado em um processo SEI e deve conter um plano de ação.

Fonte de informações e evidências: Projeto elétrico. Anotações de responsabilidade técnica. Diagnóstico elétrico. Plano de ação.

33.3.12. RE O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto hidráulico atualizado com as devidas anotações de responsabilidade técnica?

Premissa: O hospital deve possuir projeto hidráulico, devidamente assinado por profissional legalmente habilitado. Para os hospitais que não possuam o projeto hidráulico, nem as anotações de responsabilidade técnica, pode ser apresentado o Diagnóstico Hidráulico elaborado por um profissional capacitado. Este documento deve estar registrado em um processo SEI e deve conter um plano de ação.

Fonte de informações e evidências: Projeto hidráulico. Anotações de responsabilidade técnica. Diagnóstico hidráulico. Plano de ação.

33.3.13. RE O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto de climatização incluindo projetos específicos para as áreas críticas com planta correspondente?

Premissa: O hospital deve possuir projeto de climatização, devidamente assinado por profissional legalmente habilitado. Para os hospitais que não possuam o projeto de climatização, nem as anotações de responsabilidade técnica, pode ser apresentado o Diagnóstico de climatização elaborado por um profissional capacitado. Este documento deve estar registrado em um processo SEI e deve conter um plano de ação.

Fonte de informações e evidências: Projeto de climatização. Anotações de responsabilidade técnica. Diagnóstico de climatização. Plano de ação.

33.3.14. RE O hospital utiliza sinalização de segurança clara e de fácil compreensão para obras, atividades de manutenção e emergências?

Premissa: O hospital deverá prover sinalização de segurança que alerte e garanta a segurança durante atividades de obras, manutenções e emergências.

Fonte de informações e evidências: Visita diagnóstica. Protocolos e procedimentos.

34. GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SISTEMAS OFICIAIS EM SAÚDE

34.1. Processamento de informação assistencial

34.1.1. Há estratégias de monitoramento do registro de procedimentos de acordo com o Instrumento Formal de Contratualização (IFC)?

Premissa: O serviço deve dispor de meios de verificação do cumprimento das condições descritas no instrumento contratual.

Fonte de informações e evidências: IFC. Relatório de monitoramento mensal e anual. CAC instituída e em funcionamento. Indicadores. Unidades de Produção implementada. Contrato interno de gestão implementado. Protocolos e procedimentos implementados. Processo mapeado.

34.1.2. Há monitoramento das glosas/bloqueios/rejeições da produção assistencial?

Premissa: O serviço de faturamento deve realizar monitoramento de indicadores referentes ao processo de registro e processamento da produção assistencial para a melhoria de processos e resultados, incluindo também indicadores referentes ao monitoramento das glosas, bloqueios e rejeições da produção assistencial, tais como: percentual de AIH glosadas por motivo de glosa, total de AIH glosadas por tipo de reapresentação, percentual de AIH glosadas.

Fonte de informações e evidências: Indicadores. Relatório de críticas dos sistemas de registro da produção.

34.1.3. O hospital dispõe de protocolos e procedimentos que direcionem e orientem a realização das atividades de faturamento?

Premissa: O hospital deve possuir documentos do sistema de gestão da qualidade publicados que direcionem e orientem a realização das atividades de faturamento.

Fonte de informações e evidências: Protocolos e procedimentos implementados.

34.1.4. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é atualizado, no mínimo, mensalmente, conforme normativas vigentes?

Premissa: O hospital deve manter seus dados atualizados no CNES. Essa atualização deve ser realizada no mínimo, mensalmente, conforme normativa vigente (Manual de Orientações para a Atualização do Cadastro dos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Fonte de informações e evidências: CNES atualizado no site www.cnes.datasus.gov.br.

34.1.5. Os profissionais que atuam no serviço de faturamento possuem capacitação referentes à temática?

Premissa: O serviço deve capacitar seus profissionais para obtenção de resultados adequados (RDC nº 63/2011, art.32).

Fonte de informações e evidências: Lista de presença. Relatórios de capacitação ou outras evidências de capacitações.

34.1.6. A unidade responsável possui formulário (*checklist*) para análise preliminar do prontuário para mitigação de falhas no registro e processamento da produção assistencial?

Premissa: A unidade responsável deve analisar o prontuário por meio de *checklist* para mitigação de falhas no registro e processamento da produção assistencial.

Fonte de informações e evidências: Processo mapeado. Formulário (*checklist*) de análise de prontuário preenchido.

5. REFERÊNCIAS

ABPMP – Association of Business Process Management Professionals. **BPM CBOK: Guia para o Gerenciamento de Processos de Negócio. Corpo Comum do Conhecimento – ABPMP BPM CBOK V3.0.** Brasil, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília, 2017a. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa--caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf. Acesso em 20 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Autorização de funcionamento para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: um novo paradigma.** Brasília, 2002a. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosade/avalia/projetos/autorizacao_funcionamento.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Avaliação Nacional dos Programas de Prevenção e Controle de Infecção dos Hospitais.** Brasília, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e->

resistencia-microbiana/avaliacao-dos-programas-de-prevencao-e-controle-de-infeccao-dos-hospitais. Acesso em: 17 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos.** Brasília, 2008a. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/manual_banco_leite.pdf. Acesso em: 05 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Cultura de Segurança do Paciente.** Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: Acesso em 21 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Cultura de Segurança do Paciente.** Anvisa, Brasília, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: Acesso em: 05 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde.** Brasília, 2017b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/diretriz-nacional-para-elaboracao-de-programa-de-gerenciamento-do-uso-de-antimicrobianos-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** Brasília, 2017c. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3507997&_101_type=document. Acesso em: 2 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Guia de inspeção em Boas Práticas Clínicas (BPC) referente a ensaios clínicos com medicamentos e produtos biológicos – Inspeção em Centros de Ensaio Clínico.** Guia nº 35 - versão 2. Brasília, 2020b. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6023044/Guia+n%C2%BA+35_2020_vers%C3%A3o+2+de+26+01+2022.pdf/78b0b67d-71d8-415d-8cee-db532f3c3a9b. Acesso em: 29 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Guia para inclusão de critérios na triagem clínica e epidemiológica de candidatos a doação de sangue baseado em práticas individuais acrescidas de risco para infecções transmissíveis pelo sangue.** Brasília, 2020c. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/5940581/Guia+n%C2%BA+34_vers%C3%A3o+1/4f502535-064c-403a-b294-cfb2bc0e9345. Acesso em: 04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Instrução Normativa nº 2, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/28095>. Acesso em: 02 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde.** Brasília, 2013a. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/5%20Investiga%C3%A7%C3%A3o_de_Eventos%20em%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 14 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Brasília, 2006a. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdfBrasil. Acesso em: 15 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual de Pré-qualificação de artigos médico-hospitalares: Estratégia de vigilância sanitária de prevenção.** Brasília, 2010a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/produtos-para-a-saude/manuais/manual-de-pre-qualificacao-de-artigos-medico-hospitalares.pdf/view>. Acesso em: 05 mai. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual de Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.** Brasília, 2010b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual de tecnovigilância: uma abordagem sobre ótica da vigilância sanitária.** Brasília, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/fiscalizacao-e-monitoramento/tecnovigilancia/manual-tecnovigilancia-2021-v4.pdf/view>. Acesso em: 14 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual de vigilância sanitária sobre o transporte de material biológico humano para fins de diagnóstico clínico.** Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/sangue/transporte-de-material-biologico/manual-de-transporte-de-material-biologico-humano.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos.** Brasília, 2009a. Disponível em: http://anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Marco conceitual e operacional de hemovigilância - Guia para a hemovigilância no Brasil.** Brasília, 2020d. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/hemovigilancia/publicacoes/marco-conceitual-e-operacional-de-hemovigilancia-guia-para-a-hemovigilancia-no-brasil.pdf/view>. Acesso em: 04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília, 2017d. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>. Acesso em: 14 nov. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Módulo 4: Procedimentos Laboratoriais: da Requisição do Exame à Análise Microbiológica e Laudo Final. Brasília, 2013b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/modulo-4-procedimentos-laboratoriais-da-requisicao-do-exame-a-analise-microbiologica-e-laudo-final>. Acesso em: 11 nov. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2019**. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-n-05-2019-gvims-ggtes-anvisa.pdf/view>. Acesso em 09 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Notificação de IRAS e RM 2022**. Brasília, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/notificacao-de-iras-e-rm>. Acesso em: 05 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Orientações para notificação de surtos infecciosos em serviços de saúde**. Brasília, 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-notificacao-de-surtos-infecciosos-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Orientações para o preenchimento da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de diálise – 2022**. Brasília, 23 jun. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/orientacoes-dialise-para-portal-da-anvisa-13-05-2022-final.pdf>. Acesso em: 5 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Orientações para preenchimento da avaliação das práticas de segurança do paciente**. Brasília, 2022c. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente/copy_of_avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente. Acesso em: 28 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília, 2021e. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília, 2021f. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em: 01 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos**. Brasília, 2009b. Disponível em:

https://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf. Acesso em: 12 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025**. Brasília, 2021g. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf. Acesso em 03 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 6, de 30 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para as Unidades de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde e dá outras providências. 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0006_30_01_2012.html. Acesso em: 05 mai. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva. ALTERADA pela RDC - 137 - 08 de fevereiro de 2017. Altera a Resolução - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília, 2010c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0137_08_02_2017.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 11, de 13 de março de 2014**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RDC-N%C2%BA11-DRC.pdf>. Acesso em: 05 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília, 2012b. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3851431/RDC_15_2012_.pdf/e08bf584-0ea3-47da-a053-648a1c87f45d. Acesso em: 03 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 20, de 02 de fevereiro de 2006**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral. Brasília, 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/rdc0020_02_02_2006.html. Acesso em: 05 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 34 de 16 de junho de 2014**. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/29223>. Acesso em: 04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para segurança do paciente e dá outras providências. 2013c. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/29068>. Acesso em: 09 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC N° 38, de 04 de junho de 2008**. Dispõe sobre a instalação e o funcionamento de Serviços de Medicina Nuclear "in vivo".

Brasília, 2008c. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0038_04_06_2008.html. Acesso em:
10 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução - **RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília, 2010d. Disponível em <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/28587>. Acesso em: 02 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 48, de 02 de junho de 2000**. Brasília, 2000. Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0048_02_06_2000.html. Acesso em:
09 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 45, de 12 de março de 2003**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde. 2003. Disponível em:
http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_45_2003_COMP.pdf/5bc1abf1-fe83-4b5f-9fd2-005c057d02dc. Acesso em: 10 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002b. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_50_2002_COMP.pdf/9682e8b7-3c4f-4b30-bec9-f76de593696d. Acesso em: 29 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 52, de 22 de outubro de 2009**. Dispõe sobre o funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviço de controle de vetores e pragas urbanas e dá outras providências. 2009c. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0052_22_10_2009.html. Acesso em:
05 mai. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em:
13 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008**. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. Brasília, 2008e. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/rdc0096_17_12_2008.html. Acesso em:
02 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC Nº 151, de 21 de agosto de 2001**. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Brasília, 2001. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/rdc0151_21_08_2001.html. Acesso em:
04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. 2006c. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/27791>. Acesso em: 05 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004.** Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/27436>. Acesso em: 05 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004.** Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/27448>. Acesso em: 05 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 222, de 28 de março de 2018.** Regulamenta as boas práticas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/8436198/do1-2018-03-29-resolucao-rdc-n-222-de-28-de-marco-de-2018-8436194. Acesso em: 30 de mai. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Brasília, 2005. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0302_13_10_2005.html. Acesso em: 04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002c. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0307_14_11_2002.html. Acesso em: 03 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019.** Estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista; e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público. Brasília, 2019b. Disponível em: U_RS-MS-ANVISA-RDC-330_201219.pdf (saude.sp.gov.br). Acesso em: 08 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC Nº 339, de 20 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Biovigilância. Brasília, 2020e. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3146460/RDC_339_2020_COMP.pdf/567bc938-5634-44a6-8257-706f0266b88a. Acesso em: 04 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução – RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020.** Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. Brasília, 2020f. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/406520>. Acesso em: 5 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 503, de 27 de maio de 2021.** Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Brasília, 2021h. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6278589/RDC_503_2021_COMP.pdf/b747b9a4-a5a1-4b97-99fa-089d0941e57b. Acesso em: 02 set. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 509, de 27 de maio de 2021.** Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. 2021i. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-509-de-27-de-maio-de-2021-323002855>. Acesso em: 10 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - RDC nº 611, de 09 de março de 2022.** Estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas. Brasília, 2022e. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-611-de-9-de-marco-de-2022-386107075>. Acesso em: 20 mai. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução - nº 2.606, de 11 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências. Brasília, 2006d. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res2606_11_08_2006.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20-%20RE%20N%C2%BA%202.606%2C%20DE%2011%20DE,reprocessamento%20de%20produtos%20m%C3%A9dicos%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 09 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos.** Brasília, 2009d. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Manual de limpeza e desinfecção de superfícies.** Brasília, 2010e. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf/view>. Acesso em: 14 jul. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Sítio Cirúrgico - Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde.** Brasília, 2009e. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/criterios_nacionais_isc.pdf. Acesso em: 10 ago. 2022.

ANDERSON, J. E. et al. A notificação de incidentes pode melhorar a segurança? As opiniões dos profissionais de saúde sobre a efetividade da notificação de incidentes. **Proqualis.** Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/notifica%C3%A7%C3%A3o-de-incidentes-pode-melhorar-seguran%C3%A7a-opini%C3%B5es-dos-profissionais-de-sa%C3%BAde-sobre>. Acesso em: 03 ago. 2022.

ARAUJO, Tatiane Gomes de et al. Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, p. 32-38, 2013.

ARQUIVO NACIONAL. **Gestão de documentos: curso de capacitação para os integrantes do Sistema de Gestão de Documentos de Arquivo - SIGA, da administração pública federal.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://siga.arquivonacional.gov.br/images/cursos_capacitacao/Apostila_gestao_documentos_2015.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 7256:** Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde - Requisitos para projeto e execução das instalações. Rio de Janeiro: ABNT, 2021a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 8160:** Sistemas Prediais de Esgoto Sanitário - Projeto e Execução. Rio de Janeiro: ABNT, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 9050:** Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 9077:** Saídas de emergência em edifícios. Rio de Janeiro: ABNT, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 11836:** Detectores automáticos de fumaça para proteção contra incêndio. Rio de Janeiro: ABNT, 1991.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 12693:** Sistemas de proteção por extintores de incêndio. Rio de Janeiro: ABNT, 2021b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 13546:** Roupas Hospitalares. Rio de Janeiro: ABNT, 1996.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 13714:** Sistemas de hidrantes e de mangotinhos para combate a incêndios. Rio de Janeiro: ABNT, 2000b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 14561:** Veículos para atendimento a emergências médicas e resgate. Rio de Janeiro: ABNT, 2020c.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 16747:** Inspeção Predial - Diretrizes, Conceitos, Terminologias e Procedimentos. Rio de Janeiro: ABNT, 2020d.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 17240:** Sistemas de detecção e alarme de incêndio – Projeto, instalação, comissionamento e manutenção de sistemas de detecção e alarme de incêndio – Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 31000:** Gestão de Riscos - Princípios e Diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR ISO 91000:** Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.

BENTO, Cristina. **Recrutamento, Seleção e Processo de Integração Organizacional: O Caso da Altranportugal.** 2016. Tese de Doutorado. Universidade de Lisboa (Portugal).

BERNOCHE, Claudia et al. Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 113, p. 449-663, 2019.

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; DE CARVALHO, Rachel. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 4, p. 230-244, 2017.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011 a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. 2011b. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm#art7. Acesso em 29 Jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017. Regulamenta dispositivos da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, dispõe sobre a simplificação do atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos, institui o Cadastro de Pessoas Físicas - CPF como instrumento suficiente e substitutivo para a apresentação de dados do cidadão no exercício de obrigações e direitos e na obtenção de benefícios, ratifica a dispensa do reconhecimento de firma e da autenticação em documentos produzidos no País e institui a Carta de Serviços ao Usuário. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9094.htm. Acesso em 18 out. 2021.

BRASIL. Decreto nº 9.637, de 26 de dezembro de 2018. Institui a Política Nacional de Segurança da Informação, dispõe sobre a governança da segurança da informação, e altera o Decreto nº 2.295, de 4 de agosto de 1997, que regulamenta o disposto no art. 24, caput, inciso IX, da Lei nº 8.666, de

21 de junho de 1993, e dispõe sobre a dispensa de licitação nos casos que possam comprometer a segurança nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9637.htm. Acesso em 10 set. 2021.

BRASIL. Decreto nº 10.222, de 5 de fevereiro de 2020. Aprova a Estratégia Nacional de Segurança Cibernética. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10222.htm. Acesso em 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Instrução normativa nº 4 de 11 de setembro de 2014**. Dispõe sobre o processo de contratação de Soluções de Tecnologia da Informação pelos órgãos integrantes do Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação - SISF do Poder Executivo Federal. 2014a. Disponível em: (economia.df.gov.br). Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 4.118, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre a política nacional de energia nuclear, cria a Comissão Nacional de Energia Nuclear, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1962. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4118.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 5.194, de 24 de dezembro de 1996. Regula o exercício das profissões de Engenheiro, Arquiteto e Engenheiro-Agrônomo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5194.htm. Acesso em 5 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 24 set. 2021.

Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6932.htm. Acesso em: 27 jul. De 2022.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 13 set. 2021

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 29 set. 2021.

Brasil. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/#>. Acesso em: 09 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.205 de 21 de março de 2001. MS/PR Regulamenta o § 4º do art. 199 da

Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10205.htm. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2000a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm. Acesso em 28 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em 29 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11104.htm. Acesso em: 09 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005. Regulamenta os incisos II, IV e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados – OGM e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança – CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança – CTNBio, dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB, revoga a Lei nº 8.974, de 5 de janeiro de 1995, e a Medida Provisória nº 2.191-9, de 23 de agosto de 2001, e os arts. 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10 e 16 da Lei nº 10.814, de 15 de dezembro de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm#art42. Acesso em: 05 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em 02 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm. Acesso em: 27 mai. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.378, de 31 de dezembro de 2010. Regulamenta o exercício da Arquitetura e Urbanismo; cria o Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil - CAU/BR e os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo dos Estados e do Distrito Federal - CAUs; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12378.htm. Acesso em 5 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7

de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12514.htm. Acesso em: 27 jul. De 2022.

BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. (veto parcial). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.140, de 26 de junho 2015. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 29 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em 10 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.303 de 30 de junho de 2016. Dispõe sobre o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13303.htm. Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Capítulo VI - Da avaliação continuada dos serviços públicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em 18 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em 25 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm. Acesso em 25 out. 2021.

BRASIL. Lei Nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm#art193. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 14.198, de 2 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021b. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14198.htm. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2021c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14238.htm. Acesso em 12 jul. 2021.

BRASIL. **Instrução Normativa nº 5, de 26 de maio de 2017**. Dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional. Portal de compras do Governo Federal, Brasília, 2017c. Disponível em: <https://www.gov.br/compras/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/instrucoes-normativas/instrucao-normativa-no-5-de-26-de-maio-de-2017-atualizada>. Acesso em: 05 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Licenciamento e controle de instalações de Medicina Nuclear. S.d. Disponível em: <http://antigo.cnen.gov.br/images/cnen/documentos/drs/orientacoes/Licenciamento-e-Controle-de-Instalacoes-Medicina-Nuclear-RV02.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Economia. Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso Segurança do paciente e Qualidade em serviços de saúde. **Investigação de eventos adversos em serviços de saúde - Módulo 4**. Brasília, 2018e. Disponível em: <https://www.escolavirtual.gov.br/curso/236>. Acesso em 30 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. Portaria Interministerial nº 323, de 10 de setembro de 2020. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 set. 2020b. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-323-de-10-de-setembro-de-2020-276902528>. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital. **Guia Técnico de Gestão Estratégica**. v 1.0. Brasília, 2020a. Disponível em: <http://www.proplad.ufu.br/legislacoes/guia-tecnico-de-gestao-estrategica>. Acesso em: 9 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Portaria Interministerial nº 9, de 13 de agosto de 2014. Institui o Programa Ebserh de Pesquisas Clínicas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde - EPECSUS, no âmbito da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/pesquisa-clinica/portaria-interministerial-n-9-de-13-de-agosto-de-2014.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as diretrizes para a extensão na educação superior brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação - PNE 2014-2024 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2018f. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/55877808. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. 2009. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, Brasília, 2009a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf. Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Anvisa, Brasília, 1998a. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/351470>. Acesso em 12 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência às mulheres em fase de amamentação: conheça os dez passos para sucesso do Aleitamento Materno**. Brasília, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/assistencia-as-mulheres-em-fase-de-aleitamento-conheca-os-dez-passos-para-o-sucesso-da-amamentacao>. Acesso em: 06 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido - Guia para os Profissionais de Saúde**. Brasília, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido: Método canguru - Manual técnico**. Brasília, 2017d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biossegurança em Saúde: Prioridades e Estratégias de Ação**. Brasília, 2010d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/biosseguranca_saude_prioridades_estrategicas_acao_p1.pdf. Acesso em 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica, nº 23 - Saúde da criança: Nutrição Infantil**. Brasília, 2009b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha sobre segurança do paciente**. s.d. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/CARTILHA_RHP_Digital.pdf. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília, 2007a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desospitalização - reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional**. Brasília, 2007b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, Brasília, 2015c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/pri0285_24_03_2015.html. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2017e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, 2006. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>. Acesso em 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, 2018g. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017f. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017g. p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017h. p. 192.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017i. p. 360.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 88, de 4 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 mai. 2021d. p. 126.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 120, de 14 de abril de 2009. Aprova: I - Anexo I: "Normas de Classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral"; II - Anexo II: "Formulário de Vistoria do Gestor, com Relatório da VISA local"; III - Anexo III: "Relação dos procedimentos em Terapia Nutricional da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS"; IV - Anexo IV: "Parâmetros para Composição de Teto Financeiro em Terapia Nutricional"; V - Anexo V: Tabela de Serviço/Classificação do SCNES de Terapia Nutricional, com CBO/2002 (Código Brasileiro de Ocupação); VI - Anexo VI A e B -Relação de hospitais habilitados em Terapia Nutricional, nos respectivos Estados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 abr. 2009c. p. 72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2014e. p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 mai. 1998b. p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2017j. p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 mar. 2014f. p. 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 393, de 13 de março de 2020. Aprova a Resolução GMC Nº 02/2015 "Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência (Revogação da Res. GMC Nº 12/07)". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 2020c. p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 551, de 13 de abril de 2005. Aprova o documento Requisitos Comuns para Unidades de Terapia Intensiva de Adultos do MERCOSUL. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 abr. 2005d. p. 49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Beb  e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mai. 2013a. p. 72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mai. 2020d. p. 229.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jun. 2022b. p. 76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013b. p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.693, de julho de 2021. Institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2021e. p. 142.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.694, de julho de 2021. Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2021f. p. 142.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2018h. p. 148.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013c. p. 113.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002a. p. 32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Expedir na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares tais como: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 mai. 1998c. p. 133.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o uso de hemocomponentes. 2ª edição.** Brasília, 2015d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes_2ed.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanização.** s.d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em 28 jul. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília, 2010e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_us.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Visita aberta e direito ao acompanhante.** 2ª edição. Brasília, 2007c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Grupo de Trabalho de Humanização.** 2ª edição. Brasília, 2008a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho_humanizacao_2ed_2008.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Visita Aberta e o Direito do Acompanhante.** 2ª edição. Brasília, 2007d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado.** Brasília, 2008b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf. Acesso em 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde.** Rio de Janeiro, INCA, 2010f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_noticias_dificeis.pdf. Acesso em: 09 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. **Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.** Brasília, 2010. 2010g. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/int0004_24_02_2010.html. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** 3. ed. rev. e atual. Brasília 2002b. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília, 2017k. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de cuidados paliativos.** Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte [et al.]. São Paulo: Hospital Sírio Libanês. Ministério da Saúde; 175p. 2020e. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf> . Acesso em: 29

jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília, 2018i. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>. Acesso em: 03 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Lavanderia Hospitalar**. Brasília, 1989. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lavanderia.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, 2009d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 2009e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2013d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2001b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Segurança da Água: Garantindo a qualidade e promovendo a saúde - Um olhar do SUS**. Brasília, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_seguranca_agua_qualidade_sus.pdf. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília 2018j. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2013e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 31 de mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 1994a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/superficie.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2022.

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

Especializada e Temática. **Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília, 2016c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 11 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília, 2012c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2013f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília, 2007e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS.** Brasília, 2010h. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_us.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília, 2021g. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional.** Brasília, 2020f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Somasus - Sistema de apoio à elaboração de projetos de investimentos em saúde.** Brasília, 2011d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_arquitetonica_somasus_v1.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Infraestrutura. Conselho Nacional de Trânsito (Contran). Resolução nº 789, de 18 de junho de 2020. Consolida normas sobre o processo de formação de condutores de veículos automotores e elétricos. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2020g. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-789-de-18-de-junho-de-2020-263185648>. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jun. 1978.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2005e.

BRASIL. MINISTRO DE ESTADO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO. **Guia de PDTIC do SISO v2.0**. Brasília, 2016d. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/sisp/documentos/guia-de-pdtic-do-sisp-v2.0>. Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Manual de redação da Presidência da República**. Brasília, 2018k. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/centrodeestudos/assuntos/manual-de-redacao-da-presidencia-da-republica/manual-de-redacao.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2022.

CARDOSO, ROSANE BARRETO; PALUDETO, SÉRGIO BASSALO; FERREIRA, BEATRIZ JASEN. Programa de educação continuada voltado ao uso de tecnologias em saúde: percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Ciên. Saúde*, v. 22, n. 3, 2018.

CAVAZOTTE, Flávia de Souza Costa Neves; MORENO JR, Valter de Assis; TURANO, Lucas Martins. Cultura de aprendizagem contínua, atitudes e desempenho no trabalho: uma comparação entre empresas do setor público e privado. **Revista de Administração Pública**, v. 49, p. 1555-1578, 2015.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (Brasil). Resolução nº 159, de 17 de dezembro de 2013. Dispõe sobre os requisitos de segurança e proteção radiológica em Serviços de Medicina Nuclear. **Diário Oficial da União**, nº 248, Brasília, p. 22, 2013.

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (Brasil). Resolução CNEN nº 176, de 27 de novembro de 2014. Dispõe sobre os requisitos necessários para a segurança e a proteção radiológica em Serviços de Radioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2017.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução nº 2, de 3 de julho de 2013**. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residência médica e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30790795/do1-2013-07-10-resolucao-n-2-de-3-de-julho-Sóde-2013-30790786. Acesso em: 27 jul. 2022

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução nº 1, de 16 de junho de 2011**. Dispõe sobre o estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=100841-resolucao-cnrm-n-1-de-16-de-junho-de-2011&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 06 set. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução nº 2, de 7 de julho de 2005**. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, 2005. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=101031-resolucao-cnrm-n-2-de-7-de-julho-de-2005&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192.

Acesso em: 27 jul. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA(CNRM). **Matriz de competências dos programas de Residência Médica.** Brasília, 2021. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article/247-programas-e-acoes-1921564125/residencia-medica-2137156164/13079-resolucao-residencia-medica?Itemid=164>. Acesso em: 04 ago. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 28 jul. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução nº 3, de 17 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes. Brasília, 2011. 2011a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15451-resol-cnrms-n3-17fev-2011&Itemid=30192. Acesso em: 28 jul. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014.** Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/11/2014&jornal=1&pagina=12&totalArquivos=100>. Acesso em: 28 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 29 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 543/2017.** Estabelece parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em 04 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 588/2018.** Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-588-2018.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 629/2020.** Aprova e Atualiza a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação de Enfermeiro e de Técnico de Enfermagem em Hemoterapia. Brasília, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-629-2020_77883.html. Acesso em: 04 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008.**

Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Brasília, 2008. Disponível em: <https://cff-br.implanta.net.br/PortalTransparencia/Publico/ArquivosAnexos/Download?idArquivoAnexo=774c5fd9-3efd-411e-8eed-ec4206533b1c>. Acesso em: 08 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 500, de 19 de janeiro de 2009**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito dos Serviços de Diálise, de natureza pública ou privada. Brasília, 2009. Disponível em: <https://cff-br.implanta.net.br/PortalTransparencia/Publico/ArquivosAnexos/Download?idArquivoAnexo=259e1765-1b5a-4730-839e-5165b8b30a5d>. Acesso em: 28 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 577, de 25 de julho de 2013**. Dispõe sobre a direção técnica ou responsabilidade técnica de empresas ou estabelecimentos que dispensam, comercializam, fornecem e distribuem produtos farmacêuticos, cosméticos e produtos para a saúde. Brasília, 2013a. Disponível em: <https://cff-br.implanta.net.br/PortalTransparencia/Publico/ArquivosAnexos/Download?idArquivoAnexo=9d073fa9-7e01-47de-94c4-ebc429ed7b23>. Acesso em 05 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013b. Disponível em: <https://cff-br.implanta.net.br/PortalTransparencia/Publico/ArquivosAnexos/Download?idArquivoAnexo=c64486b9-a1d7-48b9-b099-4a867d841e69>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 675, de 31 de outubro de 2019**. Regulamenta as atribuições do farmacêutico clínico em unidades de terapia intensiva, e dá outras providências. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://cff-br.implanta.net.br/PortalTransparencia/Publico/ArquivosAnexos/Download?idArquivoAnexo=64f9054f-9471-4a13-b5d4-904699742467>. Acesso em: 08 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução nº 679, de 21 de novembro de 2019**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico nas operações logísticas de importação/exportação, distribuição, fracionamento, armazenagem, courier, transporte nos modais terrestre, aéreo ou fluvial, e demais agentes da cadeia logística de medicamentos e insumos farmacêuticos, substâncias sujeitas a controle especial e outros produtos para a saúde, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, saneantes, alimentos com propriedades funcionais ou finalidades especiais e produtos biológicos. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://cff-br.implanta.net.br/PortalTransparencia/Publico/ArquivosAnexos/Download?idArquivoAnexo=ecc28a0f-e0fa-400c-a4d3-932843d2e653>. Acesso em: 08 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 139, de 28 de novembro de 1992**. Dispõe sobre as atribuições do Exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Brasília, 1992. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2897>. Acesso em: 04 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 415, de 19 de maio de 2012**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3178>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013.** Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Brasília, 2013a. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346. Acesso em: 05 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 425, de 08 de julho de 2013.** Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. Brasília, 2013b. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3386. Acesso em: 05 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). **Parecer nº 46, de 08 de junho de 2020.** Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na unidade de terapia intensiva em pacientes com intubação orotraqueal. Brasília, 2020. Disponível em: <https://cffa-br.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Listas?id=0863daf8-5e3d-4af9-83fa-e03af0dae3e7>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). **Resolução nº 656, de 03 de março de 2022.** Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_656_22.htm. Acesso em: 05 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Parecer nº 36/2018.** Apresenta que estágios ou internatos de estudantes de Medicina oriundos de faculdades/cursos estrangeiros só podem ser realizados em Hospitais Universitários e mediante a realização de acordo oficial. Brasília, 2018. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/36_2018.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Processo-Consulta nº 21/2019 – Parecer nº 24/2019.** Apresenta que as unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) devem desenvolver critérios de qualidade para a segurança dos pacientes, além de definir atribuições e competências na composição da equipe. Brasília, 2019a. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2019/24_2019.pdf. Acesso em 04 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Recomendação nº 1/2016.** Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília, 2016a. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.672/2003.** Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1672>. Acesso em: 09 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.886/2008.** Dispõe sobre as Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência”. Brasília, 2008. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1886>. Acesso em 4 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.974, de 19 de agosto de 2011.** Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Brasília,

2011. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1974>. Acesso em: 27 de jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.156/2016**. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília, 2016b. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 04 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.169 de 15 de dezembro de 2017**. Disciplina responsabilidades dos médicos e laboratórios em relação aos procedimentos diagnósticos de Patologia e estabelece normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos. Disciplina, também, as condutas médicas tomadas a partir de laudos citopatológicos positivos, bem como a auditoria médica desses exames. Brasília, 2017a. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2169>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.174, de 27 de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. Brasília, 2017b. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174>. Acesso em 29 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.228, de 06 de março de 2019**. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº 1.643/2002. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2228>. Acesso em: 27 jul. 2022

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.271 de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em: 04 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.074/2014. Disciplina responsabilidades dos médicos e laboratórios de Patologia em relação aos procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica e estabelece normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico em relação a esses procedimentos. **Diário Oficial da União**, nº 142, Brasília, p. 91, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução nº 304, de 26 de dezembro de 2003**. Dispõe sobre critérios para Prescrição Dietética na área de Nutrição Clínica e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_304_2003.htm. Acesso em: 11 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução nº 576, de 19 de novembro de 2016**. Dispõe sobre procedimentos para solicitação, análise, concessão e anotação de Responsabilidade Técnica do Nutricionista e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_576_2016.html. Acesso em: 05 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução nº 594, de 17 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre o registro das informações clínicas e administrativas do paciente, a cargo do nutricionista, relativas à assistência nutricional, em prontuário físico (papel) ou eletrônico do paciente. Brasília, 2017d. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_594_2017.htm. Acesso em: 05 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução nº 600, de 25 de fevereiro de 2018.** Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 05 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Resolução nº 663, de 28 de agosto de 2020.** Dispõe sobre a definição das atribuições de Nutricionista em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e dá outras providências. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_663_2020.html. Acesso em: 05 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução nº 63, de 08 de abril de 2005.** Aprova a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Brasília, 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2005/63>. Acesso em: 12 ago. 2022.

CONSELHO INTERNACIONAL PARA HARMONIZAÇÃO DE REQUISITOS TÉCNICOS PARA PRODUTOS FARMACÊUTICOS DE USO HUMANO (ICH). **Guia Harmonizado do ICH.** Adento Integrado ao ICH E6 (R1): Guia de Boas Práticas Clínicas E6 (R2). Brasília, 2016a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/publicacoes-sobre-medicamentos/guia-de-boas-praticas-clinicas-ich-e6-r2/view>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada.** Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE (Brasil). Resolução nº 430, de 13 de maio de 2011. Dispõe sobre as condições e padrões de lançamento de efluentes, complementa e altera a Resolução nº 357, de 17 de março de 2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Diário Oficial da União**, nº 92, Brasília, p. 89, 2011.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS (CONANDA). **Resolução nº 41, de outubro de 1995.** Aprova em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Brasília, 1995. Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20e%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

DE ARAÚJO, Beatriz Graça et al. Reinternação de lactentes em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6077-e6077, 2021.

DE LIRA, André Henriques. **Administração do risco patrimonial.** 2015. 49 f. Monografia (Especialização) – Faculdade Integrada, MBA Gestão Empresarial, Rio de Janeiro, 2015.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do DF**. 2 ed., Brasília: SES-DF, 2009. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf. Acesso em 03 ago. 2022.

DUARTE, Michelliana Rodrigues *et al.* Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare enfermagem**, v. 24, 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Caderno de processos e práticas de hotelaria hospitalar**. Brasília, 2018a. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/2061346/Caderno+Hotelaria_EBSERH_A4_v2.pdf/ac33adf4-53f2-45d5-a0d4-312636ceab6c. Acesso em 7 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Caderno de processos e práticas de hotelaria hospitalar**. Brasília, 2016a. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/2061346/Caderno+Hotelaria_EBSERH_A4_v2.pdf/ac33adf4-53f2-45d5-a0d4-312636ceab6c. Acesso em 29 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Caderno Ebserh de manutenção predial**. Brasília, 2016b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/legislacao-e-normas-de-infraestrutura/caderno-ebserh-manutencao-predial-v5.pdf/view>. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Cadernos Ebserh de Engenharia Clínica**. Brasília, 2018b. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/1998565/caderno_processos_eng_clinica1ed.pdf/fd459af9-fde2-4efa-a7e2-db50f2afbad6. Acesso em: 06 ago. 2022

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diagnóstico Situacional da Rede Ebserh quanto à Segurança do Paciente e à Vigilância em Saúde**. Brasília, 2018c. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/978042/Diagnostico_Situacional_2018.pdf/832a1817-37bc-4c4c-ac52-cf178a1c2c59. Acesso em: 7 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Dicionário de referência de TI**. Brasília, 2022. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/tecnologia-da-informacao/dicionario>. Acesso em: 21 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretriz Ebserh de Humanização: Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde**. Brasília, 2018d. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/860878/Diretriz+de+Humanizac%CC%A7a%CC%83o+1%C2%AA+ed.+com+ISBN.pdf/9aecdf78-84ee-4203-bd9b-7510cdacd267>. Acesso em: 7 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretriz Ebserh para ações em segurança do paciente e vigilância em saúde: manual básico**. Brasília, 2016c. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/978042/Diretriz+EBSERH+para+a%CC%A7a%CC%83o+1%C2%AA+ed.+com+ISBN.pdf/6697982d-7a3a-426a-a1ce-5bf5ea444525>. Acesso em: 7 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretriz Ebserh para monitoramento e avaliação em segurança do paciente: gestão voltada para resultados efetivos e seguros.** Brasília, 2016d. Disponível em:

<http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/860878/Diretriz+EBSERH+para+resultados+1a+E d.+2016+com+ISBN1.pdf/b74383e2-bb3d-42ab-a2ec-32d89d8065a9>. Acesso em: 7 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretriz Ebserh para estruturação e funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar: manual básico.** Brasília, 2017a. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/vigilancia-epidemiologica>. Acesso em: 7 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretriz para constituição e operacionalização das Comissões de Farmácia e Terapêutica.** Brasília, 2018e. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/1810535/Diretriz+CFT+-+Vers%C3%A3o+republicada+ajustes-06-09+.pdf/a7311ea8-e1a3-4f75-9fb6-5c13aa6c491a>. Acesso em: 19 mar. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretriz para implantação dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Rede Ebserh.** Brasília, 2018f. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/diretriz-para-avaliacao-de-tecnologias-em-saude.pdf/@@download/file/Diretriz%20para%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Tecnologias%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da Rede Ebserh.** Brasília, 2016e. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/825368/0/Modelo+Regula%C3%A7%C3%A3o+Assistencial.pdf/3f437275-f0ea-41b0-92ad-efa24c6fb341>. Acesso em: 7 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretrizes Ebserh para a Farmácia Hospitalar.** Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/1000318/DIRETRIZES+EBSERH+PARA+FARM%C3%81CIA+HOSPITALAR+-+1%C2%AA+Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf/d4bbb5a0-4f6f-492e-9458-d981314a2833>. Acesso em: 6 out. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Diretrizes para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da Rede Ebserh.** Brasília, 2018g. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/preceptoria/diretriz-anexo-da-port-509_pres.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.** Brasília, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/rede-ebserh/estatuto-social.pdf/view>. Acesso em: 30 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Guia de Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade.** Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade>
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade/GuiadeAvaliaoSEQualiParapublicaocomISBN.pdf>. Acesso em: 9 de ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Guia de retomada das atividades eletivas durante a pandemia da COVID-19.** Brasília, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/guia_para_retomada_das_atividades_eletivas_durante_a_pandemia_da_covid_08-09-21_vf.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual de condutas de tecnovigilância no enfrentamento da pandemia da COVID-19.** Brasília, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2020/anexos/manual_de_condutas_de_tecnovigilancia_covid_19_v-1.pdf. Acesso em: 17 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh.** Brasília, 2021c. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/825368/0/Manual+de+Diretrizes+e+Boas+Pr%C3%A1ticas+para+a+Gest%C3%A3o+da+Documenta%C3%A7%C3%A3o+Cl%C3%ADnica+na+Rede+Ebserh+v4.pdf/a1661bce-a271-43cd-8d7e-2d9c42d81a80>. Acesso em 12 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual de estrutura organizacional dos hospitais sobre gestão da Ebserh: diretrizes técnicas.** Brasília, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional/EBSERH_EstruturaOrganizacionaldosHUssobgestodaEBSERH.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual de formulação e análise de indicadores da Rede Ebserh.** Brasília, 2022a. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2022/anexos/anexo-portaria-vp.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual de orientações para a atualização do cadastro dos hospitais universitários federais da rede Ebserh no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília, 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/manual-cnes-2a-edicao-v3.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual de Pré-Requisitos para o Credenciamento e Habilitação SUS em Serviços de Saúde.** Brasília, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2022/boletim-de-servico-no-1376-19-08-2022-1>. Acesso em: 04 set. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual de Segurança e Saúde Ocupacional.** 2016f. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/1099608/Manual+de+Seguran%C3%A7a+e+Sa%C3%BAde+Ocupacional-FINAL.pdf/3e333add-1eab-414c-9806-5f2afef042b2>. Acesso em: 12 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Manual do Usuário: Sistema Rede Pesquisa.** Brasília, 2021e. Disponível em: http://sig.ebserh.gov.br/redepesquisa/app/Rede_Pesquisa_Manual_do_Pesquisador_2021_v2.pdf. Acesso em: 04 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Memorando Circular nº 04/2015/DAS/EBSERH/MEC.** Divulga alerta de segurança do paciente sobre eventos adversos por erros de medicação em prescrição verbal. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/978042/Prescri%C3%A7%C3%A3o+Verbal+-+Memorando+Circular+04.2015.DAS.EBSERH.MEC+%281%29.pdf/b3d662ca-2244-43bc-91b5-7775af4e1b14>. Acesso em: 8 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Método de Gestão por Processos da Rede Ebserh.** Brasília, 2019a. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/1470331/M%C3%A9todo+Tronco+Comum+-+Book+-+V3.0.pdf/4ff85157-a3dd-427d-b1c4-0fb3b3efdb98>. Acesso em 03 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Modelo de plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19).** Brasília, 2021f. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/860878/Modelo_Plano_Contingencia_COVID_19_Ebserh_v.2__VERSAO_FINAL.pdf/0b101fe1-a04a-4fcd-a113-58849748cf37. Acesso em: 19 mar. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma - SEI nº 1/2021/DGP-EBSERH.** Regulamenta a organização e o funcionamento das Comissões de Mediação e Conciliação. Brasília, 2021g. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/norma-sei-no-1-2021-dgp-ebserh-comissoes-de-mediacao-e-conciliacao.pdf/view>. Acesso em: 23 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma de Elaboração e Controle de Documentos da Qualidade.** Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-e-selo-ebserh-de-qualidade/NormaElaboraoeControleDocumentoscomISBNv.2.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma Operacional - SEI nº 1/2019/SCAD/CDP/DGP-EBSERH.** Regulamenta os critérios e procedimentos específicos para Progressão Horizontal e Progressão Vertical dos empregados públicos pertencentes ao quadro de pessoal da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília, 2019c. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/9-norma-operacional-no-04_2016-alteracao-da-no-04_2016.pdf/view. Acesso: em 7 de jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma Operacional - SEI nº 02, de 25 de abril de 2019.** Define os procedimentos a serem aplicados por ocasião de rescisão de contrato de trabalho no âmbito da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília, 2019d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/norma-de-rescisao-02-2019-sei.pdf/view>. Acesso em: 7 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma Operacional - SEI nº 5/2019/DGP-EBSERH.** Define os procedimentos a serem aplicados, pelos Hospitais Universitários Federais (HUF) e pela EBSEH Sede, quando submetidas à fiscalização trabalhista, bem como as obrigações a serem observadas para o cumprimento da legislação trabalhista vigente. Brasília, 2019e. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes->

publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/norma-operacional-no-5-2019-dgp-ebserh/view. Acesso em: 11 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma Operacional DGP nº 04/2017**. Regulamenta os critérios e procedimentos específicos para a confecção das escalas de revezamento dos empregados celetistas no âmbito nos Hospitais Universitários Federais filiados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília, 2017b. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/norma-operacional-dgp-no-04_2017-escala-de-trabalho.pdf/view. Acesso em: 11 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma Operacional SEI - nº 01, de 07 de abril de 2015**. Estabelece os princípios norteadores e regulamenta o processo de Gestão do Desempenho por Competências dos colaboradores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Brasília, 2015b. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/26607/Norma+Operacional+n%C2%BA+01_2015+-+Gest%C3%A3o+do+Desempenho.pdf/d3ebee6-5de7-4f2f-a0cc-f2fa8713a1ce. Acesso em: 11 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma Operacional SEI - nº 03/2016**. Apresenta critérios para convocação, admissão e cadastro de novos empregados públicos. 2016g. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/8-norma-operacional-no-03_2016-convocacao-admissao-e-cadastro-de-novos-empregados-publicos.pdf/view. Acesso em: 21 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma operacional de gestão de equipamentos médico-hospitalares**. Brasília, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/legislacao-e-normas-de-engenharia-clinica/norma-operacional-de-gestao-de-equipamentos-medico-hospitalares-ebserh.pdf/view>. Acesso em: 04 de set de 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Norma Operacional nº 2, de 16 de maio de 2014**. Dispõe sobre a participação dos colaboradores da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em eventos de capacitação. Brasília, 2014a. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/legislacao-e-normas-de-gestao-de-pessoas/1-norma-operacional-no-02_2014-eventos-de-capacitacao.pdf/view. Acesso em: 12 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Nota Técnica - SEI nº 1/2021/SGPS/CEI/VP-EBSERH**. Revisão da Arquitetura de Processos da Rede Ebserh - Cadeia de Valor. Brasília, 2021h.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Nota Técnica nº 09/2018**. Operacionalização do Programa Ebserh de Gestão à Vista – Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente - Atualização da Nota técnica nº 4/2018/SGQ/CGC/DAS -EBSERH. Brasília, 2018h. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/2144109/SEI_SEDE+-+0123825+-+Nota+T%C3%A9cnica+-+SEI.pdf/980938b7-437f-42f9-a710-c4baf5001755. Acesso em: 20 out. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Nota Técnica-SEI nº 4/2021/SGQ/CGC/DAS-Ebserh**. Apresenta orientações a respeito do Manejo de Corpos e outras situações pós-óbito no contexto da COVID-19. Brasília, 2021i. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/860878/Nota+T%C3%A9cnica+-+SEI+-+4+-+Manejo+de+corpos.pdf/9b54d5c8-c74f-4a8a-879a-cd9fd8e20c1f>. Acesso em: 22 mar. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Plano de Cargos, Carreiras e Salários**. Brasília, 2020c. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/agentes-publicos/cargos-carreiras-e-beneficios/plano-de-cargos-e-beneficios/plano_de_cargos_carreiras_e_salarios_ebserh_abril-de-2020-atualizado-act-2019-2020.pdf/view. Acesso em: 26 ago. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Plano Estratégico da Rede Ebserh 2018-2023**. Brasília, 2018i. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/mapa-estrategico/plano-estrategico-da-rede-ebserh-2018-2023>. Acesso em: 3 set. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Política de Proteção de Dados Pessoais da Ebserh**. Brasília, 2021j. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/tratamento-de-dados-pessoais>. Acesso em: 3 set. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Política de Segurança da Informação e Comunicações (PoSIC)**. Brasília, 2017c. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/governanca-de-tecnologia-da-informacao/copy_of_20170222_PoSIC_Publicada_rev004.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Política de Transações com Partes Relacionadas**. Brasília, 2021k. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/governanca-corporativa/politica-de-transacoes-com-partes-relacionadas/copy3_of_Politica_Transacoes_Part_Relacionadas_aprovada.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria - SEI nº 458, de 13 de abril de 2021**. Boletim de Serviço nº 1056, de 03 de maio de 2021. Regulamenta critérios e procedimentos referentes à qualificação profissional dos colaboradores da Ebserh no Banco de Talentos. Brasília, 2021l. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/boletim_servico_1056_03_05_2021.pdf. Acesso em: 29 set. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria - SEI nº 25, de 11 de dezembro de 2018**. Boletim de Serviço nº 508, de 14 dezembro de 2018. Define diretrizes para uso e institui o Catálogo Padronizado de Produtos para Saúde da Rede Ebserh. 2018j. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2018/boletim-de-servico-no-508-14-12-2018>. Acesso em: 19 mar. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 26, de 04 de dezembro de 2018**. Boletim de Serviço nº 503, de 05 de dezembro de 2018. Brasília, 2018k. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede>. Acesso em: 15 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 04, de 24 de abril de 2018.** Institui o Programa Ebserh de Gestão à Vista – Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Brasília, 2018l. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/2144109/Portaria-SEI+n%C2%BA+04+de+24+de+abril+de+2018.pdf/d0cf595a-aafa-45ab-af74-07681cb9fbea>. Acesso em: 15 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 12, de 08 de março de 2021.** Cria o Programa de Desenvolvimento das Residências em Saúde da Rede Ebserh (PRO-RES). Brasília, 2021m. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/boletim-de-servico-no-1018-08-03-2021/@@download/file/Boletim_servi%C3%A7o_1018_08_03_2021.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 15, de 15 de abril de 2021.** Boletim de Serviço nº 1045, de 15 de abril de 2021. Estabelece procedimentos e responsabilidades para a utilização do SIG-RES no âmbito da Rede Ebserh. Brasília, 2021n. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/boletim_servico_1045_15_04_2021.pdf/view. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 44, de 16 de março de 2021.** Boletim de Serviço nº 1025, de 17 de abril de 2021. Brasília, 2021o. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/boletim_servico_1025_17_03_2021.pdf. Acesso em 9 set 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 509, de 10 de outubro de 2018.** Boletim de Serviço nº 477, de 16 de outubro de 2018. Institui as Diretrizes para o Exercício da Preceptoría nos Hospitais Universitários da Rede Ebserh. Brasília, 2018m. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/preceptoría/portaria-boletim_servico_477_16_10_2018_diretriz-preceptoría.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 35, de 23 de agosto de 2021.** Boletim de Serviço nº 1140, de 25 de agosto de 2021. Publica o modelo Regimento da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e disciplina o processo das avaliações internas da qualidade. 2021p. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede>. Acesso em: 15 nov. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 44, de 16 de março de 2021.** Boletim de Serviço nº 1125, de 17 de março de 2021. Estabelece, no âmbito da Administração Central e das unidades hospitalares da Rede Ebserh, os princípios e as competências para a gestão da Segurança da Informação. Brasília, 2021q. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/boletim_servico_1025_17_03_2021.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 12 de 25 de março de 2022.** Boletim de Serviço nº 1281, de 31 de março de 2022. Dispõe sobre o Catálogo de Padronização de Tecnologias em saúde. Brasília, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2022/boletim-de-servico-no-1281-31-03-2022>. Acesso em: 18 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018**. Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018. Institui o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade - Selo Ebserh de Qualidade. Brasília, 2018n. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2018/boletim-de-servico-no-488-06-11-2018>. Acesso em: 18 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Portaria-SEI nº 630, de 20 de dezembro de 2019**. Boletim de Serviço nº 728, de 23 dezembro de 2019. Estabelece o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) como o software oficial de apoio à gestão hospitalar em toda a Rede Ebserh. Brasília, 2019f. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2019/boletim-de-servico-no-728-23-12-2019>. Acesso em: 30 mai. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Programa Ebserh de Pesquisas Clínicas Estratégicas para o Sistema Único de Saúde - EPECSUS**. Brasília, 2014b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/pesquisa-clinica/epecsus-doc-orientador.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Rede Pesquisa**. Brasília, 2021r. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-autorizacao-para-desenvolvimento-de-pesquisa-nos-hospitais-da-rede-ebserh>. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Regulamento - SEI nº 2/2019/DAS-EBSERH, 20 de dezembro de 2019**. Regulamento de padronização de descritivos de medicamentos. Brasília, 2019g. Disponível em: <http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/2040041/RegulamentoPadronizaCatMed.pdf/dbc23dbe-d294-4b67-be66-8d36fb34b476>. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Regulamento - SEI nº 1/2019/DAS-EBSERH, de 22 de janeiro de 2019**. Regulamento de Gestão de Materiais de Consumo e Medicamentos. Brasília, 2019h. Disponível em: http://intranet.ebserh.gov.br/documents/10181/2006648/SEI_SEDE+-+0831622+-+Regulamento+-+SEI.pdf/61317d89-b194-445b-b36f-fd44624e3121. Acesso em: 28 jul. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **SIG-RES - Manual do Usuário**. Brasília, 2021s. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/sig/modulos/sig-res>. Acesso em: 28. Jul. 2022.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevenção e tratamento de lesões por pressão: guia de consulta rápida**. Praga, 2019. Disponível em: <https://www.epuap.org/pu-guidelines/#2014qrgtranslations> Acesso em: 12 ago. 2022.

FONTENELE, Maria Marcia Farias Trajano *et al.* SNAPPE II: análise da acurácia e determinação do ponto de corte como preditor de óbito em uma unidade de terapia intensiva neonatal brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). 10 Passos para a Melhoria do Cuidado Neonatal. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/10-passos-para-a-melhoria-do->

cuidado-neonatal/. Acesso em: 03 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Controle do oxigênio alvo para o uso seguro do O₂ em unidades neonatais. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48230/2/controlioxigenioalvo.coala.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Dormir bem é fundamental para a saúde, alertam especialistas. **Portal da Fundação Oswaldo Cruz**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/dormir-bem-e-fundamental-para-saude-alertam-especialistas>. Acesso em 10 mai. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Medidas de Prevenção e Controle da COVID-19: Limpeza, Desinfecção e Tipos de Precauções. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/medidas-de-prevencao-e-controle-da-covid-19-limpeza-desinfeccao-e-tipos-de-precaucoes/#:~:text=Os%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20devem,dos%20equipamentos%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o%20individual>. Acesso em 29 jul. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Monitoramento e Qualidade na Atenção Obstétrica. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. 2019c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/monitoramento-e-qualidade-na-atencao-obstetrica/>. Acesso em: 03 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Principais Questões sobre Cuidados Pós-Reanimação Neonatal. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2019d. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-cuidados-pos-reanimacao-neonatal/>. Acesso em: 03 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Principais Questões sobre Monitoramento e Qualidade no Cuidado Neonatal. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2019e. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-monitoramento-e-qualidade-no-cuidado-neonatal/>. Acesso em: 03 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Segurança do paciente na assistência obstétrica e neonatal. Fiocruz. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/seguranca-do-paciente-na-assistencia-obstetrica-e-neonatal/>. Acesso em: 03 ago. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf. Acesso em 03 ago. 2022.

GRAZIANO, Kazuko Uchikawa et al. Indicadores de avaliação do processamento de artigos odontológico-hospitalares: elaboração e validação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1174-1180, 2009.

INDICADORES de Anestesia e Cirurgia. **Proqualis**. Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores-de-anestesia-e-cirurgia>. Acesso em 04 ago. 2022.

INDICADORES de Gineco-obstetrícia. **Proqualis**. Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores-de-gineco-obstetr%C3%ADcia>. Acesso em: 03 ago. 2022.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. **Medicamentos potencialmente perigosos - lista atualizada**. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/BOLETIM-ISMP-FEVEREIRO-2019.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/07/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-II.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

JUNGMANN, Diana de Mello; BONETTI, Esther Aquemi. Inovação e propriedade intelectual: guia para o docente. **Brasília: Senai**, 2010.

MANUAL de Doação e Transplantes: Informações práticas sobre todas as etapas do processo de doação de órgãos e transplante. Organizado por Clotilde Druck Garcia. Porto Alegre: Libretos, 2017. Vários autores. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Manual-de-Doac%CC%A7a%CC%83o-e-Transplante-de-O%CC%81rga%CC%83os-2017-1.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 393-406, 2005. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rbe-pid/v8n4/06.pdf. Acesso em: 06 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em 03 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo prevenção de quedas**. Brasília, 2013a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-prevencao-de-quedas>. Acesso em: 03 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Brasília, 2013b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-ulcera-por-pressao>. Acesso em: 03 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**. Brasília,

2013c. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 03 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília, 2013d. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-higiene-das-maos>. Acesso em: 03 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo de identificação do paciente**. Brasília, 2013e. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-identificacao-do-paciente>. Acesso em: 03 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Genebra, 2001. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos**. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf>. Acesso em 03 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual de Implementação: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 – Cirurgia Segura Salva Vidas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual_de_Implementao_da_LVSC.pdf. Acesso em: 27 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. 211 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual brasileiro de acreditação: Glossário e termos técnicos**, 2006. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/glossario.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. 2008. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

PAES, A. C. S. **O estado da Arte da Higiene, Segurança e Saúde Ocupacional e sua Integração com a Gestão de Pessoas**. Curitiba: Acervo digital da UFPR, 2005. 65 p. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/59806/Ana%20Cristina%20Sobocinski%20Paes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10 nov. 2021.

PINHEIRO, J. Prevenção de hipotermia em recém-nascidos prematuros-princípios simples para uma tarefa complicada. **Jornal de Pediatria**, v. 94, p. 337-339, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/bmbZGwhDStyWYJBCgt6XmBF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2022.

PROPORÇÃO de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão. **Proqualis**, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores/propor%C3%A7%C3%A3o-de-pacientes-com-avalia%C3%A7%C3%A3o-de-risco-de-queda-realizada-na-admiss%C3%A3o>. Acesso em: 20 out. 2021.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2022.

REIS, D. O. N. S. et al. Indicadores gerenciais do mapa cirúrgico de um hospital universitário. **Rev. SOBECC**, p. 217-223, 2019.

SANTOS, N. M. B. F. **Clima organizacional: pesquisa e diagnóstico**. 2 ed. São Paulo: Saint Paul Editora, 2021. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ZnBKEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=pesquisa+de+clima+organizacional&ots=PncqmQpQxq&sig=P5lB9pKqUciWugIKVHlh-HjSlrw#v=onepage&q=pesquisa%20de%20clima%20organizacional&f=false>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SATURNO, P. J. **Como definimos calidad: opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad: manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud**. Tradução por Gama ZAS. 2. ed. Murcia: Universidad de Murcia, 2008. ISBN 978-84-8371-752-3.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Melhores práticas para higiene e limpeza em ambiente hospitalar**. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Melhores%20pr%C3%A1ticas%20para%20higiene%20e%20limpeza%20hospitalar.pdf>. Disponível em: 26 abr. 2022.

SHIBUKAWA, B. M. C. et al. **Análise de abreviaturas utilizadas em um hospital dos campos gerais.** Encontro Internacional de Produção Científica, 2017. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/1861/1/epcc--80052.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR. **Padrões mínimos para farmácia hospitalar e serviços de saúde.** 3ª edição. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. 2017. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/docs/padroes.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL. **Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - Norma PALC 2021.** Brasília, 2021p. Disponível em: http://bibliotecasbpc.org.br/arcs/pdf/NormaPALC2021_web.pdf. Acesso em: 08 nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL. **Norma 2021: Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos,** 2021. Disponível em: http://bibliotecasbpc.org.br/arcs/pdf/NormaPALC2021_web.pdf. Acesso em 09 nov. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) : Coleta e Preparo da Amostra Biológica.** São Paulo: Manole, 2013. Disponível em: http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/livro_coleta_biologica2013.pdf. Acesso em: 24 out. 2021.

SOUSA, P.; MENDES, W. (Ed.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** SciELO- Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2019a.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.** 2.ed (revista e ampliada), Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2019b.

TAVARES, A. et al. **Gestão do risco não clínico.** In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** [online]. 2nd ed. rev. updt., Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 335-389, 2019. ISBN 978-85-7541-641-9. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-18.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021.

TOLEDO, D. O. et al. Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. **BRASPEN J**, v. 33, n. 1, p. 86-100, 2018. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2018/15-Campanha-diga-nao-aadesnutricao.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.

TURRI R. N. T., LACERDA R. A. Capacitação de recursos humanos para a implementação do programa de controle de infecção. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 13, p. 25-33, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SkJ5zk7SnSP3mQ8dgpLcZPJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2022.

ULLSTROM, S. et al. Sofrendo em silêncio: um estudo qualitativo das segundas vítimas de eventos adversos. **PROQUALIS.** Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/sofrendo-em-sil%C3%A0ncio-um-estudo-qualitativo-das-segundas-v%C3%ADtimas-de-eventos-adversos>. Acesso em: 19 nov. 2021.

VERSA, G. L. G. S. *et al.* Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.4, p. 796-802,

2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/mcKxS3RK6q466FmfX4BQVfc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06
set. 2022.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO
01	05/12/2018	Versão inicial
02	16/11/2021	<p>Excluídos os seguintes requisitos da versão 01: 1.16, 1.17, 1.19, 1.20, 1.26, 1.29, 1.34, 1.38, 1.39, 1.40, 1.47, 1.50, 1.58, 1.67, 1.69, 1.70, 1.73, 1.74, 1.80, 1.81, 1.93, 1.97, 1.98, 1.103, 1.105, 1.106, 1.107, 1.108, 2.2.4, 2.2.6, 2.2.7, 2.2.9, 2.2.11, 2.2.13, 2.2.16, 2.2.17, 2.2.18, 2.2.21, 2.2.31, 2.3.2, 2.4.14, 2.4.15, 2.4.18, 2.5.4, 2.5.6, 2.5.10, 2.5.13, 2.5.20, 2.5.39, 2.7.5, 2.7.6, 2.7.17, 2.8.13, 2.8.14, 2.8.16, 2.8.17, 2.8.20, 2.9.18, 2.9.19, 2.9.27, 2.9.28, 2.9.29, 2.9.30, 2.10.22, 2.11.4, 2.12.6, 2.12.7, 2.12.10, 2.12.16, 2.12.27, 2.12.29, 2.12.37, 2.12.38, 2.13.20, 2.13.21, 2.14.2, 2.14.30, 2.14.33, 2.16.1, 2.16.7, 2.16.48, 3.5, 3.11, 3.20, 3.30, 3.31, 3.35, 3.38, 3.39, 3.40, 3.42, 3.45, 4.12, 4.29, 4.30, 5.15, 5.16, 5.17, 5.26, 5.39, 6.2, 6.12, 6.30, 7.1, 9.8, 10.9, 10.12, 10.15, 10.16, 10.18, 10.20, 13.6, 13.18, 13.20, 14.1, 14.8, 15.18, 17.1, 18.2, 18.8, 19.1, 21.2, 21.13, 21.19, 22.4, 22.7, 25.17, 25.31, 25.44 e 26.7.</p> <p>Subdivididos os seguintes requisitos: 1.3-A, 1.10-A, 1.14-A, 1.27-A, 1.31-A, 1.54-A, 1.94-A, 2.4.2-A, 2.5.1-A, 2.5.1-B, 2.5.15-A, 2.5.15-B, 2.5.30-A, 2.6.6-A, 2.6.7-A, 2.6.7-B, 2.7.9-A, 2.7.9-B, 2.7.16-A, 2.8.4-A, 2.8.5-A, 2.9.1-A, 2.9.2-A, 2.9.3-A, 2.9.4-A, 2.9.5-A, 2.9.6-A, 2.9.8-A, 2.9.14-A, 2.9.15-A, 2.9.16-A, 2.9.19- A, 2.9.19-B, 2.9.19-C, 2.9.20-A, 2.9.22-A, 2.9.33-A, 2.10.1-A, 2.12.1-A, 2.13.7-A, 2.13.16-A, 2.16.5-A, 2.16.10-A, 3.7-A, 3.7-B, 3.7-C, 3.7-D, 3.7-E, 3.7-F, 3.7-G, 3.7-H, 3.7-I, 3.24-A, 4.1-A, 5.2-A, 5.8-A, 8.9-A, 8.16-A, 11.6-A, 16.15-A, 17.8-A, 25.4-A, 25.18-A e 25.20-A.</p> <p>Modificados os demais requisitos quanto à redação, inclusão de diretrizes, fonte de informações e evidências. Incluído referencial teórico e normativo para todas as categorias ou subcategorias de requisitos. Reclassificados os requisitos essenciais. Alteração dos tipos de processos “A – Processos finalísticos” para “A – Processos primários”, “C – Processos de apoio” para “C – Processos de suporte”. Alteração das categorias “Especificidades do corpo clínico” para “Especificidades da equipe multiprofissional”; “17. Assistência Social” para “17. Serviço Social”; “22. Higiene” para “22. Limpeza e desinfecção de superfícies”. Alteração da subcategoria “2.6. Emergência” para “2.6. Urgência e Emergência”.</p>

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO
03	06/09/2022	Modificada organização dos requisitos de forma a alinhá-los com estrutura da cadeia de valor da Ebserh. Modificados introdução e objetivo. Modificados requisitos segundo processos da cadeia de valor. Modificados requisitos essenciais e sua definição. Excluído referencial teórico das categorias e incluído referencial teórico no final do documento. Incluídos, excluídos e modificados requisitos, premissas e fontes de informações e evidências. Incluída lista de siglas.