

PROGRAMA E SELO
EBSERH DE
QUALIDADE

Manual de diretrizes e requisitos

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 2/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

PRESIDENTE

KLEBER DE MELO MORAIS

DIRETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS

COORDENADOR DE GESTÃO DA CLÍNICA

RICARDO MALAGUTI

CHEFE DE SERVIÇO DE GESTÃO DA QUALIDADE

HELAINÉ CARNEIRO CAPUCHO

ELABORAÇÃO

Alexandre Rodrigues Ferreira – Hospital de Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais/Ebserh;

Almerinda Luedy – Universidade Federal da Bahia/Ebserh;

Anna Paula Bise Viegas - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

Bruna Feliciano Machado - Diretoria de Gestão de Pessoas/Ebserh Sede;

Bruna Mafra Guedes – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;

Caroline Elizabeth Brero Valero – Coordenadoria de Formação Profissional/Ebserh Sede;

Daniela Santos Pimenta – Hospital de Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais/Ebserh;

Denise Jorge Munhoz da Rocha – Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná/Ebserh;

Diego Souza Silva Almeida - Diretoria de Tecnologia da Informação/Ebserh Sede;

Eugenie Desiree Rabelo Neri Viana – Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Universidade Federal do Ceará;

Gisele Betat de Freitas – Hospital Escola – Universidade Federal de Pelotas/Ebserh;

Grasiela Piuvezam – Universidade Federal do Rio Grande do Norte;

Helaine Carneiro Capucho – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;

Juliana de Lima Comaru – Maternidade Escola Assis Chateaubriand - Universidade Federal do Ceará/Ebserh;

Leili Mara Mateus da Cunha – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;

Lorena Bezerra Carvalho – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;

Mabel Mendes Cavalcanti – Hospital Universitário Onofre Lopes – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Ebserh;

Márcia Amaral Dal Sasso – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;

Mauricio Wesley Perroud Junior - Hospital Sumaré/Unicamp;

Pedro Costa Ferreira - Diretoria Vice-Presidência/Ebserh Sede;

Romero Batista Dias Reis – Diretoria de Orçamento e Finanças/Ebserh Sede;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 3/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Rosemeire Andreatta – Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes – Universidade Federal do Espírito Santo/Ebserh;
 Sandra Satiko Kuwada - Diretoria de Administração e Infraestrutura/Ebserh Sede;
 Shirley Barbosa Ortiz Lima – Hospital Universitário Julio Muller – Universidade Federal do Mato Grosso/Ebserh;
 Tatiane Batista Nascimento Chaves de Faria– Hospital de Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais/Ebserh.

REVISÃO

Ana Maria Malik - Fundação Getúlio Vargas;
 Anna Paula Bise Viegas - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;
 Helaine Carneiro Capucho – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;
 Laura Schiesari - Fundação Getúlio Vargas;
 Leili Mara Mateus da Cunha – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;
 Lorena Bezerra Carvalho – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;
 Márcia Amaral Dal Sasso – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;
 Paola Bruno de Araujo Andreoli - Hospital Alemão Oswaldo Cruz;
 Ricardo Malaguti – Diretoria de Atenção à Saúde/Ebserh Sede;
 Victor Grabois – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz.

COLABORAÇÃO

PROFISSIONAIS DA REDE EBSERH QUE ENCAMINHARAM CONTRIBUIÇÕES EM CONSULTA PÚBLICA.

<p>Abel Brasil Ramos Da Silva - HUWC - UFC Adrielle dos Santos Silva - HU - UNIVASF Alexandre Feire Pinto - HU - UFJF Ana Carolina Starke - HC - UFMG Ana Paula Alves Silva - HU - UFJF Ana Paula Rorigues - HULW - UFPB Ana Paula Torres do Nascimento - MEAC - UFC Andressa Tomazini Borghardt - HUCAM - UFES Aparecida das Graças C. Gomes - HUCAM - UFES Bruno Dantas Yamashita - HU - UFSCar Candida Aparecida Leite Kassuya - HU - UFGD Carlos Alexandre de S. Medeiros - HUOL - UFRN Carolina Fiorin Anhoque - HUCAM - UFES César Augusto Dias de Oliveira - Sede Charlis Saraiva Aristimunha - HE - UFPel Chistiane Olivetti - HU - UNIVASF Clara Gurgel de S. Azevedo Costa - HUOL - UFRN Claudia Pereira da Silva - HUJM - UFMT Cristina Maria Félix Crispiniano - HU - UNIVASF Danielle Dangui Dall'Agnol - CHC - UFPR</p>	<p>Débora Rosa Carlos Cândido - HU - UNIVASF Denis Amarante - HU - UNIVASF Denise Heleno de Souza Stopatto -Sede Diego Castanon Galeano - HULW - UFPB Dilma Teixeira de Oliveira Canuto - HUPAA - UFAL Eliane de Araujo V. Castelhana - HUJM - UFMT Elisa Nascimento Maciel - HU - UFJF Enelri Edithe Belga Colombo - HU - UFMA Ewerton William Gomes Brito - HUOL - UFRN Fernanda Albuquerque Pereira Coentino -Sede Fernanda Macedo de Oliveira Neves - MEAC - UFC Flávia Liliane De O. Fidelis Leal - HUGV - UFAM Flavia Lucia Venâncio Mineo - HUJM - UFMT Geísa Beltrão dos Reis Viana - HU - UFMA Gilberto Taboga - HU - UFSCar Gisela Manassés Lucas - CHC - UFPR Gisele Betat Dias De Freitas - HE - UFPel Glenda Blaser Petarli - HUCAM - UFES Guilherme Dias Malvão - HUB - UnB</p>
--	---

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 2/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Hemerson Bruno da Silva Vasconcelos - MEAC - UFC

Igor de Andrade Marrocos -Sede

Irami Araujo Filho - HUOL - UFRN

Jakeline Cavalcante Barbosa Flores - HU - UFGD

Joyce Santos Lages - HU - UFMA

Juliana de Lima Comaru - MEAC - UFC

Juliana Pascualote Lemos De Almeida -Sede

Júlio César Acarine Mouro - MEAC - UFC

Junia de Sousa Franco - HU - UFJF

Ladyzélia Rocha Araujo Sodré - HU - UFMA

Leandra Maria Boldrini - HUCAM - UFES

Leandro Ambrosio Costa -Sede

Leilane Barros Ribeiro - MCO- UFBA

Lillian Daisy Gonçalves Wolff - CHC - UFPR

Lorena Pastor Ramos - MCO- UFBA

Louise Gracielle de Melo e Costa - HU - UFJF

Luana De Assis - CHC - UFPR

Lucianna Santana Arruda - HUJM - UFMT

Luiz Carlos Thimoteo D. do Carmo- HC - UFMG

Mabel Mendes Cavalcanti - HUOL - UFRN

Mara Lúcia de Paula Freitas Souza - MCO- UFBA

Maria Adelaide C. Monjardim - HUCAM - UFES

Maria Liduina Freitas Pinto - MEAC - UFC

Nathalie Rey da Silva Aquino - HE - UFPel

Raphael Nepomuceno Galvão Santos - HUOL - UFRN

UFRN

Raquel Ohnishi Setubal - HUCAM - UFES

Regina Celia Tanaka Nunes - CHC - UFPR

Renata Aparecida Cunha - HUCAM - UFES

Renata Paula de Freitas Damasceno - MEAC - UFC

Renato Guilherme Silveira Silva - HU - UFGD

Rhaquel De Moraes Alves Barbosa Oliveira - MEAC - UFC

Romanda da C. P. B. Lemos - HU - UFJF

Rosalina Dantas da Silva - HU - UFGD

Rosemary Álvares de Medeiros - HUOL - UFRN

Rosemeire Andreatta - HUCAM - UFES

Sabrina Telma Martins - HUB - UnB

Shirley Barbosa Ortiz Lima - HUJM - UFMT

Simone Maciel Miranda - HC -UFTM

Sirlei Garcia Marques - HU - UFMA

Sofia Bonfim Alves Palhares - MEAC - UFC

Tatiane Padilha Queiroz - HUJM - UFMT

Thaís Flávia N. Gonçalves Pereira - HUJM - UFMT

Thamiris Rosado Reina - HU - UFJF

Thamy Carvalho Lacerda - CHC - UFPR

Thiago Magalhães Amaral - HULW - UFPB

Vânia P. S. B. C. Holanda - HU - UFMA

Vitor Jorge Woytuski Brasil - CHC - UFPR

Vitor Nascimento de Carvalho Pinto - HULW - UFPB

Walecia Diana Gadelha Maia - MEAC - UFC

PROFISSIONAIS DA REDE EBSERH MEMBROS DO GRUPO DE VALIDAÇÃO DO MANUAL DA QUALIDADE - Portaria- SEI nº 19, de 19 de setembro de 2018, Boletim de Serviço nº 472, 03 de outubro de 2018.

Adélia Cristina M. Pereira Maciel - HC-UFPE

Ana Marta Libório de Jesus - HUL-UFS

Ana Paula Amorim Moreira – HUAP-UFF

Ana Paula Hermann - CHC-UFPR (HC)

Ana Paula Vagheti de Oliveira - HU-FURG

Andreia Oliveira Barros Sousa – HUAC-UFCG

Andressa Tomazini Borghardt – HUCAM-UFES

Angela Mendonça de Souza – HU-UFGD

Angelita Fernandes Druzian - HUMAP-UFMS

Aurélia Cristina de M.Nascimento - MEJC-UFRN

Bruno Dantas Yamashita - HU-UFSCar

Carlos Alexandre de S. Medeiros – HUOL-UFRN

Carlos Cristiano O. de Faria Almeida - HC-UFG

Christian Emmanuel da Silva Pelaes - HU-UFSCar

Christine Elizabeth L. Bemerguy – CHU-UFPA

Cícero Emanuel Alves Leite - HUJB-UFCG

Clarice Georgia M. Dias e Silva - CHU-UFPA (HUJBB)

Cláudia Fernanda de Lacerda Vidal - HC-UFPE

Cristiane Fernandes - HC-UFU

Cristina Célia de Almeida Pereira - HC-UFG

Cristina da C. Hueb Barata de Oliveira – HC-UFTM

Danielle C. de Souza Lins Machado – HU-UNIVASF

Daniely da Silva Figueiredo - HU-UNIVASF

Danyenne Rejane de Assis - HUJM-UFMT

Diana Matos Euzébio – HU-UFS

Dilma Teixeira de Oliveira Canuto - HUPAA-UFAL

Divina de Oliveira Marques - HC-UFG

Doriane Gonçalves de Sá - HUPAA-UFAL

Edna Marta Mendes da Silva - MEJC-UFRN

Eduardo Martins Netto - HUPES-UFBA

Eliana Brasil Alves - HUGV-UFAM

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 2/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Érida Zoe Lustosa Furtado - HU-UFPI
 Eugenie Desirée Rabelo Néri Viana - MEAC-UFC
 Eva Cláudia Venâncio de Senne - HC-UFTM
 Flavio Sérgio Chiuchetta - HE-UFPEl
 Francisco Martins Ferrari - HE-UFPEl
 Fuad Fayez Mahmoud - HU-UFGD
 Gerson Salles Machado – HU-FURG
 Graciela Mendonça dos Santos Bet - HU-UFGD
 Hedisônia de Jesus Brilhante Costa - HDT-UFT
 Hilzeth de Luna Freire Pessoa - HULW-UFPB
 Iza Maria Fraga Lobo – HU-UFS
 Izelandia Veroneze - CHC-UFPR
 Jacione Lemos Botelho Maia - HU-UFMA
 Jader José Rosário da Silva – HDT-UFT
 Jefferson da Silva Gonçalves - HUGV-Ufam
 Jorge Luiz Nobre Rodrigues - HUWC-UFC
 Karina Pinheiro Teixeira dos Reis - HU-FURG
 Kathlene Rocha dos Santos - HUPES-UFBA
 Liliane Souto Pacheco - HUSM-UFSM
 Líllian Daisy Gonçalves Wolff - CHC-UFPR
 Lorena Pastor Ramos - MCO-UFBA
 Lourival Rodrigues Marsola – HUJBB-UFPA
 Luciana Silveira da Silva – HUGV-UFAM
 Mabel Mendes Cavalcanti – HUOL-UFRN
 Márcia Maria Macêdo Lima – HU-UFS
 Márcia Virgínia A. V. de Oliveira - HULW-UFPB
 Maria Aparecida de A. Patroclo – HUGG-UNIRIO

Maria Cristina F. Guedes Pinto - HUAP-UFF
 Maria do Socorro Rêgo de Amorim - HU-UFPI
 Meire Nikaido Suzuki - HU-UFSCar
 Mona Lisa Menezes Bruno HUWC-UFC
 Monalisa Viana Sant'anna - Hupes-UFBA
 Mônica Cardoso Façanha - HUWC-UFC
 Nadja de Azevedo Correia - HULW-UFPB
 Noeli Terezinha Landerdahl - HUSM-UFSM
 Patrícia Borges Peixoto - HC-UFTM
 Peron Ribeiro Soares – HU-UFPI
 Priscilla Garcia de Oliveira Monteiro - HUAP-UFF
 Raimunda Maria Ferreira de Almeida – HDT-UFT
 Raphael Nepomuceno Galvão - HUOL-UFRN
 Renata Fiuza Cruz – HU-UFJF
 Renata Tenório - HC-UFPE
 Roberta Rocha Dias – HC-UFMG
 Rodrigo Daniel de Souza – HU-UFJF
 Rosemeire Andreatta – HUCAM-UFES
 Rosemeri de Abreu Pedrozo – HE-UFPEl
 Sabrina Telma Martins – HU-UnB
 Sílvia Helena Portilho de Barros - HUJBB -UFPA
 Sirlei Garcia Marques – HU-UFMA
 Tatiane Batista N. Chaves de Faria – HC-UFMG
 Thiago de Lima Pessoa - MEJC-UFRN
 Wilton Ferreira - HUGG-Unirio
 Wilton Rodrigues Medeiros – HUAB-UFRN

ESSA VERSÃO DO MANUAL SERÁ DIAGRAMADA PARA IMPRESSÃO E LANÇAMENTO NO ANO DE 2019.

PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL, DESDE QUE CITADA A FONTE.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 2/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

1. APRESENTAÇÃO

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa pública, com capital social integralmente sob a propriedade da União, criada por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com foco na prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

A Ebserh nasceu de um projeto inovador com a finalidade de gerir o processo de recuperação dos Hospitais Universitários Federais (HUFs), criada, tendo em vista a necessidade de assegurar as condições necessárias de estrutura e gestão para o adequado funcionamento dos hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes).

Atualmente, a Ebserh conta com uma rede formada por 40 Hospitais Universitários vinculados a 32 Ifes. Conforme previsto na Lei 12.550/2011, cabe à Universidade, dotada de autonomia, a discricionariamente de vincular-se à Ebserh e permitir que esta faça a gestão do respectivo HUF. Em busca de cumprir seus objetivos, esta Empresa concentra ações na recomposição e expansão da força de trabalho dos HUFs com a substituição de empregados com vínculos precários por empregados públicos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na reestruturação e modernização física dos HUFs, renovação do parque tecnológico, implementação de modelo de gestão eficiente e na ampliação e qualificação dos serviços assistenciais prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o propósito de “Ensinar para transformar o cuidar”, a Ebserh tem como visão ser referência nacional no ensino, na pesquisa, na extensão e na 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.

Embora os hospitais que hoje compõem a Rede Ebserh já desenvolvessem processos de gestão da qualidade e a Empresa já estimulasse a implementação de gestão por processos que visam à

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 3/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

melhoria contínua dos mesmos, bem como já tenha implementado, em 2014, um programa destinado à implementação da primeira dimensão da qualidade, o Programa Ebserh de Segurança do Paciente, foi em 2018 que se formalizou como ação estratégica da Estatal a implementação de programa, visando à implementação da gestão da qualidade.

Conforme Mapa Estratégico 2018-2022, a Ebserh tem o propósito de “Ensinar para transformar o cuidar” e a visão de ser referência nacional no ensino, na pesquisa, na extensão e na 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.

Nesse sentido, instituiu-se o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e o Selo Ebserh de Qualidade (SEQuali), com o objetivo de promover a gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde no âmbito dos hospitais universitários federais (HUF) que compõem a rede Ebserh. A formalização do Programa se deu por meio da publicação da Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018, no Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018.

O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade 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 da rede Ebserh nas áreas assistencial, no ensino, na pesquisa, na inovação e na extensão em saúde.

O Selo Ebserh de Qualidade, por sua vez, visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação. Tendo a qualidade e a segurança assistenciais como direcionadores do planejamento estratégico da Empresa, o SEQuali se propõe a fomentar o desenvolvimento de ações para atingir os seguintes objetivos estratégicos:

- ✓ Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente;
- ✓ Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede;
- ✓ Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 4/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

- ✓ Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas; e
- ✓ Valorizar, capacitar e reter os talentos.

O presente manual visa estabelecer que visa estabelecer diretrizes e requisitos para o sistema de avaliação adequado às peculiaridades de hospitais públicos universitários que atuam com o ensino, pesquisa, extensão e inovação em saúde, além da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde.

2. QUALIDADE: BASES E CONCEITOS

O controle de qualidade moderno iniciou-se nos anos 30, com a aplicação do gráfico de controle desenvolvido por W. A. Shewart. Na Inglaterra, local onde se iniciou a estatística moderna, foram adotados os Padrões Normativos Britânicos (“British Standard BS 600”) a partir de 1935.

Em 1950, no Japão, um grupo de pesquisas foi criado para controle de qualidade, que contratou W. Edwards Deming, estatístico americano, que introduziu no Japão as práticas de gestão da qualidade, de acordo como as conhecemos na contemporaneidade.

Deming define qualidade como “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”. Propõe os chamados 14 pontos de forma a alcançar a qualidade total, descritos a seguir:

1. Crie constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço.
2. Adote a nova filosofia.
3. Cesse a dependência da inspeção em massa.
4. Acabe com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhore constantemente o sistema de produção e de serviços.
6. Institua treinamento.
7. Adote e institua liderança.
8. Afaste o medo.
9. Rompa as barreiras entre os diversos setores.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 5/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

10. Elimine slogans, exortações e metas para a mão-de-obra.
11. a) Suprima as quotas numéricas para a mão-de-obra.
b) Elimine objetivos numéricos para o pessoal de administração.
12. Remova as barreiras que privam os profissionais do justo orgulho pelo trabalho bem executado.
13. Estimule a formação e o auto aprimoramento de todos.
14. Tome iniciativa para realizar a transformação.

O controle de qualidade deixou de ser visto somente como um instrumento estatístico, com Joseph M Juran, passando a ser encarado como ferramenta de administração. Apresenta a chamada trilogia de Juran, na qual a administração da qualidade compreende três processos básicos – planejamento, controle e melhoria. Juran explica a qualidade como “adequação ao uso”, isto é, aquilo que atende às necessidades do cliente.

Em 1952, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals – JCAHO*), nos EUA, com a participação de associações profissionais e de hospitais deste país e do Canadá.

Na década de 1960 teve origem nos Estados Unidos, na construção dos mísseis Pershing, o Programa Zero Defeitos, inspirado nos trabalhos de Philip Crosby, levando aos gerentes a percepção de que atingir a qualidade é mais barato do que não atingi-la, pelos custos do retrabalho. Para esse autor, “a qualidade significa ir ao encontro das exigências”, baseando-se em quatro princípios:

1. A definição de qualidade é a conformidade com os padrões.
2. O sistema de qualidade é a prevenção.
3. O padrão de desempenho é o defeito zero.
4. A mensuração da qualidade é o preço da não-conformidade.

Kaoru Ishikawa, na Década de 60, apresenta os instrumentos de auxílio ao monitoramento dos processos de controle de qualidade: os círculos de controle de qualidade e as sete ferramentas. Para ele, qualquer trabalhador pode alcançar a qualidade com a utilização das ferramentas.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 6/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Avedis Donabedian desenvolveu um quadro conceitual, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, considerados uma tríade, que se relaciona com as noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output.

- ✓ **ESTRUTURA** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros envolvidos na assistência ao paciente.
- ✓ **PROCESSO** - conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente, como por exemplo, diagnóstico, tratamento e reabilitação.
- ✓ **RESULTADO** - produto final da assistência prestada, dependendo diretamente da estrutura e dos processos utilizados nos serviços de saúde. Refere-se a uma mudança significativa entre o estado atual de saúde do paciente e o estado futuro. Os resultados podem ser negativos (qualquer tipo de incidente, que tenha potencial para causar dano aos pacientes) ou positivos (cura ou recuperação do estado fisiológico, físico e emocional).

Donabedian conceitua a qualidade como aquela que produz, gerando os melhores resultados para os clientes, diante de um volume específico de recursos para os cuidados de saúde. O autor aponta que a qualidade do cuidado de saúde é consequência de dois fatores: (i) a ciência e a tecnologia (C&T), e (ii) a aplicação destas nas práticas de saúde. Para ele os atributos incluem: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

Donald Berwick, pediatra americano, referência atual na área, demonstrou como empregar a qualidade total na área da saúde. Alguns dos princípios presentes em seu livro são:

- o trabalho produtivo é realizado através de processos;
- a principal fonte de falhas de qualidade são os problemas nos processos;
- a compreensão da variabilidade dos processos é a chave para melhorar a qualidade; o controle de qualidade deve concentrar-se nos processos;
- envolvimento total do empregado é crucial;
- administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente inter-relacionadas: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 7/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

A qualidade em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como “o grau de conformidade com os princípios e práticas aceitas, o grau de adequação às necessidades dos pacientes e os resultados alcançados”⁴. Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade definirá a conduta organizacional, da qual serão originados o planejamento estratégico e seus objetivos⁵

O Instituto de Medicina (IOM) dos EUA definiu qualidade do cuidado como o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

No Brasil, a acreditação emergiu como estratégia para a melhoria da qualidade hospitalar no início da década de 1990. Em 1994, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), os quais influenciam na instituição da acreditação no país. Apesar de a avaliação e a certificação de serviços de saúde serem consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde nos anos de 1997 e 1985, até a presente data, o número de serviços de saúde acreditados no país ainda é incipiente.

No início do século XXI, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como da qualidade, juntamente com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade.

2.3 Líderes da Qualidade

O conceito de círculo de qualidade trazido por Ishikawa pode ser definido como um grupo instituído para executar as atividades de controle de qualidade de maneira voluntária no local de trabalho. Esse grupo integra as atividades de controle de qualidade em toda a empresa.

O círculo de qualidade pode ser otimizado para:

- contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento do empreendimento;
- criar um ambiente de trabalho harmônico;
- exercitar as capacidades humanas;
- atividade voluntária;
- autodesenvolvimento;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 8/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

- atividades em grupo;
- atividades estreitamente ligadas à realidade de trabalho;
- desenvolvimento mútuo;
- originalidade e criatividade;
- consciência da qualidade, dos problemas e do melhoramento.

Nesse sentido, os líderes da qualidade devem ser profissionais que acreditam na gestão da qualidade, exercem liderança nos processos, independentemente de cargos ou funções.

Estes profissionais devem ser identificados nas organizações e é fundamental que parte de sua jornada seja dedicada à melhoria da qualidade e desempenho dos processos, além do suporte aos gestores.

Os líderes da qualidade devem ser preparados pela organização a trabalhar, fundamentalmente, a gestão da mudança (figura abaixo)¹⁵, visto que a implementação de um programa de gestão da qualidade em uma organização requer mudança de paradigmas e de processos de trabalho, visando à melhoria contínua.

2.4 Gestão por Processos

“Processo é 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”.

Todo trabalho importante realizado nas empresas faz parte de algum processo”. Não existe cuidado oferecido por uma área do hospital, sem um processo hospitalar, que envolve a unidade assistencial, áreas de apoio e administrativas. Da mesma forma, não faz sentido existir um processo que não ofereça um produto ou um serviço.

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

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 9/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

A gestão por 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. Para tanto, é necessário que o setor responsável pela qualidade atue na integração dos diferentes atores dos processos e coordene a implementação das premissas da gestão por processos, que são:

- ✓ Suporte dos líderes da instituição: o apoio dos superintendentes e gerentes é essencial para viabilizar as mudanças que ocorrerão na instituição;
- ✓ Envolvimento interdisciplinar: profissionais com diferentes formações, alunos, residentes e docentes devem trabalhar em conjunto em prol do cuidado centrado no paciente e dos demais atributos da qualidade.
- ✓ Apoio da rede: primordial que as equipes dos hospitais utilizem o conhecimento da Rede para alavancar resultados e potencializar melhorias.
- ✓ Monitoramento e Avaliação de Resultados: o desempenho de cada processo precisa ser monitorado de forma estruturada. Os resultados precisam ser avaliados para que possam gerar valor e contribuir para as tomadas de decisões.

A área de qualidade e as unidades envolvidas em cada processo, podem lançar mão de alguns princípios:

- ✓ Mão na massa: a transformação não acontece nos setores da qualidade, são necessárias visitas constantes às áreas assistenciais, articulando as mudanças e fazendo acontecer.
- ✓ Soluções exequíveis e práticas: as soluções devem ser passíveis de implementação, gerando impacto. Soluções ideais, impossíveis de saírem do papel, não agregam em nada.
- ✓ Entregas contínuas: os resultados devem ser mostrados de forma rápida, a partir de ciclos curtos e constantes de entregas.
- ✓ Orientação para ganhos: a transformação deve deixar um legado mensurável e relevante para a organização.
- ✓ Visão ponta a ponta: o fluxo de trabalho deve ser compreendido com um olhar transversal, de maneira a entender o papel de cada área, em cada processo.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 10/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

- ✓ Método orientado ao desafio: é preciso customizar o método para uma atuação em processos de acordo com o desafio que se está enfrentando.
- ✓ Decisões orientadas por fatos e dados: as decisões devem ser tomadas baseadas em análise coerente de dados.

Nesse sentido, faz-se importante frisar 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:

1. **Processos Finalísticos:** estão ligados à essência de funcionamento do hospital, estando correlacionados às atividades-fim da instituição, com isso, são responsáveis pela produção dos produtos ou serviços finais que beneficiam imediatamente aos usuários. Os processos finalísticos recebem apoio de outros processos internos. Por serem os processos que agregam valor direto para os clientes, seus erros são primeiramente detectados.
2. **Processos de Apoio:** Os processos de apoio dão suporte aos demais processos, administrando as necessidades desses, ou seja, estão diretamente relacionados à gestão dos recursos imprescindíveis ao desenvolvimento de todos os processos da instituição, sobretudo aos finalísticos.
3. **Processos Gerenciais:** são aqueles ligados à estratégia da organização. Estão diretamente relacionados à formulação de políticas e diretrizes para se estabelecerem e efetivarem metas operacionais, legais, financeiras e reguladoras. Além disso, norteiam a definição de indicadores de desempenho e os modos de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados, interna e externamente à instituição

Na gestão por processos, a informação segue um fluxo direto, sem interrupções, sem o filtro da hierarquia. O sucesso dessa gestão está ligado à tentativa de minimizar a subdivisão dos processos.

A gestão por processos, envolve atividades contínuas e repetitivas, enquanto os projetos abrangem atuações temporárias e exclusivas. Para a gestão da mudança, pode ser necessária a

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 11/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

implementação de projetos, uma vez que neles se emprega um esforço transitório para produzir um produto, serviço ou resultado exclusivo

2.5 Melhoria contínua

Dentro do objetivo geral da melhoria contínua da qualidade, as diversas atividades a realizar estão agrupadas segundo seus três principais pontos de partida:



1. Ciclos de melhoria: o ciclo de melhoria começa com o reconhecimento de uma oportunidade de melhoria em algum elemento dos serviços oferecidos. Deve-se utilizar a oportunidade de melhoria para aperfeiçoar o serviço ou para solucionar o problema constatado.
2. Monitoramento da qualidade: monitoramento é uma medição planejada e periódica de uma série de características que resumem a qualidade. Para sua realização, indicadores devem ser utilizados como ferramentas, a fim de verificar se os níveis pré-determinados de qualidade estão atingidos ou mantidos. Cada indicador tem seu método e periodicidade de medições.

O monitoramento de indicadores permite o reconhecimento de oportunidades de melhoria. A partir disso, os resultados devem ser avaliados, para que o problema seja entendido de uma

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 12/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

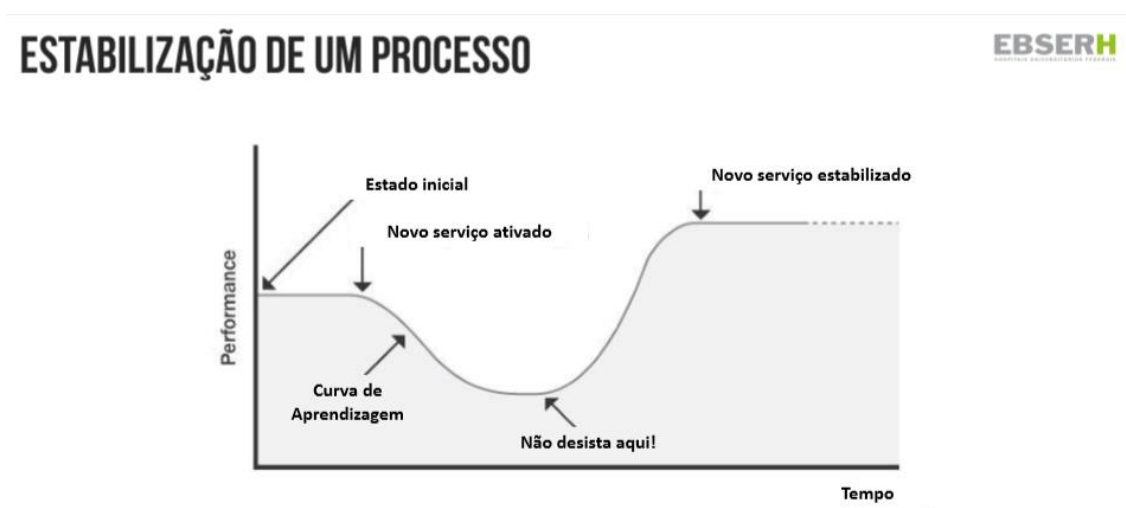
forma mais profunda e detalhada. Ou seja, deve-se realizar uma análise crítica dos resultados, buscando compreender quais as razões para o comportamento dos dados ao longo do tempo. Os indicadores são compostos por dois ou mais componentes de informação (dados), no formato de uma fração, ou seja, de uma divisão. Os componentes do numerador e denominador estabelecerão qual tipo de indicador está sendo utilizado. Entretanto, poderão ser utilizados números absolutos como forma de monitorar pontos críticos, como suicídio e *never events*.

Os indicadores podem ser:

- ✓ Indicadores estratégicos: quantificam os impactos da estratégia nas partes interessadas, assim como a causa desses impactos. Representam os objetivos e as ações que pertencem a organização como um todo.
- ✓ Indicadores gerenciais: quantificam a colaboração dos processos para a estratégia, avaliando se esses buscam a melhoria contínua de maneira proporcional.
- ✓ Indicadores operacionais: quantificam as tarefas e rotinas individuais.

3. Planejamento da qualidade: tem a intenção de prevenir o aparecimento de falhas, ou seja, busca a correta execução das atividades de forma que o resultado saia justamente como o planejado. A correta execução passa por delineamento dos processos envolvidos e alinhamento com os diferentes atores, como já abordado anteriormente. Para que um novo processo seja implementado, é necessário observar como se dá o processo de estabilização do mesmo, conforme figura abaixo, a fim de se promover a gestão da mudança de forma adequada.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 13/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----



Fonte: Ebserh. Material bibliográfico do curso sobre Gestão por processos. 2017.

É preciso alinhar planejamento e gestão por processos, pois uma mudança em um poderá induzir mudanças de todos processos da instituição. Stafford Beer (1972) considera o sistema nervoso e o cérebro humano como um modelo para o controle organizacional. Desse modo, o conhecimento dos processos da organização é a resposta para muitos dos problemas existentes, como ocorre no corpo humano. O planejamento deve, portanto, considerar os processos já existentes, bem como envolver os diferentes profissionais, com intuito de propiciar redução da curva de aprendizagem e menor tempo para estabilização dos novos processos.

2.6 Contrato interno de gestão e Contratualização entre processos

Contrato pode ser compreendido como um pacto, um acordo entre duas ou mais partes que se implicam a cumprir o que foi estabelecido. Contratos internos de gestão são acordos técnico-políticos entre unidades/equipes que integram um serviço de saúde, estimulando a corresponsabilização.

Os contratos internos de gestão representam a reorganização nos processos de trabalho nas unidades, que passam a ser pautados em diretrizes e objetivos claros, voltados para mudanças nas

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 14/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

práticas de atenção. São compreendidos como um meio de atingir a cogestão e a gestão participativa em saúde.

O contrato interno de gestão tem o potencial de propiciar interações, de colocar equipes em comunicação para desenvolverem mudanças, produzindo novos padrões de relação e de interlocução nos serviços de saúde, ou seja, tem a capacidade de promover grandes mudanças institucionais, aumentando a eficiência e a eficácia institucional.

As partes integrantes do acordo devem assinar o contrato para formalização, pois minimiza o impacto pessoal dos processos e formaliza requisitos estabelecidos entre as áreas. O funcionário que recebe o serviço/produto deve conferir, no momento do recebimento, se esse atende ao que foi acordado. Em caso negativo, deve ser aberta uma comunicação de não conformidade.

Após o estabelecimento do contrato interno de gestão, a quebra de um de seus requisitos, por uma das partes envolvidas, gera uma não conformidade, que é definida como o não atendimento de um requisito pré-estabelecido.

Essa não conformidade deve ser justificada pela área responsável pela ação, para a área responsável pela gestão da qualidade, que analisará a pertinência dos fatos e argumentos apresentados, e encaminhará para a outra área envolvida (“área que sofreu a não conformidade”).

A área responsável pela qualidade deverá analisar cada justificativa de não-conformidade, no intuito de verificar se a alegação demonstra que o ocorrido era inevitável e que o fato não se repetirá por causa semelhante. Caso a área responsável pela qualidade julgue que a não-conformidade poderá acontecer novamente pela mesma razão, ou por uma equivalente, deverá ser produzido um plano de ação pela área que cometeu a não conformidade.

As não conformidades também podem gerar a repactuação dos contratos entre as áreas implicadas, caso as áreas de qualidade e a responsável pela confecção do contrato interno de gestão julguem adequado.

É importante frisar que não conformidades são não atendimentos aos requisitos dos contratos internos de gestão ou não atendimentos de outros requisitos de qualidade, podendo ou não atingir o paciente. Não devem ser confundidas com incidentes relacionados à assistência à saúde, que de

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 15/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

acordo com a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário à saúde.



Fonte: SGQ/CGC/DAS/EBSERH. 2018.

2.7 Gestão de Documentos

A gestão de documentos é o 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, conforme a Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências.

Para uma eficiente gestão de documentos é importante estabelecer fluxos, responsabilidades e processos padronizados de modo a favorecer a uniformidade de procedimentos nas áreas e integração de processos e dos setores da instituição. Essas definições permitem ainda manter o controle de toda a documentação da instituição e de sua vigência, garantindo o recolhimento de documentos obsoletos e a disponibilização de versões atuais.

Desse modo, a gestão de documentos propicia o controle e acompanhamento contribuindo para a transparência, a desburocratização da instituição e a destinação correta dos documentos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 16/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Nesse sentido, é documento do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade a Norma SGQ.001/2018 para elaboração e controle de documentos, que harmoniza conceitos e nomenclaturas e estabelece regras para a elaboração, padronização, controle e hierarquia dos documentos da qualidade do hospital, de modo a garantir a correta rastreabilidade dos documentos, manter a qualidade e clareza das informações necessárias para execução dos serviços e assegurar a devida revisão e aprovação.

2.8 Gestão de Riscos e controles internos

Para gerenciar os riscos de seus processos, os hospitais devem elaborar planos de gerenciamento de riscos, definir e implementar intervenções, e fazer a revisão e acompanhamento dos resultados. Para isso, é necessário que existam métodos adequados que organize cada passo, com intuito de alcançar um efetivo controle dos riscos inerentes aos processos institucionais.

O processo de gestão de riscos é cíclico e possui com etapas bem definidas.

No âmbito da Rede Ebserh, aplica-se a Política de Gestão de Riscos e Controles Internos, observando sua finalidade, diretrizes, objetivos e a forma de operacionalização do tema.

Segundo a referida Política, para que a gestão de riscos seja eficaz, convém a organização, em todos os níveis, atender às diretrizes visando, colaborar para a consecução do propósito, visão e objetivos estratégicos, salvaguardar os interesses, reputação, marca e atividades da Empresa, agregando valor e protegendo se o ambiente interno da Ebserh, ser parte integrante dos processos organizacionais e de sua melhoria contínua, subsidiar a tomada de decisões, abordar explicitamente a incerteza, ser sistemática, estruturada e oportuna, baseada nas melhores informações disponíveis, considerar fatores humanos e culturais, ser transparente, inclusiva, dinâmica, interativa e capaz de reagir as mudanças, aderir à integridade e aos valores éticos, criar resiliência e capacidade de resposta eficaz, bem como estar integrada às oportunidades e à inovação, de modo que facilite a melhoria contínua da organização.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 17/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Estas etapas foram bem retratadas na ABNT NBR ISO 31000:2018, normativa que trata da Gestão de riscos, seus princípios e diretrizes, para diversas instituições da área da saúde e demais áreas de atuação.

Segundo a ISO 31000:2018, para que a gestão de riscos seja eficaz, convém que uma organização, em todos os níveis, atenda aos princípios de que a gestão de riscos cria e protege valor, é parte integrante de todos os processos organizacionais, é parte da tomada de decisões, aborda explicitamente a incerteza, é sistemática, estruturada e oportuna, devendo ser baseada nas melhores informações disponíveis, considerar fatores humanos e culturais e ser transparente e inclusiva, além de ser dinâmica, interativa e capaz de reagir a mudanças, de modo que facilite a melhoria contínua da organização.

É válido ressaltar que, para cada etapa da gestão de riscos, é necessário utilizar ferramentas e métodos, tendo como objetivo assegurar que os responsáveis pela tomada de decisão, em todos os níveis da Ebserh, tenham acesso tempestivo a informações suficientes quanto aos riscos aos quais está exposta a organização, aumentando a probabilidade de alcance dos objetivos institucionais e reduzindo os riscos a níveis aceitáveis.

Cada hospital deve instituir a Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade, escolher os processos que produzem maiores riscos e estabelecer prioridades. Recomenda-se que Comissão seja composta por cinco a dez pessoas, seja multidisciplinar, podendo variar conforme a dimensão e complexidade da unidade hospitalar e a disponibilidade dos profissionais.

A operacionalização da Gestão de Riscos e Controles Internos deverá observar os seguintes passos:

1. Definição dos processos a serem analisados;
2. Definição dos objetivos alinhados ao propósito e à visão da organização, possibilitando a identificação de eventos que potencialmente impeçam sua consecução;
3. Identificação de eventos de riscos, relacionando etapa em que são identificados e relacionados os riscos inerentes à própria atividade da organização, em seus diversos níveis;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 18/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

4. Avaliação de riscos sob a perspectiva de probabilidade e impacto de sua ocorrência, através de análises qualitativas, quantitativas ou da combinação de ambas;
5. Resposta a riscos, etapa em que se identifica qual estratégia seguir (evitar, reduzir, compartilhar ou aceitar) em relação aos riscos mapeados e avaliados;
6. Priorização de riscos, consiste em comparar e classificar os riscos quanto aos seus respectivos níveis de probabilidade e impacto, identificando aqueles que necessitam de maior atenção e, em seguida, priorizar o tratamento daqueles considerados mais graves;
7. Estabelecimento de atividades de controles internos, visando mitigar os riscos inerentes à própria atividade da organização. Na referida etapa deverão ser definidas as melhorias a serem adotadas, bem como decidir quem será o responsável pela sua efetivação, assim como o prazo para sua execução, elaborando plano de ação;
8. Informação e comunicação, observando que as informações relevantes devem ser identificadas, coletadas e comunicadas de forma a possibilitar o gerenciamento de riscos e a tomada de decisão;
9. Monitoramento, tendo como objetivo avaliar a qualidade da gestão de riscos e dos controles internos da gestão, por meio de atividades gerenciais contínuas e/ou avaliações independentes.

A Política estabelece ainda o Sistema de Gestão de Riscos e Controles Internos da Ebserh, observando o modelo de três linhas de defesa do *The Institute of Internal Auditors*. Em síntese, compete aos gestores do processo, em conjunto com a Comissão de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade, 1ª linha de defesa, identificar, analisar e avaliar os riscos corporativos dos processos sob sua responsabilidade, bem como implementar as ações corretivas para resolver deficiências em processos e controles.

A área de Gestão de Riscos, Controles Internos e Conformidade, em conjunto com o Comitê de Gestão de Riscos, Controles Internos e Integridade, 2ª linha de defesa, são responsáveis pelo gerenciamento dos riscos e controles internos, bem como o monitoramento da conformidade.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 19/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Compete a área, o estabelecimento de políticas e procedimentos, metodologias e ferramentas de gerenciamento de riscos e monitoramento dos limites de riscos.

A 3ª linha de defesa é composta pela Auditoria Interna, órgão que fornece à alta administração, avaliações abrangentes baseadas no maior nível de independência e objetividade dentro da organização.

Cabe destacar que a identificação de riscos pode ser sistematizada e estruturada por meio de ferramentas e técnicas para identificar a causa raiz de eventos de riscos e suas principais consequências. Dentre elas destacam-se:

1. Brainstorming: É a mais conhecida e usual das técnicas de coleta de dados. Em tradução livre significa “tempestade cerebral”. Com a ajuda de um facilitador deve-se reunir uma equipe multidisciplinar, conhecedora do assunto, para que sejam levantados potenciais riscos;
 2. Método Delphi: Nessa técnica o facilitador prepara um questionário e o envia a diversos especialistas, os quais respondem de forma anônima;
 3. Análise SWOT: A técnica reuni um grupo de tomadores de decisões e figuras-chave da organização para um momento de brainstorming, no qual todos possam colaborar igualmente. Os participantes devem pensar nas forças, fraquezas, ameaças e oportunidades do processo ou projeto analisado e elencarem os itens em um quadro dividido em 4 quadrantes;
 4. Análise de causa-raiz (ACR): A ferramenta é projetada para o uso investigativo da causa raiz de um evento. A investigação do evento utilizando a ferramenta ACR busca identificar não somente como o evento ocorreu, mas também porque ele aconteceu;
 5. Análise de causa e efeito, também chamada de diagrama de Ishikawa: A análise de causa e efeito é um método estruturado para identificar as possíveis causas de um evento ou problema indesejado. Ele organiza os possíveis fatores contributivos em categorias amplas de modo que todas as hipóteses possíveis possam ser consideradas;
- e

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 20/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

6. Análise *bow tie*: É uma maneira esquemática simples de descrever e analisar os caminhos de um risco desde a causa até as consequências. O foco do bow tie está nas barreiras entre as causas e o risco, e o risco e as consequências.

Independentemente da técnica a ser empregada, o mais importante é que os profissionais colaboradores com o conhecimento adequado do processo ou projeto sejam envolvidos na identificação dos riscos. Para fins do Selo Ebserh de Gestão da Qualidade, recomenda-se que os riscos sejam identificados partir da aplicação da técnica “análise bow tie utilizada a técnica “análise bow tie”, tendo em vista a simplicidade de utilização da ferramenta.

Gestão de riscos assistenciais:

A. Bundles

Dentre as técnicas desenvolvidas para reduzir os riscos, sobretudo, das infecções relacionadas à assistência à saúde, estão as estratégias descritas nas diretrizes (*Guidelines*), as quais vêm sendo trazidas para a prática clínica em forma de pacote ou conjunto de intervenções, formados por um pequeno grupo de cuidados específicos, denominado, na língua inglesa, de *bundle*.

Um pacote é uma maneira estruturada de melhorar os processos de atendimento e os resultados do paciente - um conjunto pequeno e direto de práticas baseadas em evidências - geralmente de três a cinco - que, quando realizadas coletiva e confiavelmente, comprovadamente melhoram os resultados dos pacientes.

B. Protocolo de Londres

A Unidade de Risco Clínico do departamento de Psicologia da *University College London* e a *Association of Litigation and Risk Management (ALARM)* adaptaram em 1998 o método de investigação de incidentes das outras indústrias para saúde.

O Protocolo de Londres é a versão mais recente do original *Protocol for the Investigation and Analysis of Clinical Incidents*. O Protocolo de Londres compreende uma investigação sistematizada para organizar as etapas, melhorar a qualidade da coleta de dados e auxiliar na

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 21/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

reflexão de todas as dimensões dos Fatores Contribuintes (Tabela 1), além de lembrar dos aspectos mais importantes dos fatores humanos.

James Reason, em suas publicações, aponta que a gravidade do desfecho não tem relação de proporcionalidade com a gravidade da falha. A existência de fatores agravantes e de fatores atenuantes podem delinear o fechamento dos eventos em que ocorrem falhas, sendo que os fatores atenuantes têm o potencial de preservar o paciente de um dano mais grave.

O Protocolo de Londres aplica o modelo de Acidente Organizacional de James Reason. Há menor atenção ao indivíduo, que comete um erro, e mais aos fatores organizacionais preexistentes que fornecem as condições e até levam à ocorrência dos erros.

Tipos de fatores	Exemplos de fatores contribuintes
Fatores ligados ao paciente	Exemplos de fatores contribuintes
	Complexidade e gravidade da doença
	Idioma e comunicação
	Personalidade e fatores sociais
Fatores ligados à tarefa e à tecnologia	Desenho e clareza da tarefa
	Disponibilidade e uso de protocolos
	Disponibilidade e precisão dos resultados de exames
	Métodos de apoio à tomada de decisões
Fatores individuais (ligados aos profissionais)	Atitudes, conhecimentos e habilidades
	Competência
	Saúde física e mental
Fatores ligados à equipe	Comunicação verbal
	Comunicação escrita
	Supervisão e pedidos de ajuda

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 22/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Estrutura de equipe (congruência, consistência, liderança)
Fatores ligados ao ambiente de trabalho	Contingente de pessoal e conjunto de habilidades
	Carga de trabalho e turnos de trabalho
	Desenho, disponibilidade e manutenção dos equipamentos
	Suporte administrativo
	Ambiente físico
Fatores organizacionais e administrativos	Fatores ligados ao ambiente de trabalho
	Estrutura organizacional
	Políticas, normas e metas
	Cultura de segurança e prioridades
Fatores ligados ao contexto institucional	Contexto econômico e regulamentar
	Ambiente mais amplo dos serviços de saúde
	Relações com organizações externas

C. PROGRAMA EBSERH DE GESTÃO DA QUALIDADE

Instituído pela Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 488, de 06 novembro de 2018, o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e o Selo Ebserh de Qualidade – SEQuali, com o objetivo de promover a gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde no âmbito dos hospitais universitários federais (HUF) que compõem a rede Ebserh.

O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade consiste em um sistema próprio de avaliação periódica que tem como objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 23/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

brasileira pelos hospitais da rede Ebserh nas áreas assistencial, no ensino, na pesquisa, na inovação e na extensão em saúde.

O Selo Ebserh de Qualidade, por sua vez, visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação.

O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade e o Selo Ebserh de Qualidade serão conduzidos pelo Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Coordenadoria de Gestão da Clínica (CGC) integrante da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) da Ebserh.

O Programa será implementado em todos os hospitais da rede Ebserh, cuja equipe de referência nos hospitais será a dos Setores de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde, e para a certificação serão constituídas equipes de avaliadores. Juntos, norteados pelas diretrizes e requisitos deste manual, implementarão a cultura da gestão da melhoria contínua dos processos finalísticos, de apoio e gerencial dos hospitais.

Considerando a especificidade do Selo Ebserh, voltado a hospitais de ensino, ainda há a possibilidade de aplicação do referido Selo em hospitais não integrantes da Rede, que requeiram tal avaliação junto à Ebserh Sede.

Esse programa vem integrar demais ações já implementadas, tais como o “Programa de Gestão à Vista” com uso do “Painel Ebserh de Indicadores de Segurança do Paciente” e o Programa Ebserh de Segurança do Paciente, que já vêm obtendo resultados importantes para a melhoria da qualidade desde sua implementação, em 2014.

a. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE:

A avaliação periódica do nível de qualidade dos serviços prestados, baseia-se em diretrizes e requisitos pré-definidos neste manual da qualidade e na legislação vigente, por meio do qual será concedido o Selo Ebserh de Qualidade.

Trata-se de um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório. O intuito é estimular os hospitais universitários a investirem em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 24/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

Nesse sentido, essa ferramenta possibilita realizar um diagnóstico da situação do hospital em relação aos procedimentos de boas práticas ideais, permitindo traçar estratégias para melhorar a qualidade da gestão, assistência, ensino, pesquisa, extensão, inovação; e garantir a segurança do paciente.

O método aplicado não avalia apenas um serviço ou departamento isolados, mas sim o hospital de modo amplo, considerando a interligação de estruturas e processos do hospital em que o funcionamento de um departamento pode interferir nos resultados do conjunto.

A avaliação quanto à conformidade das práticas do hospital ao preconizado neste Manual deverá ser realizada periodicamente por empregado ou servidor do hospital, designado para tal fim.

O processo de avaliação dos hospitais universitários e a concessão do Selo Ebserh de Qualidade será realizado por equipe de avaliação externa, formada por profissionais da Rede Ebserh de outras unidades hospitalares. Nas visitas será avaliado o nível de maturidade do hospital em relação à gestão da qualidade, sendo dividido em quatro níveis:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 25/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

SELO	CONDIÇÃO	PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO/ VALIDADE DA CERTIFICAÇÃO
Bronze	Será concedido o Selo Bronze para os hospitais que cumprirem 100% dos requisitos essenciais (RE) do presente Manual.	2 anos
Prata	Será concedido o Selo Prata aos hospitais que cumprirem 100% dos requisitos essenciais (RE) do presente Manual e, no mínimo, 80% de todos os requisitos deste Manual.	2 anos
Ouro	Será concedido o Selo Ouro aos hospitais que cumprirem 100% dos requisitos essenciais (RE) do presente Manual e, no mínimo, 90% de todos os requisitos deste Manual.	3 anos
Diamante	Será concedido aos hospitais que cumprirem 100% dos requisitos deste Manual.	3 anos

O Selo concedido terá validade de 2 anos para os hospitais que receberem as categorias Bronze e Prata e 3 anos para os Selos Ouro e Diamante, a contar da data da emissão do certificado. O hospital poderá requisitar, a qualquer tempo, nova avaliação para alcançar nível superior ao já atingido, quando couber.

Poderão ocorrer visitas de reavaliação, em qualquer tempo, em virtude de demandas dos hospitais, da Presidência ou de órgãos de controle.

Anualmente deverá ser realizada avaliação interna da instituição, pela equipe de avaliadores certificados para o Selo Ebserh. A renovação do Selo se dará por novo processo de certificação com visitas presenciais dos avaliadores credenciados junto ao Serviço de Gestão da Qualidade, na Sede da Empresa, processo a ser orientado em publicação específica, o guia de avaliação do Selo Ebserh de Qualidade.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 26/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

b. REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO – SELO EBSERH DE QUALIDADE

- O hospital deve realizar atividades de ensino, podendo integrar a rede Ebserh ou não;
- O Superintendente e as demais lideranças devem apoiar a realização do Programa, proporcionando informações adequadas da realização dos serviços;
- O hospital deve monitorar todos os indicadores preconizados pelo Programa Ebserh de Gestão à Vista (Portaria-SEI nº4, de 24 de abril de 2018).

c. RESPONSABILIDADES

O Programa será coordenado pelo Serviço de Gestão da Qualidade da Sede e sua execução nos HUF será gerenciado pelo Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (antigo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente), que será normatizado por portaria e nota técnica específicas.

Como em qualquer trabalho que visa padronizar minimamente o trabalho em rede, uma vez que cada hospital possui características únicas, os seus setores devem desenvolver ações que atendam às necessidades locais, as quais incrementam as iniciativas da sede da empresa.

d. COMPROMETIMENTO DA ALTA LIDERANÇA

Sabe-se que a cultura da gestão da qualidade depende fortemente do apoio da alta governança. Portanto, estes estratégicos atores devem:

- ✓ Sensibilizar a organização sobre a importância de atender os requisitos regulamentares;
- ✓ Estabelecer e aprovar a política e os objetivos para a qualidade;
- ✓ Garantir a disponibilidade de recursos para manter o sistema de gestão da qualidade.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 27/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

e. POLÍTICA DA QUALIDADE

A governança é a responsável por apoiar a política de qualidade estabelecida na Ebserh, divulgá-la aos distintos setores do hospital e revisá-la em função dos objetivos da organização (vide mapa estratégico a seguir), atentando para:

- Melhoria da experiência do paciente;
- Satisfação e motivação do cliente interno;
- Melhoria contínua;
- Comprometimento com a sociedade e com o meio ambiente.



Figura – Mapa estratégico da Ebserh. 2018-2022

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 28/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

D. PROCESSOS E REQUISITOS PARA O SELO DE QUALIDADE

Os requisitos listados a seguir compõem os itens de verificação dos processos de acordo com as melhores práticas identificadas para cada serviço. Para inclusão dos requisitos, foram avaliadas as cadeias de valor já desenvolvidas na rede Ebserh para os diferentes processos. As informações estão organizadas em forma de *checklist*, facilitando o processo de auditoria interna dos hospitais.

Os itens que recebem a identificação RE à esquerda, são os requisitos considerados essenciais, aqueles que devem ser observados integralmente para que o hospital receba o Selo Bronze.

As evidências relacionadas neste Manual são de caráter exemplificativo e não restritivo, visando auxiliar os hospitais na adequação dos seus processos aos requisitos, bem como estimular o registro sistemático das atividades realizadas em cada processo.

A. PROCESSOS FINALÍSTICOS

1. Ensino, Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	1.1.	Os responsáveis pelo Ensino, Pesquisa e Extensão estão formalmente nomeados? Evidência: Portarias de nomeação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RE	1.2.	A instituição disponibiliza acesso à publicações atualizadas e de acordo com as especialidades dos serviços da Instituição? Evidência: Portais de evidência, Sites, Assinaturas de bases de dados vigentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RE	1.3.	Instalações e equipamentos adequados às necessidades do Ensino, Pesquisa e extensão? Evidência: Salas de aula e equipamentos disponíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.4.	Existe atividade de telessaúde instalada na instituição? Evidência: Registros de: reunião, eventos; prontuários contendo teleatendimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.5.	O corpo de profissionais ligados à assistência, a população de pacientes, a tecnologia e as instalações do hospital estão de acordo com os objetivos dos programas de graduação e pós-graduação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 29/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Plano dos Programas de Graduação e Pós-Graduação; Dimensionamento de Pessoal; Perfil nosológico do hospital.			
RE	1.6. Existe Regimento interno atualizado e disponível para as áreas que compõem as estruturas de Ensino, Pesquisa e Extensão?			
	Evidência: Regimento Interno publicado, atualizado e disponível nos formatos digital e impresso.			
	1.7. O hospital realiza gestão de propriedade intelectual (patentes e registro de marca)?			
	Evidência: registro de marcas, programas de computador, patentes e outros produtos..			
	1.8. O hospital realiza gestão de produção intelectual com apoio financeiro e técnico para publicações científicas?			
	Evidência: registros e as publicações.			
	1.9. Existem documentos descrevendo normas, rotinas e procedimentos, atualizados e disponíveis para as áreas que compõem a estrutura de Ensino Pesquisa e Extensão?			
	Evidência: Normas, Procedimentos, Instrução de Trabalho disponíveis, atualizados e de fácil acesso.			
RE	1.10. Existe Programa de Educação Continuada implementado para preceptores?			
	Evidência: Plano ou programa de capacitação; listas de presença ou cópias de certificados; entrevistas aos participantes.			
RE	1.11. Existe programa de acolhimento com fornecimento de informações institucionais para alunos de graduação e pós-graduação, abrangendo minimamente os temas Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente; NR32; Controle de Infecção; Gerenciamento e Uso de medicamentos; Regulação (gestão de leitos) Comissão de ética; Comissão de Revisão de Prontuários e Prevenção e combate à incêndios?			
	Evidência: Plano ou programa da capacitação; listas de presença ou cópias de certificados; entrevistas aos participantes, registro fotográfico.			
	1.12. Existem ações de melhoria contínua de processos e integração institucional na área do Ensino e Pesquisa?			
	Evidência: Atas de reunião, registro de treinamentos, fluxos de processos documentados.			
	1.13. Existe plano de melhoria que contemple estrutura física e novas tecnologias para as áreas de Ensino e Pesquisa?			
	Evidência: Plano de melhoria contínua pactuado entre as áreas de ensino e infraestrutura dos hospitais, com aprovação da superintendência.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 30/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	1.14.	Registra, monitora e disponibiliza indicadores sobre ensino de graduação e pós-graduação, pesquisa, extensão e inovação?			
		Evidência: indicadores padronizados e controlados pelo Setor de Gestão da Qualidade; indicadores divulgados em locais de fácil acesso à comunidade;			
RE	1.15.	O hospital monitora a satisfação dos professores, preceptores, alunos de graduação e de pós-graduação, quanto às atividades das áreas de Ensino, Pesquisa e Extensão e estrutura assistencial utilizada para ensino?			
		Evidência: Pesquisa de satisfação instituída e periódica, indicadores.			
RE	1.16.	O hospital monitora a satisfação dos pacientes com os cuidados prestados por professores, alunos e residentes, e elabora planos de ação para corrigir não conformidades?			
		Evidência: pesquisa de satisfação, instituída e periódica, com questionário estruturado e padronizado; indicadores.			
RE	1.17.	O hospital segue as normas das comissões nacionais de residência em saúde em seus programas de residência?			
		Evidência: Entrevista com residentes, preceptores, tutores, COREMU e COREME; Planos dos Programas de residência, índice de absenteísmo e desistência de residentes; Apresentação de convênios necessários para completar a formação dos médicos residentes e dos residentes multiprofissionais; Avaliação periódica do Programa; ata de reuniões; Especificação de atividades de estágios e atribuições do residente, sistema de supervisão docente e avaliação do aproveitamento.			
RE	1.18.	A instituição realiza avaliação de desempenho dos residentes de forma regular e documentada, com feedback aos avaliados?			
		Evidência: Avaliação de desempenho instituída e periódica e Planos de Ação; Registros de reuniões com residentes.			
	1.19.	A satisfação dos profissionais com o desempenho dos residentes e alunos é considerada na avaliação de desempenho dos mesmos?			
		Evidência: Avaliação de desempenho instituída e periódica e Planos de Ação; Registros de reuniões com residentes.			
	1.20.	O cumprimento dos programas institucionais, tais como os de segurança do paciente, de controle de infecção, segurança do trabalhador é considerado na avaliação de desempenho dos alunos de graduação e pós-graduação?			
		Evidência: Avaliação de desempenho instituída e periódica; Registros de reuniões com residentes.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 31/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	1.21.	Os alunos e residentes compreendem o processo de avaliação?			
		Evidências: entrevista com alunos e residentes para avaliar se compreendem no que estão sendo avaliados, frequência e documentação da supervisão.			
	1.22.	Os alunos conhecem as responsabilidades dos seus preceptores e tutores para com sua formação?			
		Evidências: entrevista com alunos e residentes, documento (manual do preceptor e manual do aluno) contendo ciência das responsabilidades dos preceptores e tutores.			
	1.23.	Os residentes conhecem as responsabilidades dos seus preceptores e tutores para com sua formação?			
		Evidências: entrevista com profissionais, documento contendo ciência das responsabilidades dos preceptores e tutores.			
(RE)	1.24.	Há lista, atualizada e divulgada, incluindo a relação de alunos, docentes responsáveis e local de estágio na instituição?			
		Evidência: verificar se a lista está em local de fácil acesso			
(RE)	1.25.	Há lista, atualizada e divulgada, incluindo a relação dos residentes, preceptores e tutores que atuam na instituição?			
		Evidência: Lista atualizada e divulgada.			
(RE)	1.26.	As normas da Comissão Nacional de Residência Médica e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde estão incorporadas ao planejamento da Instituição?			
		Evidências: Planejamento e entrevistas.			
	1.27.	Existe descrição formalizada e divulgada das atividades dos preceptores e tutores de graduação e residência?			
		Evidência: Documentos, Sites, Intranet			
(RE)	1.28.	O hospital define o que pode ser executado em cada fase de treinamento dos residentes?			
		Evidência: Documentos contendo o que pode ser exercido em cada fase de treinamento dos residentes, podendo estar disponíveis em: Sites, Intranet, dentre outros.			
(RE)	1.29.	A seleção de bolsistas segue normativa interna e o processo é divulgado amplamente?			
		Evidência: Documentos, Editais, Sites, Intranet.			
(RE)	1.30.	Existe arquivo individual para cada residente da instituição, contendo ficha de matrícula, cópia dos diplomas requeridos; comprovante de regularidade no Conselho Profissional; carteira de vacinação atualizada (conforme normas internas); apólice de seguro, matriz de disciplinas; Avaliações realizadas; e licenças.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 32/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Arquivo individual de cada residente em formato digital ou impresso.			
1.31.	Existe representação em colegiado da área responsável pelo Ensino e Pesquisa, de todos os Departamentos e Faculdades das Instituições de Ensino Superior à qual o hospital está vinculado ou possui convênio?			
	Evidência: Portarias, Atas de reunião.			
1.32.	Os Residentes participam de treinamento de Reanimação Cardiopulmonar?			
	Evidência: Registro do Programa de treinamento, cronograma com a realização periódica do treinamento e lista de frequência.			
1.33.	Os residentes são incluídos nos programas de vacinação em casos de surtos e epidemias?			
	Evidência: Plano de vacinação; registros de vacinação			
(RE) 1.34.	O hospital fornece apoio aos residentes envolvidos em acidentes durante o desenvolvimento das atividades programadas?			
	Evidência: Processos e Fluxos estabelecidos, documentados e atualizados.			
(RE) 1.35.	Os residentes são devidamente identificados com crachás institucionais?			
	Evidência: Crachás, controle de fluxo estabelecido.			
(RE) 1.36.	Os residentes são cadastrados no CNES da instituição?			
	Evidência: Registro no CNES.			
1.37.	A instituição garante a autenticidade dos diplomas de graduação dos residentes?			
	Evidência: Declaração dos conselhos profissionais informando que conferem a autenticidade dos diplomas de graduação dos Residentes com as instituições de origem; ou evidência da verificação de autenticidade diretamente com a fonte emissora do documento.			
1.38.	Existe normativa que trate do acompanhamento do desempenho dos residentes?			
	Evidência: Normativa, Plano de ação para casos de desempenho abaixo do esperado e infrações éticas.			
1.39.	Consta na pasta funcional do aluno atualização da apólice de seguro?			
	Evidência: Apólice de Seguro Atualizada			
1.40.	Consta na pasta funcional dos residentes Certificado de Regularidade Técnica?			
	Evidência: Certificado de regularidade técnica			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 33/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

1.41.	A produção científica dos Residentes e Preceptores é acompanhada pela Gerência de Ensino e Pesquisa?			
	Evidência: Lista de artigos/trabalhos científicos produzidos por residentes e preceptores			
1.42.	Consta na pasta do residente a documentação de todos os afastamentos autorizados e faltas?			
	Evidência: Registros de afastamentos e faltas.			
1.43.	O corpo clínico do hospital está em número adequado para apoiar e promover a educação de alunos da graduação e os programas de residências em saúde?			
	Evidência: Entrevista, escala dos funcionários.			
1.44.	O corpo clínico do hospital tem treinamento e competência para apoiar e promover a educação de alunos da graduação e os programas de residências em saúde?			
	Evidência: Lista de Frequência, Entrevista.			
1.45.	Existe espaço adequado para descanso dos Residentes em plantão noturno?			
	Evidência: visita ao local de descanso.			
1.46.	Existe instalações para estudo, com acesso à internet e recurso de impressão disponíveis?			
	Evidência: visita às instalações			
1.47.	A política do hospital estabelece o nível exigido de supervisão para cada nível dos residentes na área da saúde?			
	Evidência: Política instituída, atualizada, disponível.			
1.48.	Há um processo uniforme para documentar a supervisão exigida, que esteja de acordo com a política do hospital, as metas do programa, e a qualidade e a segurança dos cuidados ao paciente.			
	Evidência: processo descrito; documentação de diferentes programas de residência.			
1.49.	Os prontuários dos pacientes com anotações de alunos e residentes são revisados e validados pelos preceptores para verificar a conformidade com os requisitos e a frequência da supervisão.			
	Evidência: verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente a existência de validação das anotações			
1.50.	A instituição oferece condições adequadas aos alunos de graduação e pós-graduação com necessidades especiais?			
	Evidências: política escrita; verificar in loco acessos facilitados para pessoas com necessidades especiais; entrevista.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 34/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	1.51.	O hospital implementa a política da extensão, alinhado às diretrizes das Universidade?			
		Evidências: política escrita; atas de reuniões; listas de frequência; relatórios.			
	1.52.	Divulgação dos documentos e diretrizes de ações de extensão na instituição?			
		Evidências: política escrita, atualizada; documento em sites, intranet, impressos.			
RE	1.53.	Os profissionais da instituição possuem conhecimento das diretrizes curriculares dos cursos que utilizam o hospital como campo de prática, bem como, tem acesso às ementas das disciplinas?			
		Evidências: entrevistas com profissionais			
RE	1.54.	A oferta de estágios da graduação é documentada por meio de termos de estágios?			
		Evidências: termos de estágio documentados.			
	1.55.	A instituição mantém o cadastro atualizado de todos os programas de Residências em Saúde no sistema de informação da CNRM e CNRMS?			
		Evidências: Cadastro atualizado			
	1.56.	A instituição possui convênio vigente com instituições públicas e privadas nos diversos cenários de prática dos residentes em saúde?			
		Evidência: termo de convênio ou parceria			
	1.57.	A instituição possui registro atualizado dos estágios externos e internos que ocorrem com as parcerias públicas e privadas nos diversos cenários de prática dos residentes em saúde?			
		Evidência: plano de trabalho e termos de compromisso.			
	1.58.	Os programas de residência em saúde obedecem às diretrizes estabelecidas pelas: Comissão Nacional de Residência Médica e Comissão Nacional de residência multiprofissional e em área profissional da saúde?			
		Evidência: plano do programa de residência; entrevista			
	1.59.	A instituição revisa anualmente os programas de residências em saúde?			
		Evidência: relatório de avaliação do cumprimento do programa; avaliações de satisfação e avaliações periódicas dos residentes.			
	1.60.	A área de Ensino e Pesquisa participa da COREMU e COREME, com direito a voto?			
		Evidências: regulamento interno; atas de reunião; lista de presença			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 35/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	1.61.	A COREME e COREMU realizam reuniões regulares, no mínimo trimestral, com registro em ata?			
		Evidências: atas do último ano			
	1.62.	A área de Ensino e Pesquisa analisa, operacionaliza e acompanha programas de estágio, ensino técnico e graduação?			
		Evidências: fluxos e processos documentados; indicadores.			
	1.63.	A área de Ensino e Pesquisa faz a gestão de programas de residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde?			
		Evidências: fluxos e processos documentados; indicadores.			
RE	1.64.	Os projetos de pesquisa são cadastrados e autorizados na área de Ensino e Pesquisa do hospital?			
		Evidência: solicitar à CEP os itens mínimos para cadastro dos projetos de pesquisa; documentos/fluxos			
RE	1.65.	A área de Ensino e Pesquisa monitora a execução de projetos de pesquisa?			
		Evidências: fluxos e processos documentados; indicadores.			
RE	1.66.	Os resultados das pesquisas são divulgados pela área de Ensino e Pesquisa da instituição?			
		Evidências: publicações em site e intranet de amplo acesso na instituição.			
	1.67.	Os projetos de extensão são cadastrados e autorizados pela área de Ensino e Pesquisa?			
		Evidências: cadastros; listas de projetos autorizados.			
	1.68.	A área de Ensino e Pesquisa apoia a execução de projetos de extensão?			
		Evidências: políticas, fluxos e processos descritos; relatórios, listas de presença, atas de reunião.			
	1.69.	A área de Ensino e Pesquisa monitora a execução dos projetos de extensão?			
		Evidências: indicadores			
	1.70.	A área de Ensino e Pesquisa mantém minimamente atualizados: a) a lista de projetos de pesquisa e extensão em realização na instituição; b) número de discentes e docentes envolvidos nos projetos; c) Número de publicações decorrentes dos projetos?			
		Evidências: listas atualizadas; indicadores.			
	1.71.	O Núcleo de Avaliação de Tecnologias (NATS) assessora técnica e cientificamente a gestão do hospital nos processos que envolvem			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 36/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	avaliações, incorporações, desincorporações e substituições de tecnologias em saúde?			
	Evidências: Pareceres científicos sobre tecnologias em saúde, utilizados nas avaliações de tecnologias pela gestão do hospital.			
1.72.	O NATS dá suporte técnico-científico às comissões existentes no hospital, para elaboração das informações técnicas, notas técnicas, pareceres técnico-científicos e revisões sistemáticas, metanálises e estudos econômicos relativos aos processos de incorporação de novas tecnologias em saúde, bem como as solicitações de aquisição e contratações temporárias de uma dada tecnologia em saúde, não padronizada na instituição?			
	Evidências: pareceres técnico-científicos emitidos pelo NATS			
1.73.	O NATS auxilia na elaboração de diretrizes clínicas, guias de segurança ao paciente e melhorias na qualidade da atenção à saúde?			
	Evidências: portarias e outros documentos de participação do NATS em comissões; pareceres técnico-científicos emitidos pelo NATS			
1.74.	O NATS apoia e orienta as atividades de auditoria clínica, como instrumento de auto-avaliação de performance clínica, com foco na qualidade do cuidado?			
	Evidências: portarias e outros documentos de participação do NATS em comissões; pareceres técnico-científicos emitidos pelo NATS			
1.75.	O NATS divulga e promove cursos e eventos referentes à ATS e à prática de saúde baseada em evidência, para profissionais de saúde, residentes e alunos de graduação do hospital?			
	Evidências: programações; certificados; listas e presença; relatórios			
1.76.	O NATS participa das redes de ATS em âmbito nacional e internacional?			
	Evidências: portarias e outros documentos de participação do NATS			
1.77.	O NATS estabelece parcerias por meio de contratos e atende demandas de diversas instâncias governamentais?			
	Evidências: Atender mediante contratos e parcerias estabelecidas com Ministério da Saúde, secretarias de Saúde, OPAS, Anvisa, dentre outras instituições, as demandas na elaboração de documentos técnicos, em especial pareceres técnico-científicos que embasem decisões de gestores públicos.			
1.78.	O NATS incentiva o desenvolvimento de projetos de pesquisa que versem sobre ATS no âmbito do hospital, incluindo parcerias com as			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 37/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	diversas unidades acadêmicas da saúde, outras da universidade e outras da rede Ebserh?			
	Evidências: publicações e documentos; convênios.			
1.79.	Existe área física com estrutura, mobiliário e de infraestrutura tecnológica que assegure o funcionamento do NATS?			
	Evidências: visitação; entrevista com profissionais			
1.80.	O NATS realizou no último ano, pelo menos 1 treinamento sobre avalia�o de tecnologias para clientes internos e externos?			
	Evidências: relatório, lista de presença, matéria jornalística			
1.81.	A �rea de Ensino e Pesquisa apoia e capacita colaboradores e estudantes utilizando como ferramenta a Telessaúde?			
	Evidências: relatório, lista de presença, matéria jornalística, entrevista com estudantes			
1.82.	A �rea de Ensino e Pesquisa oferece suporte técnico para os participantes de atividades de Telessaúde?			
	Evidências: fluxos e processos descritos, listas de presença, matérias publicitárias			
1.83.	A �rea de Ensino e Pesquisa d� ampla publicidade às atividades de Telessaúde na institui�o?			
	Evidências: matérias publicitárias, murais, sites e intranet			
1.84.	A �rea de Telessaúde controla o número de profissionais e estudantes que participam das atividades de Telessaúde?			
	Evidências: indicadores, listas de presença			
1.85.	A �rea de Ensino e Pesquisa propõe atividades em Rede com os demais hospitais da Ebserh?			
	Evidências: fluxos e processos descritos, listas de presença, matérias publicitárias			
1.86.	A �rea de Ensino e Pesquisa promove a integra�o das atividades de ensino, pesquisa e extensão, utilizando como ferramenta a Telessaúde?			
	Evidências: fluxos e processos descritos, listas de presença, matérias publicitárias			
1.87.	Existe a�o de promo�o de serviços em Telessaúde realizados na institui�o?			
	Evidências: fluxos e processos descritos, listas de presença, matérias publicitárias, prontuários de pacientes com registros de atendimento			
1.88.	Os alunos vinculados aos projetos de pesquisa e extensão realizam suas atividades sob supervisão direta do pesquisador responsável e do coordenador do programa de extensão?			
	Evidência: entrevista com alunos de extensão			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 38/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	1.89.	A área de Ensino e Pesquisa apoia e promove eventos de ensino, pesquisa, extensão e inovação?			
		Evidências: fluxos e processos descritos, listas de presença, matérias publicitárias			
	1.90.	O hospital possui uma política de inovação implementada?			
		Evidências: documento com aprovação, registro e forma de monitoramento			
(RE)	1.91.	A instituição documenta e implementa um código de conduta ética profissional em boas práticas em pesquisa clínica, de forma a garantir seu compromisso em proteger participantes de pesquisas envolvendo seres humanos?			
		Evidências: código de conduta publicado, disponível; entrevista com pesquisadores			
(RE)	1.92.	O hospital segue todos os requisitos regulatórios e profissionais relativos à pesquisa, seguindo as boas práticas em pesquisa clínica?			
		Evidências: aprovação no CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), contratos com seguros estabelecidos, Termos consentimento			
(RE)	1.93.	O hospital garante seguro indenizatório adequado para compensar os pacientes que participem da pesquisa clínica e que experimentem um evento adverso?			
		Evidências: documento com aprovação, registro e forma de monitoramento			
	1.94.	A instituição garante as instalações adequadas e exclusivas para as atividades de pesquisa clínica?			
		Evidências: visita às instalações; entrevista com pesquisadores			
(RE)	1.95.	As qualificações dos profissionais com permissão para participar do programa de pesquisa clínica estão documentadas?			
		Evidências: documento com aprovação, registro e forma de monitoramento			
(RE)	1.96.	Os contratos estabelecidos entre a instituição e o patrocinador seguem as diretrizes de boas práticas em pesquisa clínica?			
		Evidências: o contrato deve incluir: - o cumprimento das diretrizes e regimento do hospital; - processos para monitoramento da qualidade, segurança e ética da pesquisa; - formas de qualificação das equipes para conduzir a pesquisa clínica; - proteção a privacidade e sigilo dos dados; - proibição de incentivos a pacientes ou pesquisadores que possam interferir nos resultados das pesquisas			
	1.97.	A relação do hospital com organizações representativas de pesquisa clínica está estabelecida em contrato e segue as normas e legislações vigentes relacionadas às boas práticas em pesquisas clínicas?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 39/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE		Evidências: o contrato deve incluir: - o cumprimento das diretrizes e regimento do hospital; - processos para monitoramento da qualidade, segurança e ética da pesquisa; - formas de qualificação das equipes para conduzir a pesquisa clínica; - proteção a privacidade e sigilo dos dados; - proibição de incentivos a pacientes ou pesquisadores que possam interferir nos resultados das pesquisas			
RE	1.98.	O hospital estabelece uma estrutura independente responsável pela revisão e monitoramento anual da pesquisa clínica?			
		Evidência: existência de auditoria interna ou outra forma de monitoramento, como indicadores			
RE	1.99.	O hospital avalia e monitora a presença de conflito de interesse, financeiro ou não, garantindo o cumprimento das boas práticas de pesquisa clínica?			
		Evidências: fluxos, processos descritos e aprovados; indicadores; termo de conflito de interesse			
RE	1.100.	O programa de pesquisa é incluído nos programas do hospital de segurança do paciente, de gerenciamento de materiais perigosos, de gerenciamento de tecnologia em saúde e gerenciamento de medicamentos?			
		Evidências: notificações de incidentes são comunicadas à estrutura de gestão da qualidade; como ocorre o descarte de resíduos de pesquisa; manutenção dos equipamentos; há farmácia própria com controle de temperatura e umidade			
RE	1.101.	Pacientes que participam de pesquisas clínicas recebem informações detalhadas sobre a sua participação na pesquisa através da assinatura do termo de consentimento específico, que devem respeitar as resoluções vigentes quanto a boas práticas em pesquisa clínica?			
		Evidências: Termo de consentimento entregue para os pacientes participantes de pesquisas clínicas.			
RE	1.102.	Pacientes e familiares são informados sobre como acessar pesquisas clínicas ou ensaios clínicos relevantes para seu tratamento?			
		Evidências: folhetos, cartazes, registros em prontuário, divulgação em sites			
RE	1.103.	A instituição segue as normas e resoluções vigentes que abordam a segurança, os direitos e o bem-estar de pacientes vulneráveis, tais como crianças, detentos, mulheres grávidas, pessoas com deficiências mentais, pessoas em condições econômicas ou educacionais			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 40/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	desfavoráveis e outros que possam correr o risco de coerção ou de influências?			
	Evidências: Termo de consentimento específico da pesquisa			
(RE)	1.104. Os processos da área de Ensino e Pesquisa estão mapeados, padronizados, documentados e atualizados no Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da instituição?			
	Evidências: fluxos e processos descritos e disponibilizados no Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da instituição			
(RE)	1.105. Os documentos padronizados da área de Ensino e Pesquisa, estão disponíveis e facilmente acessíveis a toda a comunidade institucional e em consonância com as diretrizes da Ebserh sede?			
	Evidências: documentos aprovados e disponibilizados no Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da instituição			
(RE)	1.106. Os indicadores da área de Ensino e Pesquisa são informados, conforme periodicidade dos indicadores, no sistema de monitoramento e avaliação da Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente?			
	Evidências: indicadores disponíveis no painel online e físico do Programa Gestão à Vista			
(RE)	1.107. Os indicadores são monitorados e planos de ação são realizados em caso de não conformidade?			
	Evidências: indicadores disponíveis no painel online e físico do Programa Gestão à Vista; planos de ação descritos; listas de presença e atas de reunião			
(RE)	1.108. Os planos de ação são cadastrados no Sistema de monitoramento e avaliação da área de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente?			
	Evidências: indicadores disponíveis no painel online e físico do Programa Gestão à Vista; planos de ação descritos; listas de presença e atas de reunião			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 41/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2. Assistência aos usuários

2.1. Identificação do Paciente

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	<p>2.1.1. Os pacientes são identificados usando no mínimo dois identificadores padronizados?</p> <p>Evidências: Protocolos Institucionais de Identificação do Paciente e Visita Diagnóstica para observação, devendo constar no mínimo dois identificadores, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nome completo do paciente, b) nome completo da mãe do paciente, c) data de nascimento do paciente d) número de prontuário do paciente 			
	<p>2.1.2. Os pacientes são identificados antes de serem submetidos a tratamentos e procedimentos, estando internados ou em setores com regime de hospital dia e áreas de diagnóstico e terapêutica?</p> <p>Evidências: pulseira de identificação ou etiquetas ou crachás com identificadores mínimos, padronizados pela instituição.</p>			
	<p>2.1.3. Há padronização dos identificadores (no mínimo 2 identificadores) em todos os documentos que possuem a identificação do paciente?</p> <p>Evidências: impressos à beira do leito, pulseiras, formulários contendo no mínimo 2 identificadores padronizados na instituição.</p>			

2.2. Internação

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	<p>2.2.1. O hospital define critérios para admissão de pacientes nos diferentes setores?</p> <p>Evidências: protocolos de admissão institucionalizados</p>			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 42/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.2.2. Há pactuação com o gestor em relação ao perfil de pacientes a ser atendidos?			
	Evidências: documento de contratualização.			
RE	2.2.3. As informações colhidas na internação são documentadas no prontuário do paciente?			
	Evidências: presença em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente			
	2.2.4. Há gerenciamento do perfil de pacientes internados de acordo com a pactuação com o gestor?			
	Evidências: documento de contratualização; indicadores			
	2.2.5. O hospital possui UTI, tipo II ou tipo III, conforme disposto em legislação vigente?			
	Evidências: visitas <i>in loco</i>			
RE	2.2.6. Há políticas e procedimentos que orientam o cuidado aos pacientes de alto risco e a disponibilização de serviços de alto risco (Hospitais que não possuem UTI)?			
	Evidências: documentos instituídos			
RE	2.2.7. São realizados registros relacionados à assistência ao paciente de forma completa, legível e com identificação do profissional?			
	Evidências: análise de prontuários			
	2.2.8. Existe processo de Enfermagem baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, planejamento das ações e intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados?			
	2.2.9. Evidências: análise de prontuários			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 43/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.2.10	Existe processo para integrar a equipe multiprofissional e coordenar o cuidado prestado a cada paciente em unidades críticas?			
	Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista				
	2.2.11	Existe processo para integrar a equipe multiprofissional e coordenar o cuidado prestado a cada paciente nas demais unidades?			
Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista					
	2.2.12	Existe protocolo de prevenção, diagnóstico e tratamento da sepse implementado?			
	2.2.13	Evidências: Protocolo com medidas de prevenção, detecção precoce e tratamento da sepse, implementado na maternidade, Unidades de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Emergência.			
	2.2.14	Existe protocolo de cuidados paliativos?			
Evidências: protocolos descritos, disponíveis e divulgados					
	2.2.15	Há avaliação pré-anestésica?			
Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista					
	2.2.16	Há rotina de internação padronizada?			
Evidências: protocolos descritos, disponíveis e divulgados.					
	2.2.17	Há uma rotina para manter pacientes em observação, relacionada ao processo para internar pacientes no hospital?			
Evidências: protocolos descritos, disponíveis e divulgados					
	2.2.18	Há Plano terapêutico singular (PTS)?			
Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista					

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 44/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.2.19	Há envolvimento do paciente no PTS?			
	Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista				
RE	2.2.20	Há Plano de alta?			
	Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista				
RE	2.2.21	Há mecanismos para alta responsável? <ul style="list-style-type: none"> Conciliação medicamentosa (desde a admissão). Orientação sobre dieta e nutrição. Orientação sobre manejo da dor e sinais de emergência. 			
	Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; indicadores de processo e resultado				
RE	2.2.22	Os setores de internação seguem os protocolos de transferência do cuidado entre as unidades intra-hospitalares?			
	Evidências: resumo de transferência; prontuário do paciente. O documento clínico resumido do paciente é transferido com o paciente e inclui: o estado do paciente; os procedimentos e outras intervenções realizados; as necessidades de cuidados continuados.				
RE	2.2.23	Há mecanismos para sinalizar precauções padrões e adicionais?			
	Evidências: processos descritos e instituídos; visita às unidades de internação; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista				
RE	2.2.24	Há respeito à privacidade do paciente?			
	Evidências: processos descritos e instituídos; visita às unidades de internação; entrevista				
RE	2.2.25	A higienização das mãos é oportunizada nos pontos de assistência?			
	Evidências: pia com torneiras sem acionamento manual, água, sabão, antissépticos e papel toalhas.				
RE	2.2.26	O hospital oferece precauções de barreira e procedimentos de isolamento, no intuito de proteger a equipe, os pacientes e os visitantes?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 45/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; visita; entrevista.				
	2.2.27 Há monitoramento de indicadores para a melhoria de processos gerenciais da unidade?				
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; atas de reuniões.				
	2.2.28 Há evidências de ciclos de melhoria?				
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação				
RE	2.2.29 O hospital considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para planejamento do cuidado?				
	Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista				
RE	2.2.30 Os setores de internação cumprem as determinações do plano de gerenciamento de resíduos de saúde?				
	Evidências: processos descritos e instituídos; visitas; entrevista				
RE	2.2.31 Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) referentes a internação?				
	Evidências: manuais disponíveis e divulgados				
	2.2.32 Pacientes, familiares e demais responsáveis são informados a respeito de riscos e benefícios, assim como sobre alternativas relacionadas aos cuidados prestados?				
	Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; consentimento informado.				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 46/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.3. Alta, encaminhamento e acompanhamento

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
2.3.1.	O resumo de alta possibilita a continuidade do cuidado?			
	Evidências: relatórios/resumo de alta e prontuário do paciente. Verificar se o resumo de alta possui: <ul style="list-style-type: none"> ✓ os motivos da admissão, diagnósticos e comorbidades ✓ constatações físicas significativas e outras constatações ✓ os procedimentos de diagnóstico e terapêuticos executados? ✓ medicamentos significativos, incluindo medicamentos da alta? ✓ a condição/estado do paciente por ocasião da alta? ✓ as instruções relacionadas a continuidade do tratamento? 			
2.3.2.	O hospital possui perfil epidemiológico definido?			
	Evidências: relatórios; indicadores			

2.4. Atendimento ambulatorial

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE) 2.4.1.	Existe médico no local durante o horário de funcionamento para atendimento de consultas novas e subsequentes?			
	Evidências: visita; entrevista; escala de profissionais disponível para ampla consulta			
(RE) 2.4.2.	Existe sistema de agendamento por especialidade das consultas?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros de agendamento; visita; entrevista			
(RE) 2.4.3.	Está disponível material, instrumental e equipes para a execução dos procedimentos, de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 47/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.4.4. Há planejamento de distribuição de consultórios e horários adequados ao perfil de demanda?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros de agendamento; visita; entrevista; avaliação dos registros de consultas executadas.			
RE	2.4.5. A área de cirurgia ambulatorial tem circulação restrita e está adequada?			
	Evidências: visita; entrevista			
RE	2.4.6. A higienização das mãos é oportunizada nos pontos de assistência?			
	Evidências: pia com torneiras sem acionamento manual, água, sabão, antissépticos e papel toalhas.			
RE	2.4.7. O hospital oferece precauções de barreira e procedimentos de isolamento, no intuito de proteger a equipe, os pacientes e os visitantes?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; visita; entrevista.			
RE	2.4.8. Dispõe de condições técnicas para atendimento às emergências (materiais e medicamentos)?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			
RE	2.4.9. Existe fluxo de internação hospitalar em situações de emergência?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; visita; entrevista			
	2.4.10. Possui estrutura para atendimento a grupos especiais?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita; entrevista			
RE	2.4.11. Realiza orientações ao paciente sobre os procedimentos a que será submetido?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 48/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; visita; entrevista			
2.4.12	Existem Programas para atendimento multiprofissional de pacientes com doenças crônicas?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; visita; entrevista			
2.4.13	Existem ações de educação em saúde para os pacientes e comunidade?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista; listas de presença; programação e relatórios de eventos			
2.4.14	Existem ações voltadas para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista			
2.4.15	Possui sistema de análise crítica dos casos atendidos no ambulatório?			
	Evidências: processos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista; planos de ação			
2.4.16	Monitora as taxas e indicadores específicos de assistência ambulatorial que permitem análise e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista			
2.4.17	Realiza ciclos de melhoria com impacto sistêmico no ambulatório?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
2.4.18	Há sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) no ambulatório?			
	Evidências: relatórios e indicadores pesquisas de satisfação anuais			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 49/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.5. Obstetrícia e Neonatologia

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	<p>2.5.1. Os profissionais que atuam nas áreas de obstetrícia e neonatologia tem competência e capacitação compatíveis com o perfil assistencial?</p> <p>Evidências: portarias de nomeação, certificados de responsabilidade técnica, habilitações de acordo a portaria MS nº 930, de 10 de maio de 2012.</p>			
(RE)	<p>2.5.2. O hospital possui política de aleitamento materno atualizada e implantada?</p> <p>Evidências: política descrita, disponível; indicadores; visita; registros em prontuário; entrevista</p>			
	<p>2.5.3. Possui Selo de Qualidade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança?</p> <p>Evidências: Selo de Qualidade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança atualizado</p>			
(RE)	<p>2.5.4. O hospital informa a todas as gestantes sobre os benefícios e instrui ao correto manejo do aleitamento materno?</p> <p>Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista; impressos e outros materiais de instrução</p>			
(RE)	<p>2.5.5. 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 Organização Mundial da Saúde – OMS?</p> <p>Evidências: análise de prontuários e das demais documentações pertinentes.</p>			
(RE)	<p>2.5.6. O hospital incentiva as mães ao contato pele a pele na primeira hora após o nascimento do bebê?</p> <p>Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista; impressos e outros materiais de instrução</p>			
(RE)	<p>2.5.7. O hospital estimula as mães a manterem a lactação mesmo se separadas dos filhos, exceto nos casos de contraindicações?</p> <p>Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista; impressos e outros materiais de instrução</p>			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 50/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	2.5.8.	O hospital estabelece ações para o uso racional de fórmulas lácteas?			
		Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista			
(RE)	2.5.9.	O hospital pratica o alojamento conjunto, permitindo que as mães e os recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia?			
		Evidências: processos descritos, disponíveis; visita; entrevista			
(RE)	2.5.10.	O hospital incentiva o aleitamento materno sob livre demanda?			
		Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista; impressos e outros materiais de instrução			
	2.5.11.	O hospital não oferece bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes, exceto em casos especiais, prescritos por profissionais habilitados?			
		Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; entrevista; visita			
	2.5.12.	O hospital promove a formação de grupos de apoio à amamentação?			
		Evidências: processos descritos, disponíveis; atas e listas de presença de encontros			
	2.5.13.	Os profissionais de saúde do hospital estimulam a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos de idade ou mais?			
		Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista; impressos e outros materiais de instrução			
(RE)	2.5.14.	O hospital realiza acolhimento com classificação de risco em obstetrícia?			
		Evidências: manual de acolhimento implantado com processos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; visita			
(RE)	2.5.15.	O hospital elabora protocolos clínicos (multidisciplinares) de acordo com o seu perfil assistencial?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 51/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes e eventos adversos			
2.5.16.	O hospital possui, minimamente, os seguintes protocolos clínicos implementados: a. Parto seguro b. Assistência ao neonato na sala de parto c. Atendimento de emergência obstétrica d. Assistência pré-operatória e. Assistência pós-operatória f. Assistência pré-natal g. Administração de anestésicos			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes e eventos adversos.			
2.5.17.	O hospital monitora a adesão aos protocolos clínicos (multidisciplinares)?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes e eventos adversos			
2.5.18.	O hospital realiza a lista de verificação de parto seguro?			
	Evidências: lista de verificação em prontuário; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes e eventos adversos			
2.5.19.	É assegurada a presença de equipe treinada em reanimação neonatal na sala de parto?			
2.5.20.	Evidências: listas de presença de treinamentos realizados com a equipe; certificados de profissionais que participaram do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.			
2.5.21.	O hospital disponibiliza métodos não-farmacológicos de alívio da dor?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista			
2.5.22.	O hospital disponibiliza métodos farmacológicos de alívio da dor?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; indicadores; registros em prontuário; entrevista			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 52/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.5.23.	O hospital incentiva boas práticas de atenção humanizada, tais como: clampeamento oportuno de cordão; contato pele a pele; amamentação na primeira hora de vida?			
	Evidências: análise de prontuários, indicadores, protocolos institucionais, visita, entrevista.				
	2.5.24.	O hospital adota medidas para controle térmico do recém-nascido prematuro e do recém-nascido a termo na sala de parto?			
	Evidências: protocolos institucionais, visita, entrevista.				
	2.5.25.	O hospital incentiva a redução da realização de procedimentos invasivos, tais como: rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas?			
	Evidências: análise de prontuários, indicadores, protocolos institucionais, visita, entrevista.				
	2.5.26.	Há comissão para investigação de morte materno infantil?			
	Evidências: portaria de nomeação; protocolos descritos, disponíveis; indicadores; atas de reunião; planos de ação				
RE	2.5.27.	O hospital monitora o indicador mínimos estabelecidos pela Ebserh?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista				
	2.5.28.	O hospital monitora os indicadores de maternidades facultativos, estabelecidos pela Ebserh?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista				
RE	2.5.29.	O hospital estabelece boas práticas relacionadas ao banco de leite?			
	Evidências: processos descritos, disponíveis; indicadores; notificações de incidentes				
RE	2.5.30.	O hospital autoriza acompanhante, indicado pela parturiente, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; registros de acesso; entrevista				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 53/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

(RE)	2.5.31.	O hospital realiza plano de parto em conjunto com a gestante?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; indicadores; plano de parto registrado; registros em prontuário; entrevista				
(RE)	2.5.32.	O hospital disponibiliza atendimento UTIN quando necessário?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; registros em prontuário; entrevista; visita				
(RE)	2.5.33.	O hospital disponibiliza atendimento UTI materna quando necessário?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; registros em prontuário; entrevista; visita				
(RE)	2.5.34.	O hospital adota estratégias de identificação e abordagem dos Casos de Near Miss materno (NMM)?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; registros em prontuário; entrevista; visita; indicadores; planos de ação				
(RE)	2.5.35.	Há respeito à privacidade da paciente?			
	Evidências: protocolos descritos, disponíveis; entrevista; visita				
(RE)	2.5.36.	A maternidade oportuniza a devida higienização das mãos??			
	Evidências: pias em locais adequados, água, sabão, antissépticos e papel toalhas.				
(RE)	2.5.37.	A neonatologia adota método de análise crítica sistemática dos procedimentos de obstetrícia e perinatologia?			
	Evidências: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.				
(RE)	2.5.38.	Há mecanismos para alta segura e planejada, com participação da mãe/responsável legal?			
	Evidências: plano de alta multiprofissional; processos e procedimentos descritos para conciliação medicamentosa; orientação sobre dieta e nutrição; orientação sobre manejo da dor				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 54/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	e sinais de emergência; conferência de pulseiras; caderneta de vacinação; encaminhamentos; acompanhamentos/retornos para mãe e bebê agendados.			
2.5.39.	Existem ações sistemáticas para a melhoria de processos e integração institucional?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação; registros de ações pós-notificação de incidentes; contratos de processos.			
2.5.40.	Utiliza o TCLE para procedimentos invasivos e anestesia?			
	Evidências: análise de prontuários, visitas, entrevista.			
2.5.41.	São empregados os norteadores da Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru?			
	Evidências: protocolos, normas e rotinas da unidade neonatal; visita; entrevista.			
RE 2.5.42.	A neonatologia monitora casos de readmissão não programada?			
	Evidências: indicadores; relatórios; planos de ação			

2.6. Emergência

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE 2.6.1.	O hospital possui equipe multiprofissional?			
	Evidências: escala de profissionais; entrevista; registros em prontuário			
RE 2.6.2.	O hospital possui sistema de classificação de risco?			
	Evidências: protocolo descrito, publicado; visita; entrevista; registros em prontuário; notificações sobre incidentes; indicadores			
2.6.3.	O hospital registra as ações assistenciais dos pacientes em observação?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 55/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente			
2.6.4.	O hospital possui descrição de plano para múltiplas vítimas e catástrofes com evidência de treinamento periódico?			
	Evidências: plano descrito, publicado; visita; entrevista; registros em prontuário; notificações sobre incidentes; indicadores; listas de presença			
2.6.5.	O hospital possui protocolos para identificar e administrar situações de superlotação e picos?			
	Evidências: protocolo descrito, publicado; indicadores; relatórios; planos de ação.			
2.6.6.	O hospital possui equipamentos, medicamentos e materiais compatíveis com a estrutura do serviço de emergência?			
RE	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			
2.6.7.	O hospital possui local exclusivo, com acesso independente, espaços diferenciados para consultas, procedimentos e área de observação individualizada, com fonte de oxigênio, ar comprimido e vácuo?			
	Evidências: visita às instalações			
2.6.8.	O hospital possui locais de atendimento com condições de higienização das mãos, ventilação e iluminação adequadas?			
	Evidências: visita às instalações; entrevistas			
2.6.9.	Há local para descanso noturno dos plantonistas?			
	Evidências: visita às instalações; entrevistas			
2.6.10	Há descrição dos procedimentos adotados nos casos de atendimento a agressão física e psicológica?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de doenças e agravos; visita; entrevista			
2.6.11	O setor de emergência realiza monitoramento dos seus indicadores para análise crítica dos casos atendidos?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 56/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista			
2.6.12	Existem ações sistemáticas para a melhoria de processos e integração institucional?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação; registros de ações pós-notificação de incidentes			

2.7. Centro Cirúrgico

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
2.7.1.	Pacientes, familiares e demais responsáveis são informados a respeito de riscos e benefícios, assim como sobre alternativas relacionadas ao procedimento cirúrgico planejado?			
	Evidências: TCLE assinado em prontuários			
2.7.2.	O cirurgião documenta as informações?			
	Evidências: prontuário do paciente; ficha cirúrgica; checklist de cirurgia segura			
2.7.3.	O relatório cirúrgico fica disponível imediatamente após a cirurgia, antes de o paciente ser transferido para o próximo nível de cuidados?			
	Evidências: prontuário do paciente; visita à unidade cirúrgica			
2.7.4.	O hospital dispõe de protocolo de cirurgia segura descrito e implementado?			
	Evidências: protocolo implementado; registro em prontuário			
2.7.5.	Há monitoramento do protocolo de cirurgia segura?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 57/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.7.6.	O hospital elabora mapa cirúrgico diariamente?			
	Evidências: mapa cirúrgico atualizado			
2.7.7.	O hospital realiza o gerenciamento do mapa cirúrgico?			
	Evidências: relatórios; indicadores; entrevista			
2.7.8.	Há escala de profissionais adequada à programação cirúrgica e recuperação pós-anestésica, e que contemple as emergências?			
	Evidências: escala de profissionais disponível em local de fácil acesso			
2.7.9.	Os medicamentos e correlatos, equipamentos e instalações são adequados aos procedimentos cirúrgicos?			
	Evidências: visita às instalações; notificações sobre incidentes e desabastecimento de tecnologias			
2.7.10	Os protocolos de antissepsia do paciente estão descritos e implantados no Centro Cirúrgico?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; indicadores; entrevista			
2.7.11	O acionamento das torneiras é realizado sem o uso das mãos?			
	Evidências: visita às instalações; entrevistas			
2.7.12	Há local específico para a guarda de equipamentos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; entrevistas			
2.7.13	Há vestiários, materiais para paramentação e EPIs disponíveis apropriados para o serviço?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; entrevistas			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 58/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.7.14	Há cumprimento das normas da Comissão de Controle de Infecção e de biossegurança?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; entrevistas; indicadores; notificações de incidentes			
2.7.15	Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis			
2.7.16	O centro cirúrgico realiza monitoramento de seus indicadores para análise crítica dos casos atendidos?			
	Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
2.7.17	O hospital estabelece protocolos de segurança para a administração de anestésicos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário			
2.7.18	O centro cirúrgico identifica os riscos assistenciais do paciente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista			
2.7.19	O centro cirúrgico dispõe de plano de alta multidisciplinar para continuidade do cuidado extra-hospitalar?			
	Evidências: plano de alta instituído; registros em prontuário; entrevistas			
2.7.20	O hospital dispõe de mecanismos e procedimentos para o armazenamento, conservação, transporte, rastreabilidade e descarte apropriado do material biológico humano e a amostra de material biológico, visando a sua integridade e preservação?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; visita às instalações; indicadores; registros em prontuário; registros administrativos; notificações sobre incidentes			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 59/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.8. Anestesiologia

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	2.8.1. Os serviços de anestesia estão disponíveis para atender às necessidades do paciente, inclusive para emergências?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; visita às instalações; indicadores; registros em prontuário; registros administrativos; notificações sobre incidentes; escalas de profissionais			
RE	2.8.2. Há protocolo para sedação e anestesia que contemple todo o hospital?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes.			
RE	2.8.3. Os serviços de anestesia estão sob a coordenação técnica de um especialista em anestesiologia?			
	Evidências: portaria de nomeação			
	2.8.4. O serviço de anestesiologia realiza monitoramento dos seus indicadores para análise crítica dos casos atendidos?			
	Evidências: sistema de análise crítica, painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
RE	2.8.5. Os protocolos de atendimento e os suprimentos de emergência estão prontamente disponíveis e são personalizados de acordo com o tipo de sedação, sendo executada de acordo com a idade e a condição médica do paciente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			
RE	2.8.6. Há profissional com treinamento avançado em manutenção das funções vitais disponível no momento em que os procedimentos para sedação estiverem sendo executados?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; escala de times de resposta rápida; notificação de incidentes; entrevistas			
	2.8.7. Há profissional responsável pelo monitoramento do paciente durante o período de sedação?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; escala de profissionais; entrevistas			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 60/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE		São estabelecidos critérios para a recuperação da sedação para procedimentos e há evidência de registro da informação?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificação de incidentes			
RE	2.8.8.	São estabelecidos critérios para a alta da sedação para procedimentos e há evidência de registro da informação?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificação de incidentes			
RE	2.8.9.	O paciente, a família e/ou responsável são informados da analgesia após procedimentos?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário; registros de ouvidoria			
RE	2.8.10	A avaliação pré-anestésica com planejamento do procedimento a ser realizado é executada e documentada no prontuário do paciente?			
		Evidências: verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente			
	2.8.11	É realizada uma avaliação na admissão no centro cirúrgico para reavaliar os pacientes imediatamente antes da indução da anestesia?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário			
RE	2.8.12	Os procedimentos realizados durante o ato anestésico são registrados em formulário (boletim de anestesia) específico com identificação dos profissionais responsáveis e arquivado em prontuário?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário; boletim de anestesia			
RE	2.8.13	Há um protocolo para procedimentos anestésicos descrito e implantado?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário; indicadores; notificações de incidentes			
	2.8.14	O protocolo de procedimentos anestésicos é monitorado?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 61/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
2.8.15	Os pacientes são monitorados durante o período de recuperação pós-anestésica?			
	Evidências: verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente			
RE 2.8.16	É realizada e documentada a alta da unidade de recuperação pós-anestésica?			
	Evidências: verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente			
2.8.17	A hora em que a recuperação é iniciada e a hora em que a fase de recuperação é concluída são registradas no prontuário do paciente?			
	Evidências: verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente			
2.8.18	O serviço de recuperação pós-anestésica segue os protocolos de transferência do cuidado entre as unidades intra-hospitalares?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes			
RE 2.8.19	A escala de anestesistas é gerenciada para atender a programação cirúrgica e os requisitos do protocolo de cirurgia segura?			
	Evidências: escalas de profissionais; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes			
RE 2.8.20	Há cumprimento das normas da Comissão de Controle de Infecção e de biossegurança?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista			
RE 2.8.21	Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
	Evidências: manuais disponíveis e atualizados			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 62/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.9. Tratamento intensivo

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	2.9.1.	Há um profissional médico responsável técnico habilitado? Evidências: portaria de nomeação, comprovação da habilitação.			
(RE)	2.9.2.	Há equipe multiprofissional dimensionada conforme a legislação vigente? Evidências: escala de profissionais; registros administrativos; registros em prontuário			
(RE)	2.9.3.	A equipe médica da UTI conta com quadro de especialistas dimensionados conforme o modelo assistencial e o perfil de demanda? Evidências: escala de profissionais; registros administrativos; registros em prontuário; indicadores; notificações sobre incidentes			
(RE)	2.9.4.	Há equipe médica e de enfermagem exclusiva nas 24h e distribuição em escalas de plantão de acordo com o perfil de demanda e modelo assistencial? Evidências: escala de profissionais; registros administrativos; registros em prontuário			
(RE)	2.9.5.	Há um profissional enfermeiro responsável técnico (especialista em terapia intensiva) para coordenar a equipe de enfermagem? Evidências: publicação de portaria, comprovação da habilitação.			
(RE)	2.9.6.	Há um profissional fisioterapeuta responsável técnico (especialista em terapia intensiva) para coordenar a equipe de fisioterapia? Evidências: publicação de portaria, comprovação da habilitação.			
(RE)	2.9.7.	Os procedimentos da assistência realizada na UTI são registrados em prontuário? Evidências: verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 63/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	2.9.8.	Os leitos são distribuídos de modo que permita visualização constante dos clientes/pacientes?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; visita às instalações; entrevistas				
	2.9.9.	Há sistemática para preservar o ciclo dia/noite dos clientes/pacientes internados?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros em prontuário				
RE	2.9.10.	Há respeito à privacidade do paciente?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros de ouvidoria				
RE	2.9.11.	Há procedimentos para garantir informações aos familiares e aos responsáveis pelo cliente/paciente?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros de ouvidoria; registros em prontuário				
RE	2.9.12.	Há horário ou política definida para as visitas externas aos pacientes?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros de ouvidoria; registros de acesso				
	2.9.13.	A política de visitas inclui horário estendido (flexibilização do horário)?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros de ouvidoria; registros de acesso				
RE	2.9.14.	Há material, instrumental, medicamentos e correlatos para a execução dos procedimentos, de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista				
RE	2.9.15.	Há condições técnicas para o atendimento às emergências (materiais, medicamentos e equipamentos)?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 64/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.9.16.	Há oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito?			
		Evidências: visita às instalações; entrevistas			
RE	2.9.17.	Há disponibilidade imediata de recursos relacionados à diagnose e terapêutica, de acordo com o modelo assistencial e o perfil de demanda?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			
RE	2.9.18.	Há condições de higienização das mãos, acessível inclusive aos visitantes externos (na entrada e saída)?			
		Evidências: visita às instalações; entrevistas			
	2.9.19.	O hospital estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/risco, com base em diretrizes e evidências científicas?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário; indicadores			
	2.9.20.	O hospital estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao paciente em cuidados intensivos com base em diretrizes e evidências científicas?			
		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário; indicadores			
	2.9.21.	O processo de assistência contempla medidas específicas de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, supervisionada pela Comissão de Controle de Infecção?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista			
	2.9.22.	A UTI realiza monitoramento dos seus indicadores para análise crítica dos casos atendidos?			
		Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 65/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	2.9.23.	O hospital possui critérios definidos para admissão e alta da UTI?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista				
	2.9.24.	A UTI segue os protocolos de transferência do cuidado entre as unidades intra-hospitalares?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista				
	2.9.25.	A UTI utiliza as informações e as manifestações dos pacientes, dos acompanhantes e da equipe multiprofissional para melhoria do processo?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; registros de ouvidoria; pesquisa de satisfação; planos de ação				
RE	2.9.26.	A UTI cumpre critérios para a prática segura de transporte interno de pacientes?			
Evidências: protocolos descritos e disponíveis; visita às instalações; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes					
RE	2.9.27.	Há plano terapêutico singular?			
Evidências: plano terapêutico singular instituído; registros em prontuário					
RE	2.9.28.	Há plano de alta da unidade?			
Evidências: plano de alta instituído; registros em prontuário; entrevistas					
RE	2.9.29.	A UTI considera as características individuais dos pacientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para planejamento do cuidado?			
Evidências: processos descritos e instituídos; verificar em 10 prontuários ou em outro documento selecionados aleatoriamente; entrevista					
RE	2.9.30.	A UTI cumpre as determinações do plano de gerenciamento de resíduos?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 66/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: procedimentos estabelecidos e disponíveis; visita às instalações; indicadores (acidentes com perfurocortantes, por exemplo); notificações de doenças e agravos			
2.9.31.	A UTI acompanha e analisa as causas das readmissões não planejadas?			
	Evidências: indicadores; relatórios; entrevista; planos de ação			
2.9.32.	A UTI estabelece sistemática de identificação e mobilização de doadores de órgãos, tecidos e células?			
	Evidências: protocolos estabelecidos e disponíveis; indicadores; impressos e outros materiais instrucionais atualizados e disponíveis; registros em prontuário			
2.9.33.	A UTI utiliza métodos para classificação da gravidade do paciente, relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida?			
	Evidências: protocolos estabelecidos e disponíveis; indicadores; registros em prontuários			

2.10. Hemoterapia

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
2.10.1.	Há responsável técnico habilitado?			
	Evidências: portaria de nomeação			
2.10.2.	O Serviço de Hemoterapia está habilitado de acordo com as normas e regulamentos vigentes?			
	Evidências: inscrição no CNES; visita; entrevista; documento de contratualização.			
2.10.3.	Possui condições estruturais e operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o paciente e trabalhadores, conforme normas e regulamentos do serviço?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 67/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: visita às instalações; notificações de doenças e agravos; indicadores			
RE	2.10.4. Há documentação e registros de todas as fases do processo hemoterápico?			
	Evidências: protocolos e procedimentos descritos e disponíveis; registros administrativos; registros em prontuário			
RE	2.10.5. Há mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e descarte dos hemocomponentes (tecidos e células)?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; visita às instalações; indicadores; registros em prontuário; registros administrativos; notificações sobre incidentes			
RE	2.10.6. Há controle de qualidade de produção hemoterápica?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes			
RE	2.10.7. O serviço dispõe de estrutura e insumos que oportunize a higienização das mãos no ponto de assistência?			
	Evidências: visita às instalações; entrevistas; notificações sobre incidentes e desabastecimento de tecnologias			
RE	2.10.8. Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
	Evidências: manuais e outros documentos disponíveis e atualizados (menos de 2 anos)			
RE	2.10.9. Há Comitê Transfusional constituído?			
	Evidências: portaria de nomeação; atas de reunião			
RE	2.10.10. O Comitê Transfusional realiza a análise crítica dos processos hemoterápicos?			
	Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 68/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	2.10.11.	Há sistema de análise crítica dos procedimentos hemoterápicos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes				
	2.10.12.	O Serviço de Hemoterapia desenvolve estratégias para capacitação de doadores de sangue?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; indicadores				
	2.10.13.	O Serviço de Hemoterapia monitora taxas e indicadores específicos que permitem análises e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação				
RE	2.10.14.	O Serviço de Hemoterapia adota estratégias voltadas ao uso racional de hemocomponentes?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; indicadores; material de divulgação				
	2.10.15.	O Serviço de Hemoterapia participa da hemovigilância?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
	2.10.16.	O Serviço de Hemoterapia participa da biovigilância?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
RE	2.10.17.	Há ações de acompanhamento do fornecimento e da qualidade da bolsa de sangue?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes; planos de ação				
RE	2.10.18.	O Serviço de Hemoterapia segue as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 69/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.10.19. O Serviço de Hemoterapia dispõe de plano com medidas de segurança para garantir a estabilidade das bolsas de sangue?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; planos de ação			
RE	2.10.20. O Serviço de Hemoterapia segue as recomendações do PGRSS?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; planos de ação			
RE	2.10.21. O serviço de hemoterapia garante programa de capacitação e de atualização técnica para todo o pessoal envolvido nos procedimentos, e registros das atividades referentes ao ciclo do sangue?			
	Evidências: registros de capacitações e treinamentos; registros do cumprimento das determinações legais referentes à saúde dos trabalhadores e instruções de biossegurança, conforme a legislação vigente.			
RE	2.10.23. Há estratégias voltadas para disponibilização para transfusão maciça?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; planos de ação			

2.11. Reabilitação

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	2.11.1. Há responsável técnico habilitado?			
	Evidências: portaria de nomeação			
	2.11.2. Há registros dos procedimentos realizados pelo serviço de reabilitação?			
	Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário			
RE	2.11.3. O Serviço adota as medidas de segurança do paciente durante o atendimento de reabilitação?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 70/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

		Evidências: protocolos descritos e disponíveis; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes			
RE	2.11.4.	O serviço dispõe de estrutura e insumos que oportunize a higienização das mãos?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			
RE	2.11.5.	O Serviço de Reabilitação adota as medidas de precauções padronizadas e rotina de controle de infecção?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista			
RE	2.11.6.	Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
		Evidências: manuais e outros			
	2.11.7.	Há sistema de análise crítica dos procedimentos de reabilitação?			
		Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
	2.11.8.	O Serviço de Reabilitação participa da elaboração do plano terapêutico singular?			
		Evidências: PTS; registros em prontuário			
	2.11.9.	O Serviço de Reabilitação participa da visita multiprofissional?			
		Evidências: protocolos e procedimentos; registros em prontuário			
	2.11.10.	O Serviço de Reabilitação estabelece procedimentos de orientação aos pacientes?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; material de orientação			
	2.11.11.	O Serviço de Reabilitação oferece procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 71/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário			
2.11.12	O Serviço de Reabilitação monitora as taxas e indicadores específicos que permitem análises e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			

2.12. Medicina Nuclear e Radioterapia

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	2.12.1.	Há responsáveis técnicos habilitados na área médica e em radioproteção?			
		Evidências: portaria de nomeação			
RE	2.12.2.	Há certificado do supervisor de Proteção Radiológica, atualizado, emitido pela CNEN, de acordo com a legislação vigente?			
		Evidência: certificado vigente			
RE	2.12.3.	Há autorização para Operação da CNEN?			
		Evidências: autorização vigente			
RE	2.12.4.	A equipe multiprofissional recebe capacitação periódica para o manejo dos equipamentos e manipulação dos materiais radioativos?			
		Evidências: listas de presença; indicadores			
RE	2.12.5.	O Serviço de Medicina Nuclear possui plano de radioproteção com responsabilidade técnica, aprovado?			
		Evidências: planos e procedimentos descritos aprovados e disponíveis; visita			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 72/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.12.6. Há Comissão de Proteção Radiológica?			
	Evidências: portaria de nomeação; atas de reunião			
RE	2.12.7. O Serviço de Medicina Nuclear obedece às normas de proteção estabelecidas para o trabalho com substâncias radioativas?			
	Evidências: planos e procedimentos descritos aprovados e disponíveis; visita; entrevista; indicadores			
	2.12.8. Há projeto de blindagem radiológica das salas onde é utilizada a radiação ionizante, conforme legislação vigente?			
	Evidência: projeto de blindagem implementado.			
RE	2.12.9. Há um Plano de Gerenciamento de medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para saúde, produtos de higiene, saneantes, sangue e hemocomponentes do serviço, assinado pelo Responsável Técnico e pelo Responsável Legal?			
	Evidências: planos e procedimentos descritos aprovados e disponíveis; visita; entrevista			
	2.12.10. Há um Plano de Gerenciamento de produtos para a saúde com conjunto mínimo de testes conforme normas vigentes (CNEN)?			
	Evidências: planos e procedimentos descritos aprovados e disponíveis; visita; entrevista; indicadores; notificações de incidentes e doenças e agravos			
	2.12.11. O alvará de licenciamento do Serviço de Medicina Nuclear expedido pela Vigilância Sanitária local está condicionado à apresentação da Autorização para Operação emitida pela CNEN?			
	Evidências: alvará válido			
RE	2.12.12. O Serviço de Medicina Nuclear emite relatório de avaliação periódica da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN)?			
	Evidências: relatório de avaliação periódica emitido; indicadores; planos de ação			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 73/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.12.13	Há processos definido e implementado para situações de derramamento?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; entrevista				
RE	2.12.14	Há processos definido e implementado para situações de extravasamento?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; entrevista				
RE	2.12.15	O Serviço de Medicina Nuclear registra os procedimentos com radioisótopos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros administrativos; indicadores				
RE	2.12.16	O Serviço de Medicina Nuclear possui condições estruturais e operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o paciente e trabalhadores, conforme normas e regulamentos do serviço?			
	Evidências: visitas às instalações; entrevistas				
RE	2.12.17	O serviço dispõe de estrutura e insumos que oportunize a higienização das mãos no ponto de assistência?			
	Evidências: pia com torneiras sem acionamento manual, água, sabão, antissépticos e papel toalhas.				
RE	2.12.18	O Serviço de Medicina Nuclear adota as medidas de segurança do paciente durante o atendimento?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista				
RE	2.12.19	O Serviço de Medicina Nuclear estabelece ações de medição da radiação ambiental?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros administrativos; notificações de incidentes; entrevista				
RE	2.12.20	Os radiofármacos são acondicionados em local específico, em conformidade com as normas vigentes?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 74/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: visitas às instalações; entrevistas			
RE	2.12.21. Existe um local para gerenciamento dos rejeitos radioativos que assegure a não contaminação e a não exposição?			
	Evidências: visitas às instalações; entrevistas			
RE	2.12.22. Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
	Evidências: manuais disponíveis e aprovadas			
	2.12.23. O Serviço de Medicina Nuclear monitora taxas e indicadores específicos que permitem análises e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
	2.12.24. Existe um sistema de análise crítica dos procedimentos de Medicina Nuclear?			
	Evidências: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
RE	2.12.25. Há procedimentos de orientação aos pacientes?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista; registros de ouvidoria			
RE	2.12.26. Há um sistema de controle de qualidade de acordo com legislação vigente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; notificações de incidentes e queixas técnicas; visita; entrevista			
RE	2.12.27. Há um Plano de Proteção Radiológica atualizado e implantado?			
	Evidências: plano atualizado e implementado; indicadores			
RE	2.12.28. Os profissionais utilizam dosímetros pessoais?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 75/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; notificações sobre desabastecimento; visitas; entrevista			
RE	2.12.29	Há um Programa de monitoramento individual da dose ocupacional?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; notificações sobre doenças de notificação compulsória; registros de monitoramento em pasta funcional; indicadores; visitas; entrevista			
RE	2.12.30	Há registros de controle de aferição dos equipamentos?			
		Evidências: registros de aferição dos equipamentos; notificações sobre tecnovigilância			
RE	2.12.31	Há monitoramento do programa de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, incluindo calibração?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis, notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista; indicadores			
RE	2.12.32	O Serviço de Radioterapia adota as medidas de precauções padronizadas e rotina de controle de infecção?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; notificações sobre incidentes; visita; entrevista			
RE	2.12.33	O serviço gerencia os incidentes relacionados as complicações referentes à radioterapia?			
		Evidências: sistema de notificação implementado; indicadores; planos de ação			
	2.12.34	Há um sistema de análise crítica dos procedimentos de Radioterapia?			
		Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
	2.12.35	O Serviço de Radioterapia participa de grupos de trabalho de abordagem integral do câncer e intercâmbio com outros serviços?			
		Evidências: atas de reunião; listas de presença			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 76/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.12.36	Existem procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento dos casos atendidos, visando à melhoria da técnica e acompanhamento dos efeitos colaterais da Radioterapia?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações sobre incidentes; indicadores; visita; entrevista				
RE	2.12.37	Existem procedimentos de orientação ao paciente em tratamento com radioterapia?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista; registros de ouvidoria				
RE	2.12.38	O Serviço de Radioterapia monitora taxas e indicadores específicos que permitem análises e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação				

2.13. Terapia Antineoplásica

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	2.13.1.	Há responsável técnico habilitado em Cancerologia Clínica, com titulação reconhecida pelo CFM?			
Evidências: documento que ateste a responsabilidade técnica.					
RE	2.13.2.	Há equipe multiprofissional em Terapia Antineoplásica (EMTA) constituída?			
Evidências: portaria de nomeação; atas de reunião					
RE	2.13.3.	Há enfermeiro responsável técnico pelas atividades de enfermagem, com Registro no COREN?			
Evidências: documento que ateste a responsabilidade técnica.					

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 77/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	2.13.4.	Há médico durante o período de funcionamento do serviço de terapia antineoplásica para atendimento das intercorrências clínicas da terapia antineoplásica?			
		Evidências: escala de profissionais; registros em prontuário; notificações sobre incidentes			
RE	2.13.5.	Há farmacêutico responsável técnico pelas atividades de farmácia, com registro no CRF, podendo ser este profissional vinculado à Farmácia contratada?			
		Evidências: documento que ateste a responsabilidade técnica.			
	2.13.6.	Há um sistema de controle de qualidade de acordo com legislação vigente?			
		Evidências: sistemas de controle, indicadores, notificações sobre incidentes e queixas técnicas			
RE	2.13.7.	Há um programa de segurança no preparo e administração de quimioterápico em conformidade com o plano de prevenção e controle de infecção?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; indicadores; visita; entrevista			
RE	2.13.8.	O hospital disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPIs) e coletivos (EPCs) de forma sistemática para a prevenção de acidentes?			
		Evidência: Entrevistas e observação.			
	2.13.9.	O hospital possui sistema de rastreabilidade dos quimioterápicos preparados e administrados?			
		Evidências: sistema de rastreabilidade implementado; painel gestão à vista; entrevista; planos de ação; notificações sobre incidentes			
RE	2.13.10.	Há sala exclusiva para preparação de medicamentos com cabine de segurança biológica?			
		Evidências: visita às instalações; entrevistas			
RE	2.13.11.	O serviço dispõe de atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso, e em plenas condições de funcionamento?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 78/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

		Evidências: escala de profissionais; registro em prontuário; registros de ouvidoria			
	2.13.12.	O hospital assegura condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração e descarte da terapia antineoplásica?			
		Evidências: protocolos e procedimentos implementados; painel gestão à vista; entrevista; planos de ação; notificações sobre incidentes			
RE	2.13.13.	Para casos de contaminação acidental no transporte da terapia antineoplásica, o serviço realiza notificação compulsória do ocorrido?			
		Evidências: sistema de notificação; indicadores			
	2.13.14.	Há notificações sistemáticas de incidentes relacionadas ao processo de terapia antineoplásica?			
		Evidências: sistema de notificação implementado; registros de ações pós-notificação; indicadores			
RE	2.13.15.	Existe protocolo escrito para o atendimento de acidentes de punção e extravasamento de antineoplásicos?			
		Evidências: protocolo escrito, aprovado e divulgado			
	2.13.16.	A prescrição médica é avaliada pelo farmacêutico quanto à viabilidade, interações medicamentosas, medicamentos adjuvantes e de suporte, antes do preparo e administração?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; entrevista			
	2.13.17.	Há kit de derramamento disponível, conforme legislação vigente?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			
	2.13.18.	Há protocolo de biossegurança relacionado à terapia antineoplásica?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista			
	2.13.19.	O serviço dispõe de estrutura e insumos que oportunize a higienização das mãos no ponto de assistência?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 79/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: pia com torneiras sem acionamento manual , água, sabão, antissépticos e papel toalhas			
2.13.20.	O descarte apropriado de resíduos está descrito no PGRSS, de acordo com a legislação vigente?			
	Evidências: PGRSS, relatórios que comprovem o descarte correto dos resíduos.			
2.13.21.	Possui plano de contingência relacionado à terapia antineoplásica?			
	Evidência: Plano de contingência			
2.13.22.	Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
RE	Evidências: manuais disponíveis e atualizados			
2.13.23.	Há um sistema de análise crítica dos procedimentos de terapia antineoplásica?			
	Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
2.13.24.	O Serviço de terapia antineoplásica participa de grupos de trabalho de abordagem integral do câncer e intercâmbio com outros serviços?			
	Evidências: registros de encontros; listas de presença			
2.13.25.	Existem procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento dos casos atendidos, visando à melhoria da técnica e acompanhamento dos efeitos colaterais da terapia antineoplásica?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista			
2.13.26.	Existem procedimentos de orientação ao paciente?			
RE	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; registros de ouvidoria; material instrucional; visita; entrevista			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 80/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.13.27.	O Serviço de terapia antineoplásica monitora taxas e indicadores específicos que permitem análises e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			

2.14. Terapia Nutricional

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	2.14.1. Há protocolo de nutrição clínica implementado nas unidades de terapia intensiva e demais setores críticos, incluindo a dietoterapia enteral e parenteral?			
	Evidências: protocolo instituído; indicadores; registros de prontuário; notificações sobre incidentes.			
	2.14.2. Há protocolo de nutrição clínica implementado nos demais setores do hospital, incluindo a dietoterapia enteral e parenteral?			
	Evidências: protocolo instituído; indicadores; registros de prontuário; notificações sobre incidentes			
RE	2.14.3. Há responsável técnico habilitado?			
	Evidências: documento que atesta a responsabilidade técnica			
	2.14.4. O hospital dispõe e divulga relação de dietas básicas para as patologias de maior prevalência na instituição, com prescrições dietéticas e cardápios diários?			
	Evidências: procedimentos instituídos; relação de dietas; cardápios diários; indicadores; registros de prontuário; notificações sobre incidentes			
RE	2.14.5. Há sistema de controle de recebimento e manutenção dos alimentos perecíveis ou não?			
	Evidências: sistema de controle; indicadores			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 81/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	2.14.6.	Há local específico para o preparo de fórmulas lácteas e normas específicas sobre o modo de preparação das diferentes fórmulas?			
		Evidências: visitas às instalações; entrevistas			
RE	2.14.7.	A área física é dividida em área de pré-preparo e área de preparo e cocção?			
		Evidências: visitas às instalações; entrevistas			
RE	2.14.8.	Há condições de higiene e manutenção do ambiente?			
		Evidências: visitas às instalações; entrevistas			
	2.14.9.	Há procedimentos de controle das atividades de higienização, desratização e dedetização do setor?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita; entrevista; indicadores			
	2.14.10	O hospital possui descrição dos critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de leite recebido por doadoras?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita; entrevista.			
	2.14.11	O hospital possui sistemática para captar novas doadoras de leite humano?			
		Evidências: registros de campanhas e demais mecanismos de incentivo veiculados.			
RE	2.14.12	Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s), disponível(is) e aprovados pela segurança do paciente?			
		Evidências: manuais e documentos disponíveis, atualizados, aprovados pela área de prevenção e controle de infecção, minimamente e, demais áreas pertinentes relacionadas a segurança do paciente, a depender do objeto descrito.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 82/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.14.13	O hospital possui plano de contingência para os processos de dietoterapia?			
	Evidências: Plano de contingência			
2.14.14	Os nutricionistas possuem rotina de visita aos pacientes internados?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita; entrevista; indicadores			
RE 2.14.15	É realizado acompanhamento da evolução nutricional do cliente/paciente crítico?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; visita; entrevista			
2.14.16	Há procedimentos de orientação ao paciente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista; material de orientação ao paciente			
2.14.17	Há Equipe de Terapia Nutricional constituída por profissionais de diferentes categorias, de acordo com terapia nutricional (EMTN) conforme legislação vigente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; portaria de			
2.14.18	São adotados procedimentos para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista; indicadores			
2.14.19	O hospital cumpre as recomendações relacionadas à prescrição, de acordo com as normas vigentes, sendo o médico responsável pela prescrição médica e o nutricionista responsável pela prescrição dietética da NE?			
	Evidências: registros em prontuários.			
2.14.20	Há protocolo para descrição e padronização dos procedimentos de manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento, distribuição e transporte de alimentos?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 83/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: protocolos, relatórios.			
2.14.21	Há monitoramento das solicitações de ditas enterais e parenterais e, lactação, discriminadas de acordo com o paciente e a clínica na qual está internado?			
	Evidências: relatórios do serviço de nutrição, indicadores.			
2.14.22	Há acompanhamento da manutenção preventiva e corretiva das instalações?			
	Evidências: protocolos, relatórios.			
2.14.23	O hospital acompanha a qualidade da água em cada etapa da assistência nutricional?			
	Evidências: relatórios periódicos da qualidade da água de cada área pertinente.			
2.14.24	Há acompanhamento da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, abrangendo a calibração?			
	Evidências: protocolos, relatórios.			
2.14.25	O PGRSS descreve o descarte adequado de alimentos, amostras, dietas enterais e parenterais e, leite humano?			
	Evidências: PGRSS, registros que comprovem o descarte adequado.			
2.14.26	São realizados registros multidisciplinares no prontuário do paciente sobre a assistência nutricional?			
	Evidências: análise do prontuário, entrevistas.			
2.14.27	Há evidências de ciclos de melhoria?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
2.14.28	O serviço adota sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem análises e comparações referente à estocagem, produção e distribuição de refeições?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 84/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

		Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
RE	2.14.29	A nutrição enteral em sistema fechado e demais frascos de nutrição enteral a serem instalados, apresentam informações conforme o protocolo de identificação do paciente da instituição?			
		Evidências: protocolo da instituição, visita; entrevista.			
RE	2.14.30	O serviço adota sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitem análises e comparações referente à terapia nutricional?			
		Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
RE	2.14.31	São coletadas e armazenadas amostras de nutrição enteral preparada para avaliação microbiológica laboratorial?			
		Evidências: protocolo da instituição, visita; entrevista.			
	2.14.32	São realizadas orientações em relação à alta hospitalar, continuidade e transferência do cuidado, para pacientes e acompanhantes?			
		Evidência: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; entrevista.			
RE	2.14.33	Há Equipe de Terapia Nutricional constituída por uma equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) conforme legislação vigente e atuante?			
		Evidências: portaria de nomeação; atas de reunião; protocolos; indicadores.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 85/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.15. Assistência Nefrológica e Dialítica

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	2.15.1. Há responsável técnico habilitado em Nefrologia, com titulação reconhecida pelo CFM? Evidências: documento que ateste a responsabilidade técnica.			
RE	2.15.2. Há enfermeiro responsável técnico especialista em nefrologia, com Registro no COREN? Evidências: documento que ateste a responsabilidade técnica.			
	2.15.3. O hospital possui Técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise? Evidências: escala de profissionais; registros			
RE	2.15.4. Há procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos? Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
	2.15.5. Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos? Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
	2.15.6. O hospital monitora a demanda por procedimentos de terapia dialítica? Evidências: sistema de controle			
RE	2.15.7. O hospital disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPIs) e coletivos (EPCs) de forma sistemática para a prevenção de acidentes? Evidência: Entrevistas e observação.			
RE	2.15.8. O serviço de diálise possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público? Evidência: Licença Sanitária atualizada e afixada em local visível.			
RE	2.15.9. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento ao paciente durante o procedimento hemodialítico permanecem no ambiente de diálise durante toda a sessão? Evidência: Entrevistas e observação.			
RE	2.15.10. O serviço de diálise dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 86/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: manuais, normas, procedimentos disponíveis e atualizados			
	2.15.11 Há um sistema de análise crítica dos procedimentos de terapia dialítica?			
	Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
RE	2.15.12 Os serviços de diálise terceirizados que prestam serviço ao hospital são licenciados?			
	Evidência: alvará de funcionamento, licença sanitária.			
RE	2.15.13 O serviço possui procedimentos com precauções padrão e rotinas de controle de infecção em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição?			
	Evidência: procedimento de precauções padrão e rotinas de controle de infecção implementado.			
	2.15.14 Estabelece plano terapêutico individualizado de paciente em hemodiálise que deve ser elaborado por equipe multiprofissional e acordado com a família?			
	Evidências: Plano terapêutico registrado			
RE	2.15.15 Existem procedimentos de orientação ao paciente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; registros de ouvidoria; material instrucional; visita; entrevista			
RE	2.15.16 O serviço de diálise realiza o monitoramento dos parâmetros indicadores de efetividade da solução esterilizante, no mínimo, 1 (uma) vez ao dia, antes do início das atividades?			
	Evidência: Indicadores de efetividade monitorados, registrados diariamente.			
RE	2.15.17 O dialisador e o recipiente de acondicionamento possuem identificação legível, com nome completo do paciente ou outros mecanismos que impeçam a troca?			
	Evidência: Observações, entrevistas, protocolo operacional padrão de identificação de dialisador e recipiente.			
	2.15.18 O Serviço de diálise monitora taxas e indicadores específicos que permitem análises e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 87/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

2.16. Assistência Farmacêutica

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
	2.16.1. O protocolo básico para uso seguro de medicamentos está instituído?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes, desabastecimento e queixas técnicas; visita; entrevista			
RE	2.16.2. Há profissional habilitado com responsabilidade técnica à frente da farmácia?			
	Evidências: portaria de nomeação; documento que ateste responsabilidade técnica			
RE	2.16.3. O hospital dispõe de manuais ou documentos atualizados que instruem os profissionais para o uso seguro de medicamentos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; guia farmacoterapêutico e/ou manual de diluição, compatibilidades, velocidade de infusão, medicamentos dialisáveis			
RE	2.16.4. As fontes de informações sobre fármacos e medicamentos do hospital estão prontamente disponíveis para os envolvidos no uso de medicamentos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; fontes de informação disponíveis e atualizadas			
RE	2.16.5. Há lista de medicamentos padronizados prontamente disponível para prescritores?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; relação de medicamentos padronizados atualizada e disponível nas áreas de prescrição			
RE	2.16.6. Possui comissão de farmácia e terapêutica atuante?			
	Evidências: portaria de nomeação; atas de reunião			
	2.16.7. A comissão de farmácia e terapêutica inclui a representação de todos aqueles que prescrevem e gerenciam medicamentos no hospital?*			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 88/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

		Evidências: portaria de nomeação; atas de reunião; procedimentos descritos e disponíveis;			
RE	2.16.8.	Há critérios definidos para armazenamento adequado dos medicamentos?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros administrativos			
RE	2.16.9.	Os medicamentos são armazenados em condições apropriadas para a estabilidade do produto, incluindo medicamentos armazenados em nos pontos de prestação de assistência ao paciente?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros administrativos; indicadores; notificações sobre incidentes			
RE	2.16.10	Os medicamentos com substâncias sujeitas a controles especiais são contabilizadas de acordo com as leis e os regulamentos aplicáveis?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros administrativos; indicadores; inventários			
RE	2.16.11	Há mecanismos que protejam os medicamentos contra perdas ou furtos?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros administrativos; indicadores; inventários			
	2.16.12	Há controle sobre o processo de armazenamento de medicamentos na farmácia e nos pontos de assistência ao paciente?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros administrativos; indicadores; notificações sobre incidentes			
RE	2.16.13	O hospital estabelece procedimentos especiais para o armazenamento de gases medicinais, radiofármacos e medicamentos de pesquisa clínica?			
		Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros administrativos; indicadores; notificações sobre incidentes			
RE	2.16.14	O hospital estabelece e implementa rotina que determina como armazenar e controlar amostras grátis de medicamentos?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 89/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visita às instalações; registros administrativos; indicadores; notificações sobre incidentes			
2.16.15	O hospital possui serviço de farmácia clínica?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; escalas de profissionais; indicadores; notificações sobre incidentes			
RE 2.16.16	Os medicamentos de emergência estão prontamente acessíveis e em condições adequadas para atender às necessidades de emergência?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visitas às instalações; indicadores; notificações sobre incidentes e desabastecimento; registros de controle de validade			
RE 2.16.17	Os medicamentos de emergência são monitorados e substituídos de forma tempestiva após o uso ou quando vencidos ou danificados?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visitas às instalações; indicadores; notificações sobre incidentes e desabastecimento; registros de controle de validade			
2.16.18	Há procedimentos e planos de contingência para retirada de medicamentos do uso por medida de interesse sanitário?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visitas às instalações; indicadores; notificações sobre incidentes e desabastecimento			
RE 2.16.19	Há critérios atualizados que definam os processos de prescrição e dispensação/distribuição?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; visitas às instalações; indicadores; notificações sobre incidentes e desabastecimento			
2.16.20	Há análise de prescrição com vistas a reduzir riscos aos pacientes?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; notificações sobre incidentes			
RE 2.16.21	Há campanhas periódicas (mínimo semestral) sobre prescrição segura junto aos prescritores docentes, profissionais, residentes e alunos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; listas de presença; relatórios de campanhas; notificações sobre incidentes			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 90/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.16.22	Há conciliação medicamentosa nas primeiras 24h de admissão do paciente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
	2.16.23	Há sistema informatizado que auxilie na identificação de interações medicamentosas e alergias?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; sistema informatizado disponível e de fácil acesso				
RE	2.16.24	Há critérios atualizados que definam o preparo e a dispensação de medicamentos, de acordo com a legislação vigente e melhores evidências disponíveis?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
RE	2.16.25	A equipe que prepara produtos estéreis é treinada nos princípios de preparação de medicamento e nas técnicas assépticas?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; listas de presença; relatórios de treinamento; notificações sobre incidentes				
RE	2.16.26	As prescrições de pacientes internados em áreas críticas são avaliadas pelo farmacêutico antes da dispensação de medicamentos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
	2.16.27	Há um processo de interação com o profissional prescriptor do medicamento para discussão sobre a análise de prescrição?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
	2.16.28	O modelo de dispensação de medicamentos prescritos é individualizado ou unitário?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; visitas				
	2.16.29	A dispensação/distribuição de medicamentos ocorre ininterruptamente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; visitas; notificações sobre incidentes e desabastecimento				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 91/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.16.30	A instituição implementou a administração de medicamentos baseada nos nove certos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; visitas; notificações sobre incidentes				
RE	2.16.31	Os incidentes relacionados ao uso de medicamentos são documentados no prontuário do paciente quando identificados?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
RE	2.16.32	Os efeitos adversos são notificados quando identificados e no prazo previsto por legislação vigente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; registros em prontuário; notificações sobre incidentes				
	2.16.33	O hospital utiliza as informações relativas às notificações de problemas relacionados a medicamentos para melhorar os processos de uso de medicamentos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; notificações sobre incidentes; planos de ação				
	2.16.34	Há sistema de controle de estoques de medicamentos e correlatos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; notificações sobre incidentes e desabastecimento; planos de ação				
	2.16.35	Há locais adequados com capelas de fluxo laminar para preparação de nutrição parenteral e de fármacos citotóxicos?			
	Evidências: visitas às instalações				
RE	2.16.36	O Serviço de Farmácia trabalha em consonância com a CCIRAS na normatização e dispensação do uso terapêutico e profilático de antimicrobianos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; entrevistas; indicadores; notificações sobre incidentes e desabastecimento; planos de ação				
RE	2.16.37	Há participação de farmacêuticos na aquisição e distribuição de medicamentos, materiais médico-hospitalares, germicidas e correlatos?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 92/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; atas de reunião; listas de presença; registro de aquisição			
2.16.38	Há sistema de análise crítica dos casos atendidos, visando a melhoria da técnica empregada, o controle de problemas, a melhoria de processos, a minimização de riscos e de eventos adversos?			
	Evidências: sistema de análise crítica; painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
2.16.39	Há procedimentos de orientação ao cliente/paciente?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; visita; entrevista; registros de ouvidoria; material de divulgação ao paciente disponível e atualizado			
2.16.40	Há procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes e desabastecimento; visita; entrevista			
RE 2.16.41	Há sistema de informação baseado em taxas e indicadores que permitam análises e comparações?			
	Evidências: painel gestão à vista; relatórios; entrevista; planos de ação			
RE 2.16.42	O hospital possui listagem de medicamentos de alta vigilância, incluindo medicamentos parecidos ou com nomes que soam parecidos, a qual foi desenvolvida a partir de dados específicos do hospital?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; lista de medicamentos de alta vigilância			
2.16.43	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?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; lista de medicamentos de alta vigilância; indicadores; visitas; entrevistas; notificações de incidentes			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 93/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	2.16.44	O hospital tem um processo para evitar a administração acidental de eletrólitos concentrados?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; indicadores; visitas; entrevistas; notificações de incidentes				
	2.16.45	Eletrólitos concentrados estão presentes somente em unidades de cuidados aos pacientes identificadas como clinicamente necessárias?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; indicadores; visitas; entrevistas; notificações de incidentes				
	2.16.46	São ofertados serviços de atenção farmacêutica ambulatorial?			
	Evidências: registros em prontuário, visitas, entrevistas.				
	2.16.47	Há registros do farmacêutico clínico no prontuário único do paciente?			
	Evidências: registros em prontuário.				
RE	2.16.48	A dispensação do cloreto de potássio concentrado está restrita ao momento de sua administração?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; indicadores; visitas; entrevistas; notificações de incidentes				

B. PROCESSOS GERENCIAIS

3. Gestão Hospitalar

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	3.1.	O hospital possui o Planejamento Estratégico?			
	Evidência: Planejamento estratégico atualizado, disponível e divulgado.				
RE	3.2.	O hospital possui Mapa estratégico?			
	Evidência: Mapa estratégico da instituição disponível e divulgado.				
RE	3.3.	O hospital possui política de gestão da qualidade?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 94/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Política, Programa, Manual.			
RE	3.4. O hospital possui código de ética?			
	Evidência: Código de ética da Instituição disponível e divulgado.			
RE	3.5. A missão, visão e valores do hospital são definidos e disseminados?			
	Evidência: Entrevista, Regimento Interno, Planejamento Estratégico e documentos de comunicação interna.			
RE	3.6. O hospital define o Modelo Assistencial, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades da população?			
	Evidência: Modelo Assistencial definido e documentado considerando o perfil epidemiológico e as necessidades da população.			
RE	3.7. Possui as Comissões assessoras obrigatórias e em permanente funcionamento, de acordo com legislação vigente?			
	Evidência: Atas de Reunião, Portarias internas das comissões: a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem; b) Comissão de Documentação Médica e Estatística; c) Comitê de Ética em Pesquisa; d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; f) Comissão de Óbitos; g) Comissão de Revisão de Prontuários; h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional; i) Comissão de Farmácia e Terapêutica; e j) Comissão de Proteção Radiológica; k) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos; l) Comitê Transfusional; m) Comissão de Residências em Saúde; n) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal; o) Comissão de Biossegurança; e p) Comissão de Ética no Uso de Animais.			
RE	3.8. O Hospital possui Política de comunicação institucional?			
	Evidência: Política de Comunicação instituída e disponível.			
RE	3.9. O Hospital possui Política de gestão de pessoas?			
	Evidência: Política de Gestão de Pessoas instituída, disponível e amplamente divulgada.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 95/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	3.10.	O Hospital possui Política de gestão de custos?			
		Evidência: Política de Gestão de Custos instituída e disponível.			
RE	3.11.	O Hospital possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de saúde (PGRSS)?			
		Evidência: PGRSS instituído e disponível.			
RE	3.12.	O hospital possui sistema de gerenciamento de patrimônio?			
		Evidência: Sistema de Gerenciamento de patrimônio em funcionamento em toda Instituição.			
RE	3.13.	O Hospital possui Política de gestão da informação?			
		Evidência: Política de gestão da informação instituída e disponível.			
RE	3.14.	O Hospital possui política de gestão de fornecedores e de suprimentos?			
		Evidência: Política de gestão de fornecedores e de suprimento instituída e disponível.			
	3.15.	O Hospital qualifica e avalia o desempenho dos fornecedores?			
		Evidência: Fluxos, processos e relatórios que utilizem informações de farmacovigilância e tecnovigilância para pré-qualificação dos fornecedores.			
RE	3.16.	O hospital planeja aquisição de suprimentos conforme a necessidade da organização?			
		Evidência: Plano prevendo os suprimentos de acordo com a necessidade da organização; gestão de estoque, tempo médio de suprimentos.			
RE	3.17.	O hospital possui processos de padronização de suprimentos?			
		Evidência: Lista de suprimentos padronizados atualizada.			
RE	3.18.	O hospital realiza a dispensação de suprimentos conforme necessidade dos serviços?			
		Evidência: Registros de dispensação.			
RE	3.19.	O hospital possui processos de recebimento e armazenamento dos suprimentos?			
	3.20.	Evidência: Registros físicos ou eletrônicos contento o recebimento e armazenamento de suprimentos.			
	3.21.	O hospital realiza a rastreabilidade dos suprimentos?			
		Evidência: Sistema de Rastreabilidade implantado e em funcionamento.			
	3.22.	O hospital avalia os serviços terceirizados de acordo com a política de gestão de fornecedores e de suprimentos?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 96/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

		Evidência: Fichas de avaliação dos serviços terceirizados, documentação de comunicação de não conformidades e penalização.			
(RE)	3.23.	O hospital possui plano de contingência para os processos de suprimentos?			
		Evidência: Plano de Contingência de Suprimentos disponível.			
(RE)	3.24.	O Hospital possui gestão de estoque?			
		Evidência: Sistema de gestão de estoque implantado e em funcionamento.			
	3.25.	O Hospital estabelece ações de melhorias para as compras de urgência de suprimentos?			
		Evidência: Indicadores e plano de ação.			
	3.26.	O Hospital gerencia solicitações de compras de materiais e produtos não padronizados?			
		Evidência: fluxos, processos, indicadores e plano de ação.			
(RE)	3.27.	Organograma definido, atualizado e divulgado para toda a organização?			
		Evidência: Entrevista, organograma disponível.			
(RE)	3.28.	O hospital possui regimento interno atualizado e disponível para a comunidade interna e sociedade?			
		Evidência: Regimento Interno atualizado, disponível e amplamente divulgado.			
(RE)	3.29.	O hospital gerencia os documentos institucionais de forma padronizada?			
		Evidência: Política/Fluxos de gestão de documentos.			
(RE)	3.30.	O hospital possui documento que define como todas as políticas, procedimentos e programas serão desenvolvidos e controlados?			
	3.31.	Evidência: Norma contendo: revisão e aprovação por profissional autorizado antes da emissão; o processo e a frequência de revisão dos documentos; controles para garantir que apenas versões atuais serão disponíveis; como as mudanças em um documento podem ser identificadas; manutenção e legibilidade dos documentos; gerenciamento dos documentos externos; retenção de documentos obsoletos durante o tempo exigido por legislações vigentes.			
	3.32.	Identifica e mapeia os processos críticos da organização de acordo com o planejamento estratégico?			
		Evidência: Processos Críticos Mapeados.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 97/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	3.33.	Realiza revisões sistematizadas do Planejamento Estratégico?			
		Evidência: Planejamento Estratégico disponível e atualizado.			
(RE)	3.34.	O Hospital define indicadores de acordo com o Planejamento Estratégico?			
		Evidência: Painéis Gestão à Vista (eletrônico e físico), Caderno de Indicadores.			
(RE)	3.35.	O hospital monitora e avalia indicadores estratégicos?			
		Evidência: Painéis Gestão à Vista (eletrônico e físico), Caderno de Indicadores, Atas de reunião, lista de presença.			
(RE)	3.36.	O hospital analisa os resultados dos indicadores e propõe melhorias a partir desses?			
		Evidência: Painéis Gestão à Vista (eletrônico e físico), Caderno de Indicadores, Atas de reunião, lista de presença.			
(RE)	3.37.	O hospital possui processo definido para validação de dados referente aos indicadores?			
		Evidência: o processo contempla validação quando ocorre: mudanças no processo; discrepância de dados; divulgação ao público; mudança da fonte de dados; mudança dos atores envolvidos no processo.			
(RE)	3.38.	O hospital monitora e avalia os indicadores instituídos para rede Ebserh?			
		Evidência: Painéis Gestão à Vista (eletrônico e físico), Caderno de Indicadores, Atas de reunião, lista de presença.			
(RE)	3.39.	O hospital divulga os indicadores para toda comunidade?			
		Evidência: Programa Gestão à Vista, website.			
(RE)	3.40.	O hospital possui manuais, normas, procedimento operacional padrão, diretrizes e rotinas institucionais, atualizados e disponíveis nas áreas administrativas e assistenciais?			
		Evidência: Manuais, normas procedimento, diretrizes, rotinas atualizadas e disponíveis em toda a Instituição.			
(RE)	3.41.	O hospital possui Responsáveis Técnicos habilitados da área assistencial e administrativa, conforme legislação?			
		Evidência: Documento que atesta a Responsabilidade Técnica emitido por órgão responsável.			
(RE)	3.42.	Há permanência de um dos membros da alta administração, por, no mínimo, seis horas na Instituição em dias úteis, na coordenação das atividades institucionais?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 98/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Entrevistas, visitas			
3.43.	O hospital possui registros que evidenciem a memória dos processos administrativos, gerenciais e de tomada de decisão institucional?			
	Evidência: Atas de reunião de colegiado, registros de reuniões ou outros procedimentos de documentação.			
3.44.	Há avaliação anual da Alta Administração no cumprimento de suas atribuições e está documentado?			
	Evidência: Relatório de gestão publicado, documento contendo avaliação anual das atribuições da Alta administração.			
3.45.	Os profissionais de saúde analisam e notificam erros / desvios na jornada do paciente?			
	Evidência: relatório de notificação, entrevistas.			

4. Gestão de Pessoas

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	4.1.	Os líderes de serviço participam do processo de dimensionamento de pessoal?			
		Evidência: Atas de reuniões.			
	4.2.	Há dimensionamento adequado dos profissionais para Instituição?			
		Evidência: Escalas de trabalho, visitas nas unidades, entrevistas.			
RE	4.3.	Há alocação adequada dos profissionais de acordo com as necessidades dos serviços?			
		Evidência: Escalas de trabalho, visitas nas unidades, entrevistas.			
RE	4.4.	A áreas de Gestão de Pessoas possui assentamento funcional atualizado dos funcionários?			
		Evidência: diplomas, certificados de capacitação, pasta funcional física ou um sistema.			
RE	4.5.	O Hospital define as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) e responsabilidades (autonomia e tarefas atribuídas) de todos os profissionais, conforme função exercida?			
		Evidência: Plano de cargos e salários divulgado e aprovado.			
	4.6.	O Hospital possui um processo de verificação das habilitações de todos profissionais assistencial na fonte original?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 99/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: autenticidade dos diplomas de graduação dos Residentes com as instituições de origem; ou evidência da verificação de autenticidade diretamente com a fonte emissora do documento.			
RE	4.7. O hospital identifica e mapeia as necessidades de desenvolvimento e capacitação dos profissionais?			
	Evidência: Lista de necessidade de desenvolvimento de capacitação.			
RE	4.8. O hospital promove desenvolvimento e capacitação das lideranças?			
	Evidência: lista de presença, ata de reuniões, projeto de Capacitação com a Unidade de Educação Continuada.			
RE	4.9. O hospital promove desenvolvimento e capacitação em serviço para desempenho de suas atividades atuais e futuras, considerando as necessidades mapeadas?			
	Evidência: Projeto de Capacitação com a Unidade de Educação Continuada, certificados, lista de presença, entrevista aos profissionais.			
	4.10. O hospital promove ações de valorização dos profissionais?			
	Evidência: Entrevistas, Plano de Educação Permanente, Participações em eventos, Acordo Coletivo de Trabalho, ações de Qualidade de Vida dos empregados (palestras, blitz da saúde, comemoração de datas festivas).			
	4.11. O hospital avalia os resultados das capacitações e treinamentos desenvolvidos pelo hospital?			
	Evidência: indicadores, relatórios, aplicação de avaliação de reação.			
RE	4.12. O hospital estabelece um programa de integração e acompanhamento de novas pessoas na organização?			
	Evidência: programa estabelecido, relatório de integração de pessoal, lista de presença.			
	4.13. Avalia os resultados do processo de integração e acompanhamento de novas pessoas na organização, promovendo ações de melhoria?			
	Evidência: entrevistas, relatórios, plano de ação, aplicação de avaliação de reação.			
	4.14. O hospital realiza pesquisa de Clima Organizacional?			
	Evidência: relatórios de pesquisa de clima e plano de ação.			
	4.15. O hospital aplica a avaliação de desempenho anualmente para todos os profissionais?			
	Evidência: relatórios de pesquisa de avaliação de desempenho e plano de ação, relatório de avaliação de desempenho do período de experiência, relatório de aplicação de avaliação de desempenho dos profissionais que concorrem à progressão.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 100/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

ESPECIFICIDADES DO CORPO CLÍNICO:				
	4.16.	Há médico assistente designado para grupos de pacientes de acordo com a especialidade?		
		Evidência: escala de trabalho.		
RE	4.17.	O hospital possui escala atualizada dos profissionais divulgadas e afixadas em ambientes de ampla circulação?		
		Evidência: escalas atualizadas dos profissionais, divulgadas e afixadas em ambientes de ampla circulação.		
	4.18.	O hospital possui o processo padronizado contínuo para avaliar a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes, por cada membro do corpo clínico?		
		Evidência: auditoria clínica instituída, relatórios, indicadores.		
RE	4.19.	O Serviço de Enfermagem possui profissional habilitado na supervisão contínua e sistematizada em todas as áreas?		
		Evidência: escala de trabalho, visitas, entrevistas.		
RE	4.20.	O hospital garante assistência à saúde contínua nas 24 horas, 7 dias da semana, conforme especificidades das áreas?		
		Evidência: escala de trabalho, visitas, entrevistas.		
	4.21.	O hospital identifica e avalia a motivação do desligamento dos profissionais?		
		Evidência: registros de avaliação de desligamento de profissionais.		
RE	4.22.	O hospital cumpre a Diretriz de progressão funcional de carreira dos colaboradores?		
		Evidência: portarias, registro de avaliação de progressão funcional.		
	4.23.	Capacita os profissionais para situações de riscos patrimoniais?		
		Evidência: relatório de capacitação, lista de presença.		
	4.24.	O hospital estabelece mecanismos para gerenciamento de conflitos?		
		Evidência: Oficinas, reuniões, dinâmicas.		
	4.25.	O hospital promove e desenvolve a cultura da aprendizagem em equipe, o compartilhamento de informações, inovações e melhores práticas?		
		Evidência: Registros, entrevistas, indicadores.		
	4.26.	O hospital utiliza informações essenciais da gestão de pessoas, para o planejamento de ações e tomada de decisões?		
		Evidência: Plano de Ação, indicadores.		

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 101/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR					
RE	4.27.	O hospital gerencia riscos ocupacionais?			
		Evidência: Mapa de Riscos elaborados, atualizados e disponíveis nas diferentes áreas, indicadores de acidentes ocupacionais, planos de ação para não conformidades e acidentes, constituição da CIPA.			
RE	4.28.	O hospital possui mapas de risco, afixados em locais de fácil acesso e visualização?			
		Evidência: Mapa de Riscos elaborados, atualizados e disponíveis nas diferentes áreas.			
	4.29.	Identifica situações de vulnerabilidades dos colaboradores?			
		Evidência: sistemas de identificação e registro de vulnerabilidades.			
	4.30.	O hospital desenvolve ações para a eliminação ou mitigação das vulnerabilidades?			
		Evidência: plano de ação, registro de atas de reunião, capacitações.			
	4.31.	O hospital possui iniciativas para políticas afirmativas?			
		Evidência: projetos, programas, capacitações, eventos.			
	4.32.	Analisa e promove ações de melhoria para os programas relativos à qualidade de vida e saúde dos colaboradores?			
		Evidência: Entrevistas, registros			
RE	4.33.	O hospital possui Programa de Prevenção de Risco Ambiental (PPRA)?			
		Evidência: PPRA instituído.			
RE	4.34.	O hospital possui Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)?			
		Evidência: PCMSO instituído.			
	4.35.	O hospital possui Projetos/planos de ação referentes à saúde ocupacional?			
		Evidência: planos, projetos, fluxos e processos estabelecidos.			
	4.36.	O hospital oferece acompanhamento a profissionais segunda vítima de eventos adversos ou incidentes de alta-vigilância (eventos sentinelas)?			
		Evidência: fluxos, processos de acompanhamento.			
	4.37.	O hospital possui sistema de acompanhamento, documentação e registros correspondentes aos procedimentos de Segurança e Saúde Ocupacional?			
		Evidência: registros dos procedimentos de segurança e saúde ocupacional.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 102/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	4.38. O hospital possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) em função do porte e da capacidade instalada da Organização?			
	Evidência: CIPA instituída.			
RE	4.39. O hospital realiza consulta médica admissional de todos os profissionais?			
	Evidência: exame admissional na pasta funcional.			
RE	4.40. O hospital realiza consultas médicas periódicas de todos os profissionais?			
	Evidência: exames periódicos.			
RE	4.41. O hospital implanta programa de vacinação e imunização dos colaboradores?			
	Evidência: registro de vacinação dos colaboradores, conforme programa.			
RE	4.42. O hospital orienta a avaliação, o aconselhamento e acompanhamento dos profissionais expostos a doenças infecciosas?			
	Evidência: fluxos, processos de acompanhamento dos profissionais expostos a doenças.			
RE	4.43. O hospital disponibiliza equipamentos de proteção individual (EPIs) e coletivos (EPCs) de forma sistemática para a prevenção de acidentes?			
	Evidência: Entrevistas e observação.			
RE	4.44. O hospital possui mecanismo de divulgação das instruções para a prevenção de acidentes de trabalho e para preservação da saúde?			
	Evidência: folder, materiais de divulgação.			
RE	4.45. O hospital possui Programa de educação e treinamento continuado relacionado à saúde do trabalhador?			
	Evidência: programa de educação instituído e disponível.			
	4.46. O hospital avalia os resultados dos programas desenvolvidos para Segurança e Saúde Ocupacional?			
	Evidência: indicadores, plano de ação.			
	4.47. 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?			
	Evidência: fluxo de identificação, plano de ação, PGRSS implementado.			
	4.48. O hospital possui protocolo instituído de atendimento a vítima de acidente com material biológico?			
	Evidência: protocolo de atendimento a vítima de acidente com material biológico disponível e atualizado.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 103/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

5. Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	5.1.	O hospital possui Núcleo de Segurança do Paciente implementado de acordo com a legislação vigente? Evidência: Portaria publicada, atas de reunião.			
(RE)	5.2.	O hospital possui plano de segurança do paciente implementado e atualizado? Evidência: Plano de Segurança do Paciente atualizado e disponível.			
(RE)	5.3.	O hospital planeja, desenvolve e implementa um Programa de melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente? Evidência: Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente, Capacitação.			
	5.4.	O hospital dispõe de plano de capacitação em segurança do paciente implantado e atualizado? Evidências: Plano de capacitação; listas de presença e relatórios de capacitação.			
(RE)	5.5.	O hospital possui profissional exclusivo, com experiência nos métodos e ferramentas de gestão e melhoria dos processos para liderar a implementação do Programa de Qualidade? Evidência: Escala, Currículo, entrevistas.			
	5.6.	O hospital dispõe de equipe e estrutura para implementar ações de melhoria de Qualidade e Segurança do Paciente? Evidência: Visita diagnóstica, escala.			
(RE)	5.7.	O Hospital utiliza o Vigihosp ou outra ferramenta para processo de notificação de circunstância de risco e incidentes? Evidência: Relatórios de Notificação (eletrônico ou físico) de <i>near miss</i> , eventos adversos, incidentes, incidentes de alta-vigilância.			
(RE)	5.8.	O hospital notifica eventos adversos que evoluírem para óbito em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido à Anvisa e em Sistema de notificação próprio do Hospital? Evidência: Relatórios contendo as Notificações enviadas para Anvisa dentro do prazo e notificações registradas em Sistema próprio dentro do prazo.			
(RE)	5.9.	O hospital notifica eventos adversos, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa e em Sistema de notificação próprio do Hospital?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 104/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Relatórios contendo as Notificações enviadas para Anvisa dentro do prazo e notificações registradas em Sistema próprio dentro do prazo.			
RE	5.10. O Hospital identifica e gerencia de forma apropriada os eventos adversos graves, incidentes de alta-vigilância, realizando análise de causa raiz, plano de ação e processo de avaliação das ações implementadas?			
	Evidência: Relatórios de notificação contendo análise de causa raiz, plano de ação, indicadores.			
RE	5.11. O hospital tem implementado o Protocolo de Identificação do Paciente de acordo com a legislação vigente?			
	Evidência: Protocolo de Identificação do Paciente publicado, amplamente divulgado, visita diagnóstica.			
	5.12. O hospital tem implementado o Protocolo de Comunicação Efetiva?			
	Evidência: Protocolo de Identificação de Comunicação Efetiva publicado, amplamente divulgado.			
RE	5.13. O hospital possui uma lista padronizada de siglas, abreviaturas e símbolos de todos os serviços assistenciais esta é implementada?			
	Evidência: Lista padronizada de Siglas, abreviaturas e símbolos disponível, atualizada, amplamente divulgada, revisão de prontuário.			
RE	5.14. O hospital tem implementado o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos?			
	Evidência: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos publicado, amplamente divulgado, entrevistas, visita diagnóstica.			
RE	5.15. O hospital possui uma lista de medicamentos de alta-vigilância, amplamente divulgada?			
	Evidência: Lista de medicamentos de alta-vigilância atualizada e disponível.			
RE	5.16. O hospital possui uma lista de medicamentos com aparência/grafia ou som semelhante (LASA)?			
	Evidência: Lista de medicamentos semelhantes atualizada e disponível.			
RE	5.17. O hospital desenvolve e implementa processo para gerenciar e promover o uso seguro dos medicamentos de alta-vigilância?			
	Evidência: Protocolo, Processo de uso seguro dos medicamentos de alta-vigilância, visita diagnóstica.			
RE	5.18. O hospital tem o Protocolo de Cirurgia Segura implementado de acordo com a legislação vigente?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 105/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Protocolo de Cirurgia Segura publicado, amplamente divulgado, entrevistas, visita diagnóstica.			
RE	5.19. O hospital possui uma lista de verificação para procedimentos cirúrgicos/invasivos de acordo com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS?			
	Evidência: Lista de verificação para procedimentos cirúrgicos/invasivos.			
RE	5.20. O hospital tem implementado o protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde de acordo com a legislação vigente?			
	Evidência: Protocolo de higiene das mãos publicado, amplamente divulgado, visita diagnóstica.			
RE	5.21. O hospital possui procedimento de higienização das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela Anvisa, bem como de antissepsia?			
	Evidência: Procedimento padronizado, visita diagnóstica.			
RE	5.22. O hospital tem implementado o Protocolo para Prevenção de Quedas de acordo com a legislação vigente?			
	Evidência: Protocolo de Prevenção de Quedas publicado, amplamente divulgado, revisão de prontuário, indicadores.			
RE	5.23. O hospital utiliza processo de avaliação de risco de queda para todos os pacientes internados?			
	Evidência: Revisão de prontuário, escalas de avaliação de risco implementadas.			
RE	5.24. O hospital utiliza processo de reavaliação de risco de queda para todos os pacientes internados?			
	Evidência: Revisão de prontuário, escalas de avaliação de risco implementadas.			
	5.25. O hospital utiliza processo de triagem de risco de queda para os pacientes ambulatoriais?			
	Evidência: entrevista, observação, materiais educativos.			
RE	5.26. O hospital implementa medidas para reduzir risco de queda para os pacientes internados?			
	Evidência: Protocolo de Prevenção de Quedas, Plano de ação.			
RE	5.27. O hospital tem implementado o Protocolo para Lesão por Pressão de acordo com a legislação vigente?			
	Evidência: Protocolo de Lesão por Pressão publicado, amplamente divulgado, revisão de prontuário, indicadores.			
	5.28. O hospital implementa medidas para prevenção e redução de lesão por pressão?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 106/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Protocolo de Prevenção de lesão por pressão, Plano de ação.			
RE	5.29. O hospital utiliza processo de avaliação de risco de lesão por pressão na admissão para todos os pacientes internados?			
	Evidência: Revisão de prontuário, escalas de avaliação de risco implementadas.			
	5.30. O hospital utiliza processo de reavaliação diária de risco de lesão por pressão para todos os pacientes internados?			
	Evidência: Revisão de prontuário, escalas de avaliação de risco implementadas.			
	5.31. O hospital tem implementado o Protocolo de prevenção de suicídio?			
	Evidência: Protocolo de prevenção de suicídio amplamente divulgado, revisão de prontuário, indicadores.			
RE	5.32. O Hospital estabelece e implementa processo para melhorar a Prescrição verbal e/ou telefônica?			
	Evidência: implementação das ações previstas no Memorando Circular nº 04/2015/2015/DAS/EBSEH/MEC, Procedimento Operacional Padrão, Protocolo de Prescrição Verbal.			
RE	5.33. As informações sobre a melhoria da qualidade e segurança do paciente são comunicadas aos profissionais?			
	Evidência: painéis, mural, intranet, internet.			
RE	5.34. O hospital monitora e avalia, mensalmente, o Painel de Indicadores de qualidade e segurança do paciente instituído pela EBSERH?			
	Evidência: Painel de Indicadores, plano de ação.			
RE	5.35. O setor de Qualidade apoia a seleção e o monitoramento dos indicadores institucionais?			
	Evidência: Atas de reunião, registro de comunicação interna, entrevista.			
RE	5.36. O hospital possui um programa de gestão de riscos (estratégicos – associados às metas institucionais, operacionais/assistências/ensino; financeiros; legais; regulatórios; imagem) homologado e divulgado cujos componentes essenciais incluem: identificação, priorização, relatórios e análise dos riscos?			
	Evidência: Programa de Gestão de riscos homologado e disponível.			
	5.37. O hospital realiza análise proativa de identificação para redução de riscos utilizando ferramentas como: FMEA, HVA?			
	Evidência: planilhas de controle, mapeamento dos riscos.			
	5.38. O hospital monitora as ações desenvolvidas na gestão de riscos?			
	Evidência: planilhas de controle.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 107/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

5.39.	O hospital identifica pelo menos 5 áreas prioritárias para implementar protocolos/diretrizes clínicas?			
	Evidência: documento com a identificação das 5 áreas prioritárias para implementar protocolos/diretrizes clínicas disponível e amplamente divulgado.			
5.40.	O hospital implementa ações de melhoria a partir da identificação e análise das quase falhas?			
	Evidência: plano de ação, indicadores.			
5.41.	O hospital possui mecanismos de divulgação de indicadores para o público interno e externo?			
	Evidência: Painel Gestão à Vista, televisores, quadros.			
5.42.	O hospital planeja, testa e implementa as melhorias em qualidade e segurança do paciente?			
	Evidências: plano de ação, indicadores.			

6. Vigilância em Saúde

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	6.1.	O hospital possui o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia ou Serviço de Vigilância Epidemiológica de acordo com a legislação vigente?			
		Evidências: portaria, organograma.			
(RE)	6.2.	O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia possui de uma equipe técnico-administrativa formalmente designada pelo diretor do hospital, cujo quantitativo e qualificação estão de acordo com a legislação vigente?			
		Evidências: portaria, escala que demonstre que o NHE é coordenado por um profissional de nível superior da área de saúde, com formação em Saúde Pública, Coletiva, Epidemiologia ou experiência comprovada em Saúde Pública, Vigilância Epidemiológica, com dedicação, no mínimo, de 20 (vinte) horas semanais ao NHE, distribuídas pelos 5 (cinco) dias úteis;			
(RE)	6.3.	O hospital possui instalações físicas adequadas, inclusive computador conectado à internet para o desenvolvimento de suas atividades?			
		Evidências: vistoria, entrevista.			
(RE)	6.4.	O hospital monitora Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e de outros agravos emergentes e reemergentes?			
		Evidências: relatórios.			
(RE)	6.5.	O hospital elabora e mantém em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 108/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos constantes na legislação vigente?			
	Evidências: fluxos, relatórios, sistema de busca ativa.			
RE	6.6. O hospital elabora e mantém em operação sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal, nos termos da legislação vigente?			
	Evidências: fluxos, relatórios, sistema de busca ativa.			
RE	6.7. O hospital realiza a notificação compulsória Imediata (NCI) de doenças e agravos em até 24 (vinte e quatro) horas de acordo com a legislação vigente?			
	Evidências: relatórios, número da notificação registrada no SINAN.			
RE	6.8. O hospital realiza a notificação compulsória Semanal (NCS) de doenças e agravos de acordo com a legislação vigente?			
	Evidências: relatórios, número da notificação registrada no SINAN.			
RE	6.9. O hospital realiza a notificação compulsória Negativa de doenças e agravos conforme legislação vigente?			
	Evidências: relatórios, número da notificação registrada no SINAN.			
RE	6.10. O hospital realiza a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes na legislação vigente, detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS?			
	Evidências: fluxos, relatórios.			
RE	6.11. O hospital realiza a investigação epidemiológica dos óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos da legislação vigente?			
	Evidências: fluxos, relatórios.			
RE	6.12. O hospital realiza a investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 109/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	óbitos e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos definidos na legislação vigente?			
	Evidências: fluxos, relatórios.			
RE	6.13. O hospital promove treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar?			
	Evidências: lista de presença, certificados, folders.			
RE	6.14. O hospital valida as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de Internação por doença de notificação compulsória, nos termos definidos na legislação vigente?			
	Evidências: fluxo, entrevista, sistema de validação.			
RE	6.15. O hospital monitora e avalia o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos?			
	Evidências: indicadores, plano de ação, declarações de óbitos e de nascidos vivos preenchidas.			
	6.16. O hospital realiza o registro de câncer conforme legislação vigente?			
	Evidência: Relatórios de notificação			
RE	6.17. O hospital monitora, avalia e divulga o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde?			
	Evidências: indicadores, perfil de morbimortalidade definido, documentado, publicado e atualizado.			
RE	6.18. O hospital apoia ou desenvolve estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelo órgão de saúde responsável?			
	Evidências: estudos epidemiológicos realizados, documentados.			
RE	6.19. O hospital desenvolve processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica - tais como os Serviços de Arquivo Médico e de Patologia; as Comissões de Revisão de Prontuário, de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar; a			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 110/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; a farmácia e o laboratório - para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação?			
	Evidências: fluxos, entrevistas, protocolos.			
6.20.	O hospital monitora os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória encaminhados aos laboratórios do Hospital e conveniados e comunica a equipe de saúde assistente do paciente o resultado de exames, recomendando as medidas de precaução necessárias, conforme indicação?			
	Evidências: sistema de monitoramento integrado ao prontuário, fluxos, plano de ação, recomendações.			
RE 6.21.	O hospital possui protocolos e procedimentos padronizados, que permitam a identificação oportuna, a notificação imediata, a investigação inicial ou complementar e o registro ou a atualização de informações no SINAN e em outros sistemas oficiais, quando disponíveis?			
	Evidências: protocolos e procedimentos padronizados.			
RE 6.22.	O hospital realiza ações de modo articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar que visem contribuir para a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos?			
	Evidências: fluxos, processos definidos, organograma, atas de reunião.			
RE 6.23.	O hospital realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador?			
	Evidências: fichas de notificação, plano de ação, indicadores, medidas de controle.			
RE 6.24.	O hospital realiza ações de vigilância ambiental?			
	Evidências: recomendações, medidas de controle, plano de ação, indicadores.			
RE 6.25.	O hospital realiza ações de tecnovigilância?			
	Evidências: sistema de notificação, notificações para órgãos competentes, plano de ação, indicadores, mapeamento dos riscos relacionados à tecnologia.			
RE 6.26.	O hospital realiza ações de farmacovigilância?			
	Evidências: sistema de notificação, notificações para órgãos competentes, plano de ação, indicadores, mapeamento dos riscos relacionados aos medicamentos.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 111/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	6.27.	O hospital realiza ações de hemovigilância?			
		Evidências: sistema de notificação, notificações para órgãos competentes, plano de ação, indicadores, mapeamento dos riscos relacionados à sangue e hemocomponentes.			
RE	6.28.	Implementação de protocolo sobre segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;			
		Evidências: protocolo implementado e amplamente divulgado.			
RE	6.29.	O hospital implementação de protocolos sobre segurança no uso de equipamentos e materiais?			
		Evidências: protocolo implementado e amplamente divulgado.			
RE	6.30.	O hospital implementação de protocolos sobre segurança no uso de medicamentos?			
		Evidências: protocolo implementado e amplamente divulgado.			
	6.31.	A área responsável pela vigilância das tecnologias e medicamentos tem a prerrogativa de solicitar suspensão do uso dos produtos-problema?			
		Evidências: documentos institucionais de suspensão de uso dos produtos-problema.			
	6.32.	A área responsável pelas tecnologias e medicamentos tem a prerrogativa de solicitar suspensão da compra de marcas e fabricantes-problema?			
		Evidências: documentos institucionais de solicitação de suspensão de marcas e fabricantes-problema.			
RE	6.33.	O hospital implementa protocolos sobre segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral?			
		Evidência: protocolo publicado, disponível e amplamente divulgado.			

7. Processos

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	7.1.	O hospital possui seus macroprocessos finalísticos e de apoio identificados?			
		Evidência: Representação gráfica sistematizada – cadeia de valor.			
RE	7.2.	O hospital estabelece sistemática para mapeamento dos processos (identificação de entradas e saídas de clientes, fornecedores, prazos e atividades que agregam valores)?			
		Evidência: Processos Mapeados.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 112/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

7.3.	O hospital estabelece sistemática para análise e redesenho dos processos (identificação de entradas e saídas de clientes, fornecedores, prazos e atividades que agregam valores)?			
	Evidência: Agenda de Melhorias, Painel de ideiação, Plano de ação, 5W2H, relatórios de indicadores			
7.4.	O hospital estabelece mecanismos para interação entre os processos considerando as entregas e prazos?			
	Evidência: Linha de Cuidado, Cadeia de Suprimento			
7.5.	O hospital monitora e analisa o desempenho dos processos e apoia as iniciativas de melhorias nas suas interrelações?			
	Evidência: Indicadores			

8. Humanização

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	8.1.	O hospital possui Grupo de Trabalho (ou similar) de Humanização institucionalizado?			
		Evidência: Portaria de Instituição do Grupo de Trabalho Técnico, atas de reuniões.			
(RE)	8.2.	O hospital possui políticas e procedimentos que garantem o direito de acompanhante do usuário de acordo com as legislações?			
		Evidência: políticas e procedimentos que garantem o direito de acompanhante institucionalizado e amplamente divulgado.			
(RE)	8.3.	O hospital possui acolhimento em função de vulnerabilidade/risco?			
		Evidência: protocolo de acolhimento em função de vulnerabilidade/risco, visita diagnóstica.			
	8.4.	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 sejam lugares de encontro entre as pessoas?			
		Evidência: visita diagnóstica, projeto de (re)adequação dos ambientes e mobiliários.			
	8.5.	O hospital realiza capacitação para escuta qualificada?			
		Evidência: entrevistas, capacitações, lista de presença.			
	8.6.	O hospital informa aos pacientes e familiares sobre como proceder em caso de queixas, conflitos e diferenças de opinião?			
		Evidência: entrevista, protocolo de acolhimento.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 113/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	8.7.	O hospital possui serviço de ouvidoria implementado?			
		Evidência: portaria de instituição, organograma, folders.			
RE	8.8.	O hospital informa os direitos e deveres dos pacientes de acordo com a Política Nacional de Humanização?			
		Evidência: Carta de Direitos dos Usuários disponível, divulgada.			
	8.9.	O hospital é responsável por apoiar os direitos dos pacientes e de seus familiares durante o cuidado?			
		Evidência: entrevista, protocolo de acolhimento.			
	8.10.	Os profissionais têm conhecimento dos direitos e podem explicar suas responsabilidades na proteção desses direitos?			
		Evidência: entrevista.			
	8.11.	O hospital possui mecanismos para proteger os usuários contra agressão?			
		Evidência: política de proteção aos usuários, registros de ocorrência e plano de ação.			
	8.12.	O hospital possui mecanismos e implementa medidas para proteger populações vulneráveis contra outros problemas de segurança?			
		Evidência: política de proteção às populações vulneráveis, registros de ocorrência e plano de ação.			
RE	8.13.	O hospital possui brinquedoteca de acordo com a legislação vigente?			
		Evidência: brinquedoteca instituída, visita diagnóstica.			
RE	8.14.	O hospital informa ao paciente e seus familiares sobre o processo de doação/obtenção de órgãos e outros tecidos?			
		Evidência: TCLE, entrevistas, cartilhas.			
RE	8.15.	Os pacientes e familiares são informados, até o ponto que desejarem, sobre a condição clínica, os tratamentos propostos, o nome do profissional que presta o tratamento, os benefícios e os riscos em potencial, as possíveis alternativas e a probabilidade de sucesso do tratamento?			
		Evidência: entrevistas a profissionais e pacientes			
RE	8.16.	O hospital possui sistema de aferição da satisfação dos usuários externos?			
		Evidência: pesquisa de satisfação dos usuários documentado, entrevista.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 114/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

8.17.	O hospital considera o direito dos pacientes à privacidade e ao sigilo dos cuidados?			
	Evidência: entrevista, visita diagnóstica, política de privacidade e sigilo.			
8.18.	O hospital possui protocolo de transferência de cuidado?			
	Evidência: Protocolo de transferência de cuidado, estabelecendo projeto terapêutico, modelo de relatório de encaminhamento para as contrarreferências e fluxo de comunicação com as unidades básicas de saúde que acompanharão os usuários egressos.			

9. Referência e Contrarreferência

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	9.1.	Há equipe habilitada para acompanhar o cliente/paciente, quando necessário?			
		Evidências: escalas de profissionais; registro em prontuário			
RE	9.2.	Há meios de transporte (próprio ou contratado) para a realização de transferências?			
		Evidências: visita às instalações; notificação de incidentes; contratos vigentes			
	9.3.	Há meios de transporte equipados adequadamente para a realização de transferências?			
		Evidências: visita às instalações; notificação de incidentes; indicadores			
	9.4.	Há relação de serviços e/ou centros de referência em especialidades, para os quais devem ser transferidos os casos em que a Instituição não tenha capacidade resolutiva?			
		Evidências: contratualização; indicadores; registros em prontuário			
	9.5.	Há sistema de comunicação que assegure as transferências e agilidade dos mecanismos utilizados nos contatos entre os médicos e serviços?			
		Evidências: procedimentos e protocolos instituídos e disponíveis; registros em prontuário			
	9.6.	Há informações sobre os clientes/pacientes na ficha de atendimento médico que oriente a continuidade do tratamento, tais como: resumo clínico, diagnóstico, resultado dos exames realizados, condutas executadas e o motivo da transferência?			
		Evidências: procedimentos e protocolos instituídos e disponíveis; registros em prontuário; entrevistas			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 115/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	9.7. Há manual(is) de normas, rotinas e procedimentos de referência e contra referência documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
	Evidências: manuais instituídos e atualizados; registros de treinamento sobre os protocolos			
	9.8. Há protocolos clínicos para atendimento ao cliente/paciente, na fase inicial e durante as transferências?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; entrevista			
RE	9.9. Há procedimentos de controle da adequação dos meios de transporte, aos requisitos e critérios clínicos de transferência?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; entrevista			
	9.10. Há sistema de análise crítica dos critérios clínicos relativos às transferências e as admissões por contrarreferência de pacientes?			
	Evidências: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
	9.11. Pacientes e/ou acompanhantes informados sobre o motivo da transferência?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; registros de ouvidoria; visita; entrevista			
	9.12. O protocolo de referência e contrarreferência contempla as condutas e a avaliação de resultados dos procedimentos?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista; indicadores			
	9.13. Há acompanhamento do paciente após as transferências e avaliação dos serviços de referência?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista; indicadores			
	9.14. A maternidade/hospital participa de um sistema regionalizado de atendimento perinatal, procedendo transferências ou recebendo gestantes de alto risco?			
	Evidências: procedimentos descritos e disponíveis; registros em prontuário; notificações de incidentes; visita; entrevista; indicadores			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 116/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

10. Comunicação

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	10.1.	O hospital possui prontuário integrado (único) implementado? Evidência: Prontuário Único em toda Instituição.			
(RE)	10.2.	O hospital possui protocolo de ações que garantam registros adequados e seguros nos prontuários dos pacientes? Evidência: protocolo, revisão de prontuário, entrevista.			
(RE)	10.3.	Nos prontuários há identificação dos profissionais com assinatura e número do registro no Conselho? Evidência: revisão de prontuário.			
(RE)	10.4.	Os prontuários dos pacientes são atualizados garantindo a comunicação das internações mais recentes sem perder o histórico? Evidência: revisão de prontuários, entrevista.			
	10.5.	Os pacientes são informados quando há atraso no cuidado e tratamento? Evidência: painel eletrônico, entrevista.			
(RE)	10.6.	Os prontuários dos pacientes ficam disponíveis aos profissionais de saúde autorizados a ter acesso para prestar assistência ao paciente? Evidência: prontuários disponíveis, entrevista.			
	10.7.	Há formulário com linguagem adequada ao paciente para instrução de acompanhamento e educação? Evidência: formulário com linguagem adequada ao paciente.			
	10.8.	O hospital define valores críticos para cada tipo de exame de diagnóstico? Evidência: relação de valores críticos para cada tipo de exame diagnóstico.			
(RE)	10.9.	O hospital padroniza o conteúdo crítico e há comunicação, deste conteúdo, entre os profissionais de saúde durante transições de cuidados aos pacientes? Evidência: ferramentas padronizadas de comunicação de conteúdo crítico.			
(RE)	10.10.	O hospital estabelece e implementa protocolo de transição do cuidado com troca de informação para continuidade da assistência?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 117/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: Protocolo de passagem de plantão, transferência interna e externa, implementado.			
10.11.	O Hospital estabelece e implementa processo para informar os resultados críticos de exames diagnósticos para equipe assistencial?			
	Evidência: Processos, Fluxos estabelecidos para informar resultados críticos.			
RE 10.12.	Estabelece instrumentos de comunicação entre profissionais?			
	Evidência: Prontuário único, relatórios, livro de ocorrências, transição de cuidado, reuniões, mural, dentre outros.			
RE 10.13.	Estabelece instrumentos de comunicação entre os profissionais e os pacientes?			
	Evidência: TCLE, Sumário de Alta, Folders, Plano Terapêutico Singular (PTS), Palestras.			
RE 10.14.	O hospital possui uma política/procedimento de consentimento informado que contenha a relação dos procedimentos e tratamentos que requerem assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)?			
	Evidência: política de consentimento informado e esclarecido, relação de procedimentos e tratamentos que requerem TCLE.			
RE 10.15.	O termo de consentimento livre e esclarecido é obtido antes de procedimentos cirúrgicos e invasivos?			
	Evidência: revisão de prontuário, visita diagnóstica.			
RE 10.16.	O termo de consentimento livre e esclarecido é obtido antes da anestesia e sedação?			
	Evidência: revisão de prontuário, visita diagnóstica, entrevista.			
RE 10.17.	O termo de consentimento livre e esclarecido é obtido antes do uso de sangue e hemocomponentes?			
	Evidência: revisão de prontuário, visita diagnóstica, entrevista.			
RE 10.18.	O termo de consentimento livre e esclarecido é obtido antes de procedimentos e tratamentos adicionais e/ou outros de alto risco? (ex.: ressonância e/ou tomografia com contraste)			
	Evidência: revisão de prontuário, visita diagnóstica, entrevista.			
RE 10.19.	Estabelece instrumentos de comunicação entre a instituição e a comunidade?			
	Evidência: Campanhas, folders, palestras, Ouvidoria, website.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 118/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

10.20.	O hospital capacita os profissionais responsáveis para a comunicação de más notícias?			
	Evidências: Relatório de capacitação e lista de presença.			
10.21.	O hospital possui protocolo de comunicação de más notícias?			
	Evidências: protocolo de comunicação de más notícias			
10.22.	O hospital implementa ações para reduzir barreiras físicas, de idioma, culturais e outras para o acesso e à prestação de cuidados?			
	Evidência: Lista de Profissionais que falam línguas estrangeiras e de sinais.			
(RE) 10.23.	O hospital possui mecanismos formalizados que protegem o sigilo, segurança e integridade de dados e informações?			
	Evidência: política de segurança da informação.			

11. Prevenção e Controle de Infecções

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE) 11.1.	O hospital possui programa de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde baseado em conhecimentos científicos atualizados, diretrizes de práticas aceitas e legislação vigente?			
	Evidência: programa de prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde instituído, publicado e amplamente divulgado.			
(RE) 11.2.	O hospital possui profissional(is) qualificado(s) para gerenciar as atividades de prevenção e controle de infecção?			
	Evidência: Escala, Currículo, entrevistas.			
(RE) 11.3.	O hospital possui manual/protocolos para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde?			
	Evidência: manuais e protocolos para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.			
(RE) 11.4.	A coordenação de atividades de prevenção e controle de infecção envolve médicos e enfermeiros, além de outras pessoas com base no tamanho e na complexidade do hospital?			
	Evidência: atas de reunião, entrevistas.			
(RE) 11.5.	O setor responsável pelo controle das infecções relacionadas à assistência à saúde participa da validação dos processos que envolvem riscos de infecção?			
	Evidência: protocolos, documentos de validação.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 119/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	11.6.	O hospital realiza plano de ação para gerenciamento de uso de antimicrobianos?			
		Evidências: indicador mensal Dose Diária Definida (DDD), gráfico de tendência de evolução temporal, Plano de ação.			
	11.7.	O hospital possui mecanismo para melhoria dos processos de informações que otimizem o resultado de exames microbiológicos para tomada de ações pelas equipes de controle de infecção e assistencial?			
		Evidências: software para divulgação de resultados de exames microbiológicos, indicadores, relatórios.			
RE	11.8.	Os princípios de prevenção e controle de infecção são considerados nos métodos de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos médicos?			
		Evidência: protocolos, programa prevenção e controle de infecção.			
RE	11.9.	A instituição utiliza as informações sobre riscos, taxas e tendências para desenhar ou modificar processos no intuito de reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde?			
		Evidência: indicadores, plano de ação.			
RE	11.10.	Todas as áreas da instituição, por onde circulam pacientes, profissionais e visitantes, estão incluídas no programa de prevenção e controle de infecção?			
		Evidência: programa de prevenção e controle de infecção			
RE	11.11.	O processo de prevenção e controle de infecção está integrado ao programa para a melhoria da qualidade e segurança do paciente?			
		Evidência: programa de qualidade e segurança do paciente.			
RE	11.12.	O hospital identifica o risco de infecção em procedimentos/processos e implementa estratégias, monitorando-as para reduzir os riscos de infecção?			
		Evidência: indicadores, plano de ação.			
RE	11.13.	O hospital possui mecanismos para gerenciar suprimentos vencidos e a reutilização de dispositivos de uso único?			
		Evidência: fluxos, procedimentos, gestão de estoque, visita diagnóstica.			
RE	11.14.	O hospital rastreia infecções relacionadas à assistência à saúde?			
		Evidência: sistema de rastreamento, planilha de controle.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 120/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	11.15.	O hospital analisa as informações para identificar surtos, realiza recomendações para evitar recorrências e divulga as informações para todas as áreas dos hospital?			
		Evidência: planilha de controle, campanhas, folders, plano de ação, indicadores.			
RE	11.16.	Os resultados do programa de prevenção e controle de infecção são relatados às agências de saúde pública, conforme necessário?			
		Evidência: relatórios.			
RE	11.17.	O hospital toma ações apropriadas com relação aos relatórios das agências de saúde pública relevantes?			
		Evidência: plano de ação.			
RE	11.18.	A liderança do hospital aloca e aprova os recursos humanos e materiais necessários para o programa de prevenção e controle de infecção?			
		Evidência: portaria, visita diagnóstica, escala.			
RE	11.19.	O hospital possui sistemas para investigar surtos de doenças infecciosas, incluindo surtos de bactérias multirresistentes?			
		Evidência: fluxos, protocolos.			
RE	11.20.	Os resultados apresentados pelo área de prevenção e controle de infecção associada à assistência à saúde são considerados nas tomadas de decisões?			
		Evidência: relatório.			
RE	11.21.	Os princípios de prevenção e controle de infecção são aplicados à gestão da lavanderia e roupa, incluindo transporte, limpeza e armazenamento?			
		Evidência: protocolos, procedimentos.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 121/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

C. PROCESSOS APOIO

Os processos de apoio dão suporte aos demais processos, administrando as necessidades desses, ou seja, estão diretamente relacionados à gestão dos recursos imprescindíveis ao desenvolvimento de todos os processos da instituição, sobretudo aos finalísticos. (MPF, 2013); (CONASS, 2013).

12. Laboratório Clínico

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	12.1.	O laboratório possui Responsável Técnico habilitado? Evidência: Anotação de Responsabilidade Técnica (ART)			
RE	12.2.	O serviço atende os padrões, leis, normas e regulamentos vigentes? Evidência: vistoria.			
RE	12.3.	A equipe do laboratório tem formação, treinamento continuado, qualificação e experiência necessária para administrar e realizar os testes e interpretar os resultados? Evidência: certificados, capacitações.			
	12.4.	A infraestrutura do laboratório está adequada à realização dos serviços e à garantia dos requisitos de segurança? Evidência: vistoria, entrevistas.			
RE	12.5.	O laboratório possui Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)? Evidência: Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).			
RE	12.6.	O laboratório define o grau de pureza da água reagente utilizada em suas análises, a forma de obtenção e o controle da qualidade? Evidência: procedimentos padronizados, relatório de controle da água.			
	12.7.	Há mecanismos de controle de qualidade do processo de análise laboratorial? Evidência: relatório de controle de qualidade.			
RE	12.8.	O hospital possui procedimentos implementados para coletar, identificar, manusear, transportar e descartar amostras com segurança? Evidência: procedimentos padronizados.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 122/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	12.9.	Há procedimentos padronizados para emissão de laudo?			
		Evidência: procedimentos padronizados.			
	12.10.	Há padronização sobre o registro dos procedimentos e a guarda dos documentos do Laboratório?			
		Evidência: procedimentos padronizados.			
(RE)	12.11.	Há procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados.			
(RE)	12.12.	Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados.			
	12.13.	Há equipamentos adequados aos procedimentos laboratoriais?			
		Evidência: vistoria, entrevistas.			
(RE)	12.14.	Os laboratórios terceirizados que prestam serviço ao hospital são licenciados?			
		Evidência: alvará de funcionamento, licença sanitária.			
(RE)	12.15.	O laboratório possui programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição?			
		Evidência: programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição.			
(RE)	12.16.	O laboratório disponibiliza os resultados em tempo hábil de acordo com as diretrizes do hospital?			
		Evidência: prontuário, registros de comunicação interna.			

13. Diagnóstico por Imagem

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	13.1.	O serviço de diagnóstico por imagem possui Responsável Técnico habilitado?			
		Evidência: Anotação de Responsabilidade Técnica (ART)			
(RE)	13.2.	Há Comissão de Proteção Radiológica?			
		Evidências: portaria de nomeação; atas de reunião			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 123/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	13.3.	O serviço atende aos padrões, leis, normas e regulamentos vigentes?			
	Evidência: vistoria.				
	13.4.	O serviço possui Memorial Descritivo de Proteção Radiológica?			
	Evidência: Memorial Descritivo de Proteção Radiológica.				
	13.5.	A equipe do serviço de diagnóstico por imagem tem formação, qualificação e experiência necessária para preparar pacientes, realizar exames e testes, elaborar laudos e interpretar os resultados?			
	Evidências: certificados, currículo.				
RE	13.6.	A equipe do serviço de diagnóstico por imagem tem treinamento continuado necessário para preparar pacientes, realizar exames e testes, elaborar laudos e interpretar os resultados?			
	Evidência: certificados, capacitações.				
	13.7.	A infraestrutura do serviço de diagnóstico por imagem está adequada à realização dos serviços e à garantia dos requisitos de segurança?			
	Evidência: vistoria, entrevistas, projeto de blindagem.				
RE	13.8.	O hospital fornece os EPIs e EPCs necessários para execução das atividades?			
	Evidências: visita diagnóstica, entrevista.				
RE	13.9.	Há plano de proteção radiológica?			
	Evidências: plano de proteção radiológica atualizado, implementado e disponível. Memorial Descritivo de Proteção Radiológica				
	13.10.	O serviço dispõe de condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o paciente e trabalhadores, conforme normas e regulamentos do serviço?			
	Evidências: visita às instalações; notificações de doenças e agravos; indicadores, dosímetros e registro de controle dosimétricos dos trabalhadores.				
RE	13.11.	O serviço de diagnóstico por imagem possui Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
	Evidência: Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 124/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	13.12.	O serviço possui mecanismos para avaliar a radiação ambiental, seja através de monitoração de área ou de Levantamento Radiométrico?			
		Evidência: relatórios, procedimentos padronizados.			
	13.13.	O serviço de diagnóstico por imagem disponibiliza os resultados em tempo hábil de acordo com as diretrizes do hospital?			
		Evidência: prontuário, registros de comunicação interna.			
(RE)	13.14.	O serviço de diagnóstico por imagem dispõe de mecanismos de esclarecimentos sobre as condições necessárias ou limitantes para realização dos exames?			
		Evidência: procedimentos padronizados, entrevistas.			
	13.15.	Há procedimentos padronizados para emissão de laudo?			
		Evidência: procedimentos padronizados.			
	13.16.	Há mecanismos de otimização da dose de radiação empregada sempre que possível?			
		Evidência: procedimentos padronizados, relatórios.			
	13.17.	Há padronização sobre o registro dos procedimentos e a guarda dos documentos do serviço de diagnóstico por imagem?			
		Evidência: procedimentos padronizados.			
(RE)	13.18.	Há procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados.			
(RE)	13.19.	Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados.			
	13.20.	Há equipamentos adequados aos procedimentos do serviço de diagnóstico por imagem?			
		Evidência: vistoria, entrevistas.			
(RE)	13.21.	O serviço de diagnóstico por imagem terceirizados que prestam serviço ao hospital são licenciados?			
		Evidência: alvará de funcionamento, licença sanitária.			
	13.22.	O serviço de diagnóstico por imagem possui programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição?			
		Evidência: programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 125/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	13.23.	O serviço de diagnóstico por imagem trabalha com escala de plantão, ativo ou à distância, com cobertura nas 24 horas, bem como sistema de comunicação que assegure resultado em tempo hábil?			
		Evidência: escala de plantão.			
	13.24.	Há sistemas de análise crítica dos procedimentos de diagnóstico por imagem, visando o controle de qualidade, mitigação de riscos e melhoria contínua dos processos?			
		Evidência: indicadores, planos de ação.			

14. Métodos Gráficos

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	14.1.	O serviço possui Responsável Técnico habilitado?			
		Evidência: Anotação de Responsabilidade Técnica (ART)			
RE	14.2.	O serviço atende aos padrões, leis, normas e regulamentos vigentes?			
		Evidência: vistoria.			
RE	14.3.	A equipe do serviço tem formação, treinamento continuado, qualificação e experiência necessária para administrar e realizar os testes e interpretar os resultados?			
		Evidência: certificados, capacitações.			
	14.4.	A infraestrutura do serviço está adequada à realização dos serviços e à garantia dos requisitos de segurança?			
		Evidência: vistoria, entrevistas.			
RE	14.5.	O serviço possui Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is)?			
		Evidência: Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is).			
	14.6.	O serviço disponibiliza os resultados em tempo hábil de acordo com as diretrizes do hospital?			
		Evidência: prontuário, registros de comunicação interna.			
RE	14.7.	O serviço dispõe de mecanismos de esclarecimentos sobre as condições necessárias ou limitantes para realização dos exames?			
		Evidência: procedimentos padronizados, entrevistas.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 126/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	14.8.	Há procedimentos padronizados para emissão de laudo?			
		Evidência: procedimentos padronizados.			
	14.9.	Há padronização sobre o registro dos procedimentos e a guarda dos documentos do serviço?			
		Evidência: procedimentos padronizados.			
(RE)	14.10.	Há procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados.			
(RE)	14.11.	Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados.			
	14.12.	Há equipamentos adequados aos procedimentos do serviço?			
		Evidência: vistoria, entrevistas.			
(RE)	14.13.	Os serviços terceirizados que prestam serviço de métodos gráficos ao hospital são licenciados?			
		Evidência: alvará de funcionamento, licença sanitária.			
	14.14.	O serviço possui programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição?			
		Evidência: programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição.			
(RE)	14.15.	O serviço trabalha com escala de plantão, ativo ou à distância, com cobertura nas 24 horas, bem como sistema de comunicação que assegure resultado em tempo hábil?			
		Evidência: escala de plantão.			
	14.16.	Há sistemas de análise crítica dos procedimentos de métodos gráficos, visando o controle de qualidade, mitigação de riscos e melhoria contínua dos processos?			
		Evidência: indicadores, planos de ação.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 127/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

15. Processamento de Roupas

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	15.1.	A unidade de processamento de roupas possui Responsável Técnico?			
		Evidências: documento que comprove a responsabilidade técnica, sendo que o profissional deve ter a formação mínima de nível médio, conhecimento em segurança e saúde ocupacional, controle de infecção e que responda perante a vigilância sanitária pelas ações ali realizadas, nesse último caso, apenas se a unidade de processamento for terceirizada.			
RE	15.2.	O hospital possui funcionários capacitados e em número adequado às necessidades do serviço?			
		Evidência: currículo, escala, registro de treinamentos, entrevista com os funcionários			
RE	15.3.	Os serviços terceirizados que prestam serviços de processamento de roupas ao hospital são licenciados?			
		Evidência: licença sanitária, alvará de funcionamento			
	15.4.	O hospital faz visitas periódicas à lavanderia externa terceirizada contratada para acompanhamento das condições do processamento das roupas?			
		Evidência: relatório de visita.			
RE	15.5.	A infraestrutura e as condições de operação estão adequados à demanda do serviço e à segurança do trabalhador?			
		Evidência: vistoria.			
RE	15.6.	O hospital fornece os EPIs e EPCs necessários para execução das atividades?			
		Evidências: visita diagnóstica, entrevista.			
	15.7.	A área de processamento de roupas tem acesso restrito?			
		Evidências: vistoria.			
RE	15.8.	Há o estabelecimento e a aplicação de fluxos/processos e barreiras físicas que impeçam que a contaminação da área suja passe para a área limpa?			
		Evidências: visita diagnóstica, fluxos e processos documentos, disponíveis e amplamente divulgados.			
RE	15.9.	Há equipamentos adequados aos procedimentos do serviço?			
		Evidência: vistoria, entrevistas.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 128/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	15.10.	Há procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
RE	15.11.	Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos?			
		Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
RE	15.12.	A área de processamento de roupas possui normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis?			
		Evidência: normas, rotinas e procedimentos documentados, disponíveis e amplamente divulgados.			
RE	15.13.	O serviço possui programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição?			
		Evidência: programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição.			
	15.14.	O hospital possui lista de padronização do enxoval?			
		Evidência: lista com a padronização do enxoval.			
RE	15.15.	O hospital estabelece procedimentos para o controle de qualidade em todas as fases do processo relacionadas ao processamento e distribuição do enxoval?			
		Evidência: indicadores, procedimentos padronizados, relatórios, visita diagnóstica.			
	15.16.	O enxoval disponível atende a demanda do hospital?			
		Evidência: visitas diagnósticas, controles de entrega do enxoval no setor.			
	15.17.	O hospital possui rouparias setoriais nas áreas assistenciais?			
		Evidência: carrinho-armário, armários.			
	15.18.	As rouparias setoriais são de acesso restrito?			
		Evidência: visita diagnóstica.			
	15.19.	O responsável pela área assistencial acompanha, controla e dá ateste do recebimento do enxoval?			
		Evidência: planilhas de controle, relatórios.			
RE	15.20.	Há sacos hampers em quantidade adequada e devidamente posicionados para o acondicionamento do enxoval sujo?			
		Evidência: visita diagnóstica.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 129/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

16. Anatomia Patológica

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	16.1.	O serviço de anatomia patológica possui Responsável Técnico habilitado? Evidência: documento que comprove a responsabilidade técnica.			
RE	16.2.	O serviço atende os padrões, leis, normas e regulamentos vigentes? Evidência: vistoria.			
RE	16.3.	A equipe do serviço de anatomia patológica tem formação, treinamento continuado, qualificação e experiência necessária para administrar e realizar os testes e interpretar os resultados? Evidência: certificados, capacitações.			
RE	16.4.	O hospital possui sistema de identificação de peças, tecidos e células do corpo humano? Evidência: sistema de identificação, visita diagnóstica.			
RE	16.5.	O hospital possui sistema de controle de peças, tecidos e células do corpo humano? Evidência: sistema de controle, visita diagnóstica, fluxos, arquivos.			
RE	16.6.	O hospital possui sistema de controle e identificação de corpos? Evidência: sistema de controle e identificação, visita diagnóstica, fluxos.			
RE	16.7.	O hospital possui procedimentos padronizados para acondicionamento e transporte das peças cirúrgicas, tecidos e células do corpo humano, materiais biológicos? Evidência: procedimentos padronizados para acondicionamento e transporte das peças cirúrgicas, tecidos e células do corpo humano; arquivo de peças, lâminas, blocos e fotografias.			
	16.8.	Há arquivo de cópias de laudos, blocos histológicos, lâminas com materiais biológicos, conforme legislação vigente? Evidência: arquivo de peças, lâminas, blocos e laudos.			
RE	16.9.	O hospital dispõe de local adequado para a guarda de corpos? Evidência: visita diagnóstica, câmara frigorífica exclusiva e compatível.			
RE	16.10.	O serviço possui manuais, procedimentos padronizados, normas e rotinas de documentação e registros referente às atividades do serviço?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 130/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: manuais, procedimentos padronizados, normas e rotinas de documentação e registros referente às atividades do serviço.			
16.11.	O hospital dispõe de infraestrutura, materiais e equipamentos adequados para a execução das tarefas e de acordo com as necessidades do serviço?			
	Evidência: Vistoria, EPIs disponíveis.			
RE 16.12.	A infraestrutura e as condições de operação estão adequados à segurança do trabalhador?			
	Evidência: vistoria.			
16.13.	Há programa de manutenção preventiva com procedimentos padronizados para os equipamentos?			
	Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
RE 16.14.	Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos?			
	Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
16.15.	Há sistemas de análise crítica dos procedimentos de anatomia patológica, visando o controle de qualidade, mitigação de riscos e melhoria contínua dos processos?			
	Evidência: indicadores, planos de ação, procedimentos padronizados, relatórios.			
RE 16.16.	O hospital possui padronização dos procedimentos de embalagem de corpos?			
	Evidência: procedimento.			
RE 16.17.	O serviço possui programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição?			
	Evidência: programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição.			
RE 16.18.	O hospital fornece os EPIs e EPCs necessários para execução das atividades?			
	Evidências: visita diagnóstica, entrevista.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 131/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

17. Assistência Social

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	17.1.	O Serviço de Assistência Social possui Responsável Técnico?			
		Evidências: documento que comprove a responsabilidade técnica.			
	17.2.	O hospital possui funcionários capacitados e em número adequado às necessidades do serviço?			
		Evidência: currículo, escala, registro de treinamentos, entrevista com os funcionários			
RE	17.3.	O hospital possui sistema de documentação e registros das atividades desenvolvidas pela assistência social?			
		Evidência: Sistema de documentação e registro.			
	17.4.	O serviço dispõe de processo padronizado para atendimento ao paciente respeitando as necessidades individuais?			
		Evidência: processo padronizado.			
RE	17.5.	O hospital dispõe de instalações adequadas que garantam a privacidade do atendimento?			
		Evidência: visita diagnóstica, entrevista.			
RE	17.6.	O serviço possui procedimentos com precauções padrão e rotinas de controle de infecção em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição?			
		Evidência: procedimento de precauções padrão e rotinas de controle de infecção implementado.			
RE	17.7.	A área de assistência social possui manual, normas, rotinas e procedimentos documentado, atualizado e disponível?			
		Evidência: manuais, procedimentos padronizados, normas e rotinas de documentação e registros referente às atividades do serviço.			
	17.8.	A área possui sistema de análise crítica dos casos atendidos, visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e minimização de riscos?			
		Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
	17.9.	A área possui procedimentos de orientação aos usuários?			
		Evidência: procedimentos, folders.			
RE	17.10.	A área possui processos voltados para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos?			
		Evidência: plano de cuidado.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 132/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

18. Estatística

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	18.1.	O hospital possui responsável ou grupo de trabalho capacitado para o serviço estatístico? Evidência: portaria, currículo, quadro de pessoal.			
RE	18.2.	O hospital possui sistema de coleta, análise e utilização de informações pertinentes? Evidência: Sistema de coleta, indicadores, plano de ação.			
RE	18.3.	O hospital possui sistema de documentação e registros estatísticos? Evidência: Sistema de documentação e registro.			
RE	18.4.	O hospital possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) referentes as atividades desenvolvidas? Evidência: Procedimento Padronizado, Rotinas, Normas.			
	18.5.	O hospital possui programa educação e treinamento continuado para os profissionais referente a coleta de dados, utilização das informações e a importância dessas? Evidência: Capacitações, Lista de presença, Planejamento de educação continuada.			
RE	18.6.	O hospital utiliza os dados estatísticos para a melhoria de cuidados prestados aos usuários? Evidência: Indicadores, Plano de ação.			
	18.7.	O serviço de estatística subsidia os demais setores do hospital com informações para tomada de decisão? Evidência: entrevista, ata de reunião			
	18.8.	Há reuniões periódicas de caráter multiprofissional para discussão dos resultados obtidos, utilização das informações para melhoria da qualidade? Evidência: Indicadores, Plano de Ação, Ata de reunião			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 133/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

19. Arquivo Médico

Item	Requisitos	Sim	Não	NA
19.1.	O hospital possui responsável ou grupo de trabalho capacitado para o serviço estatístico? Evidência: portaria, currículo, quadro de pessoal.			
19.2.	O hospital possui sistema de organização de arquivo e de prontuário, técnicas, impressos e métodos utilizados para a composição do prontuário? Evidência: sistema de organização de arquivo e de prontuário, técnicas, impressos e métodos utilizados para a composição do prontuário.			
19.3.	O hospital possui sistema de controle de entrada e saída dos prontuários, circulação dos mesmos nas Unidades de Internação e mecanismos que garantam a sua rápida localização? Evidência: sistema de controle de entrada e saída dos prontuários, circulação dos mesmos nas Unidades de Internação; sistema de rastreabilidade de prontuários.			
19.4.	O hospital possui prontuários completos, legíveis e assinados com a respectiva identificação de todos os atendimentos realizados? Evidência: revisão de prontuário.			
(RE) 19.5.	As condições de armazenamento atendem às condições de segurança de acordo com as normas vigentes? Evidência: visita diagnóstica.			
19.6.	O hospital possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) referentes as atividades desenvolvidas? Evidência: Procedimento Padronizado, Rotinas, Normas.			
19.7.	O hospital possui articulação do setor de Arquivo Médico com a área de estatística e os demais serviços? Evidência: entrevista, fluxos, ata de reunião.			
19.8.	O hospital possui processo documentado que protege o sigilo, a segurança e a integridade dos dados e informações? Evidência: procedimentos, políticas.			
(RE) 19.9.	O hospital estabelece reuniões periódicas, de caráter multiprofissional, para a revisão e a discussão dos prontuários e dos resultados obtidos, retroalimentação do processo de melhoria da qualidade e ciclos de melhoria já realizados? Evidência: ata de reunião, indicadores, plano de ação.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 134/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

20. Faturamento

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	20.1.	Há gerenciamento dos procedimentos faturados utilizando como base a contratualização com o Gestor Municipal?			
		Evidência: Contrato assinado com o Gestor; Indicadores; Relatórios; Arquivos de Monitoramento			
RE	20.2.	Existem processos em que se análise os custos e o faturamento dos procedimentos realizados?			
		Evidência: Relatórios, Arquivos de Monitoramento			
	20.3.	Há indicadores referentes ao processo e resultados do faturamento?			
		Evidência: Indicadores; Relatórios; Arquivos de Monitoramento			
	20.4.	O hospital realiza Melhorias a partir dos indicadores definidos?			
		Evidências: Indicadores; Relatórios; Arquivos de Monitoramento			
	20.5.	O hospital dispõe de Procedimentos, Processos, Mapeamento, Roteiros e/ou check lists que direcionem e orientem a realização das atividades?			
		Evidência: Procedimento Operacional Padrão, Normas			
RE	20.6.	Existe o acompanhamento das Notas Técnicas, Portarias e demais documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, que definem as atualizações da tabela SIGTAP SUS?			
		Evidências: Relatórios; Arquivos de Monitoramento			
	20.7.	Os profissionais que atuam no Serviço de Faturamento possuem capacitação referente a área em que atuam?			
		Evidências: Relatórios de capacitação, currículo			
	20.8.	Há definição de metas alinhadas com o Planejamento Estratégico Institucional?			
		Evidência: Indicadores; Relatórios; Arquivos de Monitoramento			
	20.9.	O hospital mensura os riscos financeiros por codificação / procedimentos inadequados / incorretos com vistas uma maior eficiência operacional?			
		Evidência: indicadores e relatórios.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 135/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

21. Processamento de Materiais e Esterilização

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	21.1.	A área de processamento de materiais e esterilização possui Responsável Técnico habilitado? Evidência: documento que comprove a responsabilidade técnica.			
RE	21.2.	A área atende os padrões, leis, normas e regulamentos vigentes? Evidência: vistoria.			
RE	21.3.	A equipe da área de processamento de materiais e esterilização tem formação, treinamento continuado, qualificação e experiência necessária para administrar e realizar os testes e interpretar os resultados? Evidência: certificados, capacitações.			
RE	21.4.	O hospital possui sistema de identificação dos materiais cirúrgicos? Evidência: sistema de identificação, visita diagnóstica.			
RE	21.5.	O hospital possui sistema de controle de estoque ou inventário de materiais? Evidência: sistema de controle, visita diagnóstica, fluxos atualizados, arquivos.			
RE	21.6.	A área possui fluxo e processos das etapas de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais? Evidência: fluxos, processos, procedimentos.			
RE	21.7.	Há controle do ciclo de esterilização por lotes? Evidência: monitoramento e registros de controle do ciclo de esterilização.			
	21.8.	A área de processamento de materiais e esterilização atende às condições operacionais e estruturais de segurança, conforme normas e regulamentos do serviço? Evidência: processos (cliente interno e externo), procedimentos, visita diagnóstica.			
	21.9.	A área de processamento de materiais e esterilização possui programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição? Evidência: programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição.			
RE	21.10.	O hospital fornece os EPIs e EPCs necessários para execução das atividades? Evidências: visita diagnóstica, entrevista.			
RE	21.11.	O serviço possui áreas separadas por barreira física e mecanismos adequados de comunicação entre as áreas e com o exterior? Evidência: vistoria, fluxos, processo.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 136/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	21.12.	A área possui equipamentos e instalações adequados às necessidades do serviço?			
	Evidência: visita às instalações nas quais ocorrem a esterilização de materiais.				
	21.13.	Há procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos?			
	Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.				
RE	21.14.	Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos?			
Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.					
RE	21.15.	A área possui procedimentos e rotinas relacionadas à lavagem simples e antissepsia das mãos?			
Evidência: procedimentos, rotinas e visita.					
RE	21.16.	O hospital possui manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) referentes as atividades desenvolvidas?			
Evidência: Procedimento Padronizado, Rotinas, Normas.					
RE	21.17.	A área possui planejamento, controle dos ciclos de esterilização e rastreabilidade de todo o processo?			
Evidência: sistema de controle, planejamento documentado, indicadores do ciclo de esterilização.					
	21.18.	A área possui sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de riscos visando à melhoria contínua?			
Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.					
	21.19.	O hospital possui programa educação e treinamento continuado para os profissionais da área de processamento de materiais e esterilização referente às atividades desenvolvidas e a importância dessas?			
Evidência: Capacitações, Lista de presença, Planejamento de educação continuada.					
	21.20.	O hospital possui comitê de processamento de produtos para a saúde ativo, de acordo com a legislação vigente?			
Evidência: portaria de instituição de comitê, atas de reunião.					

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 137/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

22. Higiene

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	22.1.	O hospital possui pessoal habilitado e dimensionado às necessidades do serviço? Evidência: o quadro de pessoal, visita diagnóstica			
RE	22.2.	O hospital fornece os EPIs e EPCs necessários para execução das atividades? Evidências: visita diagnóstica, entrevista.			
RE	22.3.	O hospital possui processos padronizados de higiene e manutenção desta no ambiente? Evidência: visita diagnóstica, processos documentados.			
RE	22.4.	O hospital possui mecanismos de coleta, acondicionamento, armazenamento e guarda dos resíduos em conformidade com as normas vigentes? Evidência: PGRSS, fluxos, visita diagnóstica.			
	22.5.	O hospital possui processos padronizados para o tratamento de resíduos de alto risco? Evidência: processos documentados.			
RE	22.6.	As normas e os procedimentos de limpeza e desinfecção são definidos e supervisionados em conjunto com a área de controle de infecção? Evidência: procedimento de precauções padrão e rotinas de controle de infecção implementado.			
RE	22.7.	O serviço possui procedimentos com precauções padrão e rotinas de controle de infecção em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição? Evidência: procedimento de precauções padrão e rotinas de controle de infecção implementado.			
	22.8.	Há procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos? Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
RE	22.9.	Há procedimentos padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos? Evidência: registro de manutenções, procedimentos padronizados, notas fiscais.			
	22.10.	O hospital possui programa educação e treinamento continuado para os profissionais da área de higiene referente às atividades desenvolvidas e a importância dessas? Evidência: Capacitações, Lista de presença, Planejamento de educação continuada.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 138/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	22.11.	A área possui sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de riscos visando à melhoria contínua?			
		Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
RE	22.12.	Os serviços de higiene terceirizados que prestam serviço ao hospital são licenciados?			
		Evidência: alvará de funcionamento, licença sanitária.			

23. Sistema de Abastecimento de Água

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	23.1.	O hospital é abastecido de água potável?			
		Evidência: resultado do controle da potabilidade da água.			
RE	23.2.	O hospital realiza limpeza e desinfecção dos reservatórios de água, de acordo com protocolos?			
		Evidência: protocolos implementados, vistoria.			
RE	23.3.	O hospital realiza a análise e controle da potabilidade da água, com periodicidade conforme legislação vigente?			
		Evidência: sistema de controle da potabilidade da água, relatórios.			
RE	23.4.	O hospital possui reservatórios de água com capacidade suficiente para atender às demandas da instituição, cobertos permanentemente e com acesso restrito?			
		Evidência: visita diagnóstica, reservatório de água coberto permanentemente e com acesso restrito.			
	23.5.	O hospital possui e testa os sistemas de emergência de abastecimento de água e documenta os resultados?			
		Evidência: sistemas de emergência de abastecimento de água, resultados documentados.			
RE	23.6.	São realizados periodicamente testes da água utilizada para diálise renal, de acordo com a legislação vigente?			
		Evidência: testes documentados.			

24. Gerenciamento de Resíduos

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
RE	24.1.	O hospital possui Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS)?			
		Evidência: PGRSS implementado, amplamente divulgado.			
RE	24.2.	Os procedimentos operacionais das etapas de gerenciamento de resíduos estão em conformidade com o PGRSS?			
		Evidência: Procedimento operacional padrão das etapas em conformidade com PGRSS.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 139/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	24.3.	O hospital possui pessoal habilitado e dimensionado adequadamente às necessidades do serviço? Evidência: quadro de pessoal, currículo.			
	24.4.	O hospital estabelece mecanismos de identificação de materiais e resíduos perigosos? Evidência: sistema de identificação, etiquetas padronizadas, procedimentos padronizados.			
	24.5.	O hospital possui procedimentos implementados para gestão de derramamentos e exposições a resíduos de saúde? Evidência: procedimentos padrões implementados e amplamente divulgados.			
RE	24.6.	O hospital dispõe de local adequado para armazenamento temporário dos resíduos e meios de transporte adequados? Evidência: carrinhos de coleta/armazenamento.			
RE	24.7.	O hospital realiza segregação e acondicionamento dos resíduos, conforme legislação vigente? Evidência: carrinhos de coleta/armazenamento, lixeiras adequadas à demanda e ao tipo de resíduo, visita diagnóstica.			
RE	24.8.	O hospital realiza manuseio, coleta, transporte, armazenamento interno e externo dos resíduos, conforme legislação vigente? Evidência: visita diagnóstica, procedimentos documentados.			
RE	24.9.	O hospital fornece os EPIs e EPCs necessários para execução das atividades? Evidências: visita diagnóstica, entrevista.			
	24.10.	O local destinado à disposição dos resíduos final está adequado conforme o risco estabelecido para todos os tipos de resíduos? Evidências: visita diagnóstica, entrevista.			
RE	24.11.	O serviço possui procedimentos com precauções padrão e rotinas de controle de infecção em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição? Evidência: procedimento de precauções padrão e rotinas de controle de infecção implementado.			
	24.12.	O hospital possui fluxo adequado de resíduos, prevendo saída independente da circulação do público? Evidência: fluxo adequado			
	24.13.	O hospital possui programa educação e treinamento continuado referente às atividades desenvolvidas e a importância dessas? Evidência: Capacitações, Lista de presença, Planejamento de educação continuada.			
RE	24.14.	Os serviços terceirizados que prestam serviço ao hospital relacionados ao gerenciamento de resíduos são licenciados? Evidência: alvará de funcionamento, licença sanitária.			
	24.15.	O hospital verifica se a destinação final dos seus resíduos de saúde está sendo realizada em ambiente correto?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 140/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: documento comprovando a destinação final.			
24.16.	A área possui sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de riscos visando à melhoria contínua?			
	Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			

25. Infraestrutura

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	25.1.	O hospital cataloga todos os seus componentes de sua infraestrutura e mapeia a distribuição deles?			
		Evidência: catálogo/inventário com a relação dos componentes.			
(RE)	25.2.	O hospital possui programa para garantir que todos os sistemas de infraestrutura operem de forma segura, eficaz e eficiente?			
		Evidência: programa implementado.			
	25.3.	O hospital realiza atividade de inspeção e manutenção de todos os componentes operacionais de sistemas de infraestrutura?			
		Evidência: relatório de inspeção e manutenção.			
(RE)	25.4.	O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto arquitetônico e estrutural com as devidas anotações de Responsabilidade Técnica?			
		Evidência: projeto arquitetônico e estrutural documentado, disponível.			
(RE)	25.5.	O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto elétrico com as devidas anotações de Responsabilidade Técnica?			
		Evidência: projeto elétrico documentado, disponível.			
(RE)	25.6.	O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto hidráulico com as devidas anotações de Responsabilidade Técnica?			
		Evidência: projeto hidráulico documentado, disponível.			
(RE)	25.7.	O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto de prevenção de incêndio com as devidas anotações de Responsabilidade Técnica?			
		Evidência: projeto prevenção de incêndio documentado, disponível.			
(RE)	25.8.	O hospital possui sistema de documentação e registros correspondentes ao projeto de ar condicionado incluindo projetos específicos para as áreas críticas com planta correspondente?			
		Evidência: projeto de ar condicionado documentado, disponível.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 141/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	25.9.	O hospital possui Alvará de funcionamento e licença/alvará sanitário atualizados?			
		Evidência: alvará de funcionamento e licença sanitária concedidos pelas autoridades competentes			
	25.10.	O hospital possui projetos de obras adequados ao plano de ampliação e reforma, com plantas e estrutura aprovadas pelo órgão competente, visando a assegurar aos clientes conforto, condições de habitabilidade e segurança?			
		Evidência: projetos de obras adequados ao plano de ampliação e reforma			
RE	25.11.	O hospital possui estruturas física e operacional que atendam aos requisitos de segurança para a comunidade interna e externa, conforme normas e regulamentos correspondentes, inclusive normas de controle de infecção?			
		Evidência: visita diagnóstica, projetos documentados que atendam aos requisitos de segurança.			
	25.12.	O hospital possui programa de manutenção preventiva das condições estruturais?			
		Evidência: programa de manutenção preventiva implementado.			
RE	25.13.	O hospital possui programa de manutenção corretiva das condições estruturais?			
		Evidência: programa de manutenção corretiva implementado.			
	25.14.	O projeto arquitetônico de obras está integrado às comissões técnicas e setores de planejamento institucional, observando as políticas definidas pela instituição?			
		Evidência: atas de reunião, entrevistas, projeto arquitetônico de acordo com o planejamento institucional.			
	25.15.	O hospital possui sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de riscos visando à melhoria contínua dos sistemas de infraestrutura?			
		Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
	25.16.	O hospital possui sistema de sinalização interna e externa para orientar o acesso e deslocamento pela instituição?			
		Evidência: sistema de sinalização implementado.			
	25.17.	O sistema de sinalização do hospital é de fácil entendimento e visualização nas diversas áreas?			
		Evidência: visita diagnóstica.			
RE	25.18.	O hospital dispõe de corrimão em todas os corredores destinados à circulação de pacientes, incluindo as escadas, conforme norma vigente?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 142/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidências: visita diagnóstica.			
RE	25.19. A infraestrutura do hospital possibilita a circulação adequada de macas e cadeiras de rodas?			
	Evidência: projeto arquitetônico, visita diagnóstica.			
	25.20. Os sanitários para a comunidade interna e externa possuem barras de apoio?			
	Evidência: projeto arquitetônico, visita diagnóstica.			
RE	25.21. O hospital possui rampas com piso não escorregadio?			
	Evidência: visita diagnóstica.			
	25.22. O serviço de emergência do hospital possui área de acesso independente?			
	Evidência: projeto arquitetônico, visita diagnóstica.			
	25.23. O hospital 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 as legislação pertinente?			
	Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
	25.24. O hospital possui comissão de obras para avaliação dos materiais a serem recomendados para a instituição?			
	Evidência: portaria de instituição, atas de reunião.			
RE	25.25. Durante o planejamento e execução de obras há acompanhamento da comissão de controle de infecção relacionadas à assistência à saúde?			
	Evidência: atas de reunião, plano de obra, indicadores.			
	25.26. O hospital possui acessos diferenciados para veículos e pedestres?			
	Evidência: projeto arquitetônico, visita diagnóstica.			
	CONTROLE DE ACESSO			
RE	25.27. O hospital possui política/programa de controle de acesso e circulação?			
	Evidência: política/programa de controle de acesso implementado.			
RE	25.28. O programa de controle de acesso garante que toda a equipe e prestadores de serviços sejam identificados?			
	Evidência: política/programa de controle de acesso implementado.			
	25.29. O hospital possui sistema de acesso, com fluxos definidos e procedimentos de orientação aos usuários para circulação?			
	Evidência: sistema de acesso, fluxos, entrevista.			
	25.30. O hospital possui pessoal treinado para orientação e controle do acesso à instituição nas 24 horas?			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 143/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	Evidência: entrevista, relatório de capacitação, lista de presença.			
25.31.	O hospital possui acesso adequado para entrada e saída de pacientes observando condições de segurança, proteção e conforto na entrada e saída de pacientes?			
	Evidência: vistoria.			
RE 25.32.	Há controle da circulação em áreas restritas?			
	Evidência: política de controle de acesso implementada, visita diagnóstica.			
25.33.	Há controle de entrada e saída de alimentos, roupas, materiais, entre outros do hospital?			
	Evidência: política de controle de acesso implementada, visita diagnóstica.			
25.34.	O hospital possui sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de riscos visando à melhoria contínua relacionada ao controle de acesso?			
	Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
SISTEMA ELÉTRICO				
RE 25.35.	O hospital possui sistema de segurança e manutenção da rede elétrica?			
	Evidência: sistema de segurança e manutenção documentado, visita diagnóstica.			
RE 25.36.	O hospital possui sistema de energia elétrica de emergência para manter serviços contínuos durante interrupção no fornecimento?			
	Evidência: sistema de energia elétrica de emergência, visita diagnóstica.			
25.37.	O hospital possui programa de controle de desperdício e otimização de energia elétrica?			
	Evidência: programa de controle de desperdício e otimização de energia elétrica implementado, disponível e amplamente divulgado.			
RE 25.38.	O hospital identifica as áreas e serviços críticos e provê iluminação de emergência nestas e nas saídas de emergência?			
	Evidência: áreas críticas mapeadas, visita diagnóstica.			
RE 25.39.	O hospital possui profissionais habilitados e dimensionado adequadamente às necessidades do serviço?			
	Evidência: entrevistas, capacitações, quadro de pessoal.			
RE 25.40.	O hospital possui sistema elétrico distribuído através de um quadro central ou quadros setoriais?			
	Evidência: visita diagnóstica, sistema elétrico.			
RE 25.41.	O hospital possui sistema de geração de energia de acordo com o porte, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço?			
	Evidência: sistema de geração de energia disponível.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 144/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

RE	25.42.	O hospital realiza manutenção periódica e sistemática do sistema elétrico e dos sistemas alternativos?			
		Evidência: registros de manutenção.			
RE	25.43.	O hospital possui sistemas de aterramento com manutenção adequada, em todas as áreas críticas da instituição?			
		Evidência: planta do sistema de aterramento, registros de manutenção.			
	25.44.	O hospital possui sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de riscos visando à melhoria contínua relacionada ao fornecimento de energia elétrica?			
		Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)					
	25.45.	O hospital gerencia o portfólio de serviços e programas relacionados à tecnologia da informação?			
		Evidência: manual de portfólio.			
	25.46.	O hospital gerencia os contratos e as atas de registro de preço relacionados à tecnologia da informação?			
		Evidência: acordo de nível de serviço definido, sistema de gestão de contratos.			
	25.47.	O hospital possui definição de perfis e controle de acesso à sistemas?			
		Evidência: política de controle de acesso, manual de perfil.			
	25.48.	A área da tecnologia da informação mapeia e possui procedimentos das atividades desenvolvidas?			
		Evidência: mapeamento e procedimento operacional padrão das atividades da TI.			
	25.49.	O hospital possui mecanismos de gestão de ativos de TI?			
		Evidências: portfólio contendo todos os equipamentos e softwares de Tecnologia da Informação, Software Asset Management (SAM).			
	25.50.	O hospital possui suporte técnico de informática para gerenciar requisições de serviço e incidentes?			
		Evidências: Sistema de helpdesk.			
	25.51.	A área de TI possui plano de contingência e recuperação em casos de desastres?			
		Evidência: plano de contingência.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 145/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

26. Segurança e Manutenção Geral

	Item	Requisitos	Sim	Não	NA
(RE)	26.1.	O hospital possui programa para garantir proteção contra incêndio e fumaça? Evidências: programa contra incêndio e fumaça implementado, avaliação documentada de risco de incêndio.			
(RE)	26.2.	O hospital possui saídas de segurança das instalações quando ocorrerem emergências de incêndio ou não relacionadas a incêndios? Evidências: visita diagnóstica.			
(RE)	26.3.	Toda equipe é capacitada quanto ao programa de segurança contra incêndio e fumaça? Evidência: demonstração da equipe de como levar pacientes a lugar seguro.			
(RE)	26.4.	Detecção de incêndio e os sistemas de combate a incêndios são inspecionados, testados e mantidos de acordo com as recomendações? Evidência: Inspeção, testes documentados.			
(RE)	26.5.	O hospital realiza desratização e desinsetização periodicamente? Evidência: registros de desratização e desinfecção			
	26.6.	O hospital possui rede de esgoto ou fossa séptica com tratamento adequado? Evidência: visita diagnóstica, relatórios.			
(RE)	26.7.	As saídas de emergência são devidamente identificadas e de fácil visualização e compreensão? Evidência: visita diagnóstica.			
(RE)	26.8.	O hospital possui sistema de segurança predial e tecnológica? Evidência: sistema de segurança predial e tecnológica documentado.			
(RE)	26.9.	O hospital mantém extintores de incêndio devidamente distribuídos, sinalizados e dentro do prazo de validade de suas cargas? Evidência: visita diagnóstica, extintores de incêndio devidamente distribuídos e dentro do prazo de validade			
(RE)	26.10.	O hospital utiliza sinalização de segurança clara e de fácil compreensão para obras, atividades de manutenção e situações de emergência? Evidência: visita diagnóstica, procedimentos operacionais padrão.			
	26.11.	O hospital possui sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 146/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

	riscos visando à melhoria contínua relacionada à segurança e manutenção geral?			
	Evidência: sistema de análise crítica, plano de ação, sistemas de controle, indicadores.			
RE	26.12. O hospital possui programa de tecnologia médica implementado em todo o hospital?			
	Evidência: programa de tecnologia médica implementado, amplamente divulgado, atualizado.			
RE	26.13. O hospital inspeciona e testa as tecnologias médicas em novas aquisições ou de acordo com o uso dos equipamentos e recomendação do fabricante?			
	Evidência: inspeção e testes documentados das novas tecnologias médicas.			
	26.14. Há programa implementado de manutenção preventiva de equipamentos médico-hospitalar?			
	Evidência: programa implementado, disponível.			
	26.15. O hospital realiza capacitação dos profissionais envolvidos quando há aquisição de nova tecnologia?			
	Evidência: relatório de capacitação, lista de presença, entrevista.			

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 147/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

E. GLOSSÁRIO

CONCEITOS BÁSICOS: VALE A PENA SABER!	
Caso de Near Miss Materno	definido como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave, ocorrida durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez”. Em termos práticos, as mulheres são consideradas casos de near miss quando elas sobrevivem a uma condição ameaçadora à vida (isto é, disfunção orgânica).
Dano	comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
Evento adverso	incidente que resulta em dano à saúde
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
Incidente	evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde
Incidente de alta vigilância	trata-se de um evento ou circunstância inesperada, grave e indesejável que resulte em óbito, ou qualquer lesão física ou psicológica grave. O Incidente é considerado de alta vigilância quando apenas um caso serve para disparar o alarme da necessidade de investigação e resposta imediatas, por se tratar de algo que nunca deveria acontecer.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 148/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Indicadores	São dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos), saídas (produtos) e desempenho dos processos , produtos e a organização como um todo.
Não-conformidade	evento ou circunstância que está relacionada a processos que geraram resultado insatisfatório;
Plano de segurança do paciente em serviços de saúde	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
Potencial evento adverso	Incidente que tenha potencial para causar danos (evento adverso), mas não ocorreu por acaso ou porque foi interceptado intencionalmente.
Queixa técnica	qualquer suspeita de alteração/irregularidade de um produto/empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva
Perigo	Fonte ou situação com potencial de provocar lesões pessoais, problemas de saúde, danos à propriedade, ao ambiente de trabalho, ou uma combinação desses.
Plano de ação	Ferramenta simples e eficiente para o planejamento e acompanhamento de atividades necessárias para atingimento de um resultado desejado, na resolução de problemas e/ou não conformidades. Pode ser utilizado a ferramenta 5W2H para execução.
Segurança do paciente	redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde
Sistema de identificação e notificação de incidentes e queixas técnicas	mecanismo por meio do qual é possível identificar, ativa ou passivamente, riscos, incidentes e queixas técnicas, bem como notifica-los, avalia-los, trata-los e monitora-los

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 149/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Sistema de notificação em vigilância sanitária	também conhecido como NOTIVISA, é um sistema informatizado na plataforma web, previsto pela Portaria nº 1.660, de 22 de Julho de 2009, do Ministério da Saúde. É disponibilizado no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para receber as notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas aos seguintes produtos sob vigilância sanitária: medicamentos; vacinas e Imunoglobulinas; artigos médico-hospitalares; equipamentos médico-hospitalares; produtos para diagnóstico de uso in vitro; uso de sangue ou componentes; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; saneantes; agrotóxicos
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
Vigihosp	o Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares é uma ferramenta de gestão de riscos, desenvolvida pela Ebserh, voltada para a qualidade e segurança do paciente e traduz-se em um software de identificação; avaliação; análise e tratamento; comunicação e monitorização de riscos; incidentes em saúde; queixas técnicas e doenças; e agravos de notificação compulsória.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 150/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

F. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ABNT NBR ISO 31000:2018. Gestão de riscos — Princípios e diretrizes. 2018, 24 p.
- Arrasco JC, Gomez JL. Guía de investigación de brotes de infecciones respiratorias agudas e Influenza. Ministerio de Salud del Peru, Dirección General de Epidemiología; 2007
- Associação Paulista de Medicina (BR). Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar: Roteiro de Visitas. Versão 11. (novembro/2016)
- Azevedo, C. ; Sá, Marilene ; MIRANDA, L. ; GRABOIS, V. . Caminhos da Organização e Gestão do Cuidado em Saúde no Âmbito Hospitalar Brasileiro. Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde , v. 1, p. 95-115, 2010.
- Baldan, R; Valle, R; Rozenfeld, H. Gerenciamento de Processos de Negócio – BPM: uma referência para implantação prática. Elsevier, 2014.
- Brachine Juliana Dane Pereira, Peterlini Maria Angélica Sorgini, Pedreira Mavilde da Luz Gonçalves. Método bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 Sep 07] ; 33(4): 200-210).
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2017. [acesso em 05 dez 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 57 de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. [Internet]. Brasília, DF; 2010. [acesso em 2018 ago. 16]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/RDC+n+57-2010+Regulamento+Sanit%C3%A1rio.pdf/b4a906a4-3763-482a-b1af-9dfc9ff2e411>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Internet]. [acessado em 22/10/2015]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 151/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Brasil. Anvisa. RDC N° 20, de 26 de março de 2012. [Internet]. [acessado em 20/10/2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0020_26_03_2012.html

Brasil. Anvisa. RDC N° 51, de 29 de setembro de 2014, Internet]. [acessado em 20/10/2015]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef79e80045ace5c9a25fafa9166895f7/rdc005_1_29_09_2014.pdf?MOD=AJPERES

Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Diretriz para implantação de núcleos e planos de segurança do paciente na rede Ebserh. 2016. 60 p.

Brasil. Lei n° 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm

Brasil. Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_documentos_metodologia_arquivo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 302 de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos [Internet]. Brasília, DF; 2005. [acesso em 2018 ago. 10]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_302_2005_COMP.pdf/7038e853-afae-4729-948b-ef6eb3931b19

Brasil. Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. [acessado em 22/10/2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Volume 3. Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente no Brasil.

Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 152/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2018 ago. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

Brasil. Procuradoria Geral da República. Secretaria Jurídica e de Documentação. Manual de gestão por processos. Secretaria Jurídica e de Documentação. Escritório de Processos Organizacionais do MPF. Brasília: MPF/PGR; 2013.

Capucho HC. Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Ciências] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

Donabedian A. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Xxx Ed. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora; 1994.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Asch. Pathol. Lab. Med.* 1990; 114 (11): 1115-18.

Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988; 260 (12):1743-1748.

Ebserh. Mapa estratégico 2018-2022. <http://www.ebserh.gov.br/documents/14003/0/15+-+Novo+Mapa+-+Final.png/4a609bfc-cee7-4e17-8706-825050634909?t=1529090401381>

Ebserh. Portaria-SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018, no Boletim de Serviço nº 488, de 06 novembro de 2018. Disponível em:

Feldman Liliane Bauer, Gatto Maria Alice Fortes, Cunha Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2005 June [cited 2018 Dec 05] ; 18(2): 213-219. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000200015>.

Gonçalves, José Ernesto Lima. As Empresas são Grandes Coleções de Processos. *RAE - Revista de Administração de Empresas.* v. 40, n. 1, Jan./Mar. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v40n1/v40n1a02.pdf>>.

GRAHAM, Morris, LEBARON, Melvin. The horizontal revolution. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

Grajales, R.A.Z. et al. La calidad y seguridad del paciente: elementos conceptuales. In: COMETTO, M.C. et al. *Enfermería y seguridad de los pacientes.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2011. Cap. 11, p. 139-164.

Harrington, HJ. O processo do aperfeiçoamento: como as empresas americanas, líderes de mercado, aperfeiçoam o controle de qualidade. São Paulo, McGraw Hill, 1993.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 153/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

- HINRICHSEN SL. Qualidade e segurança do paciente: gestão de riscos. MedBook. 2012, 335 p.
- Institute for Healthcare Improvement. Evidence-Based Care Bundles. [acesso em 05 dez 2018]. Disponível em: <<http://www.ihl.org/Topics/Bundles/Pages/default.aspx>>
- International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. WHO, January 2009.
- IOM – Institute of Medicine. Committe on Quality on Healthcare in American, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: Anew health system for the 21th Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 5ª Edição. 2014.
- Lopes CD, Lopes FFP. Do risco à qualidade: A vigilância sanitária nos serviços de saúde. 1 ed. Brasília: Anvisa, 2008.
- MACHADO, L. G. Aplicação da metodologia PDCA: etapa P (Plan) com suporte das ferramentas da qualidade. Tese (Graduação em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2007.
- MALIK, ANA MARIA . GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: AÇÕES E RESULTADOS. Revista Baiana de Saúde Pública , v. 40, p. 86-97, 2017.
- Manuais da qualidade: JCI, Accreditation Canada, ONA, CQH, Ministério da Saúde
- MENDES W; SOUZA, P. (Org.) . Segurança do Paciente. Conhecendo os Riscos nas Organizações de Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. v. 1. 452p .
- Mendes W; SOUZA, P. (Org.) . Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. v. 1. 208p .
- Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde (BR). Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3ª Ed., revisada e atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108p. – Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 117.
- ONA. Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - Versão 2018.
- Organização Nacional de Acreditação (BR). Coleção Manual Brasileiro de Acreditação: Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Volume 1. Brasília: 2014. 159p.
- Pedroso, Marcelo Caldeira, & Malik, Ana Maria. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2757-2772. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000024>
- Qmentum International. Padrões para Serviços Hospitalares. 2018.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
Tipo do Documento:	MANUAL	MA.SGQ.002 - Página 154/158
Título do Documento:	MANUAL DE DIRETRIZES E REQUISITOS DO PROGRAMA E SELO EBSERH DE QUALIDADE	Emissão: 05/12/2018
		Revisão:-----

Referência: Organização Mundial de Saúde. Avaliação da Qualidade do Cuidado nas Complicações Graves da Gestação: A Abordagem do Near Miss da OMS para a Saúde Materna. Uruguay. OMS; 2011.

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 de Saúde de Minas Gerais. Organização dos macroprocessos básicos da atenção primária à saúde. Oficina 1. Gerenciamento por processos e territorialização. Minas Gerais: 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-1-Gerenciamento-por-Processos-e-Territorializac%CC%A7a%CC%83o.pdf>>.

Silva, M. “Dicionário Terminológico da Gestão pela Qualidade Total em Serviços”. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. Ph.D. Thesis. 2003.

Silva, Sabrina Guterres da, Nascimento, Eliane Regina Pereira do, & Salles, Raquel Kuerten de. (2012). Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 837-844. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400014>

SOUSA, Paulo; Mendes, Walter. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2765286/mod_resource/content/1/2014%20Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20livro.pdf Acesso em: 09 de outubro de 2018.

VECINA NETO, G. ; MALIK, A. M. . Tendências na gestão da saúde. *GV EXECUTIVO* , v. 16, p. 12-16, 2017.

Vincent C. *Segurança do paciente*. Orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul; Yendis; 2009.

Wachter RM. *Compreendendo a Segurança do Paciente*. 2ª edição. Porto Alegre: AMGH, 2013.

Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 43-56.

WHO – World Alliance for Patient Safety. Global priorities for research on patient safety. Geneva: World Health Organization, 2008. 17p.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Genebra; 2006.