

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE · PNASS - PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



PNASS

PROGRAMA NACIONAL DE
AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas



Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

SAF Sul, Trecho 2, lotes 5/6, Edifício Premium, Torre II, 3º andar

CEP: 70.070-600 – Brasília/DF

Fone: (61) 3315-5870

Site: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/cgra>

E-mails: drac@saude.gov.br / cgra@saude.gov.br

Supervisão geral:

Elaine Maria Giannotti

Equipe formulação:

Carlos Armando Lopes do Nascimento

Daniele Marie Guerra

Leticia de Oliveira Fraga de Aguiar

Sergio Santos de Souza

Viviana Viana Ramos

Elaboração técnica:

Afonso Teixeira dos Reis – DEMAS/SE/MS

Andersom Messias Silva Fagundes – DAHU/SAS/MS

Andréia Pereira da Silva Oliveira – DAET/SAS/MS

Carlos Alberto de Matos – DEGERTS/SGTES/MS

Carlos Armando Lopes do Nascimento – DRAC/SAS/MS

Christian Chebly Prata Lima – DAHU/SAS/MS

Cláudia Marques Canabrava – DAHU/SAS/MS

Cláudia Carvalho Pequeno – DAHU/SAS/MS

Cláudio José Dias da Cunha – DATASUS/SGEP/MS

Cleane Saraiva Tavares – DEGERTS/SGTES/MS

Cristóvão Aparecido Gattei – DRAC/SAS/MS

Daniele Marie Guerra – DRAC/SAS/MS

Flávia Silvério de Souza Sobrinho – DOGES/SGEP/MS

Haroldo Lupion Poleti – DAHU/SAS/MS

Heide Gauche – DAET/SAS/MS

Helmir Oliveira Rodrigues – DAPES/SAS/MS

Jane Terezinha Martins – DAHU/SAS/MS

Jaqueline Silva Sousa – DAET/SAS/MS

José Eduardo Fogolin Passos – DAET/SAS/MS

Lariça Emiliano da Silva – DAB/SAS/MS

Leticia de Oliveira Fraga de Aguiar – DRAC/SAS/MS

Lilianne Lazzarotti Reis – DAHU/SAS/MS

Lorena Magalhães – DOGES/SGEP/MS

Lucas Mota Hauck – DAF/SCTIE/MS

Luciana Camila dos Santos Brandão – DOGES/SGEP/MS

Luciana de Aguiar Albano Guimarães – DOGES/SGEP/MS

Luciana Yumi Ue – DAHU/SAS/MS

Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araujo Silva – DAPES/SAS/MS

Lydia Melo França – DAHU/SAS/MS

Maria Angélica Fernandes Aben-Athar – DOGES/SGEP/MS

Maria Cristina de Oliveira Marques – DAPES/SAS/MS

Maria do Carmo – SES/MS

Maria Esther de Albuquerque Vilela – DAPES/SAS/MS

Maria Helena Ferreira de Azevedo – DOGES/SGEP/MS

Maria Leonor de Barros Ribeiro – UFMG

Marília Greidinger Carvalho – DOGES/SGEP/MS

Michelli Pereira Costa – DRAC/SAS/MS

Patrícia Ferrás Araújo da Silva – DEGERTS/SGTES/MS

Patrícia Sampaio Chueiri – DAET/SAS/MS

Renata Clarisse Carlos de Andrade – DAB/SAS/MS

Rosecleia Bessegatto Pogere – DAHU/SAS/MS

Rodrigo Wilson de Souza – DRAC/SAS/MS

Sergio Santos de Souza – DRAC/SAS/MS

Vera Lúcia Ferreira Mendes – DAPES/SAS/MS

Viviana Viana Ramos – DRAC/SAS/MS

Universidades parceiras:

Universidade de Brasília (UnB)

Fábio Augusto Melo Assunção

José Antônio Iturri

Sérgio Ricardo Schierholt

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Alzira de Oliveira Jorge

Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Universidade Federal de Pelotas (UFPeL)

Elaine Thumé

Luiz Augusto Facchini

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Paulo de Medeiros Rocha

Severina Alice da Costa Uchoa

Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Alcindo Antônio Ferla

Mirceli Goulart Barbosa

Projeto Gráfico/diagramação:

Haroldo da Costa Brito

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva e Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

Pnass : Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

64 p. : il.

ISBN 978-85-334-2293-3

1. Avaliação dos serviços. 2. Serviços de saúde. 3. Atenção à saúde. I. Título.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0196

Títulos para indexação:

Em inglês: Pnass: National Program for Health Services Evaluation

Em espanhol: Pnass: Programa Nacional de Evaluación de Servicios de Salud

SUMÁRIO

ORIGENS	5
OBJETIVO GERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
OPÇÕES METODOLÓGICAS	6
ESTRUTURA DO PNASS	6
DEFINIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS	8
APLICAÇÃO DO PRIMEIRO INSTRUMENTO "ROTEIRO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO"	8
O SIPNASS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	10
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	10
1 - ROTEIRO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO	11
2 - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	48
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS USUÁRIOS	49
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS USUÁRIOS	49
QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	50
3 - CONJUNTO DE INDICADORES	55
INDICADORES DA ATENÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (SIA)	55
INDICADORES DA ATENÇÃO HOSPITALAR (SIH)	57
QUANTIDADE DE AVALIAÇÕES A SEREM REALIZADAS SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO MS	58
BIBLIOGRAFIA	59

INTRODUÇÃO

Os fundamentos legais do Sistema Único de Saúde (SUS) (artigos nº 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde – nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), acrescido do conjunto normativo do Ministério da Saúde (MS) e, mais recentemente, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, definem a organização do SUS e as atribuições dos seus entes federados, cujas bases estão estruturadas pelo Pacto Interfederativo.

Entre essas atribuições se incluem o Planejamento, o Controle e a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde, que buscam garantir os princípios e as diretrizes do SUS, e consequente melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade.

A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, estabelece como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários.

Em 2015, foi publicada Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015 que reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS).

Neste contexto, a avaliação configura-se como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde. Avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do Planejamento para o aperfeiçoamento do Sistema.

A busca de reordenamento da gestão e da atenção, portanto, passa necessariamente por sistemas de informação que sejam robustos o suficiente para subsidiar o redirecionamento das ações de saúde em direção à racionalidade possível em um Sistema Nacional plural e heterogêneo nas suas diversas instâncias.

ORIGENS

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) originou-se do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash), desenvolvido a partir de 1998.

Em 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas –DRAC/SAS/MS, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ampliou o escopo do Pnash, possibilitando a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada e dando origem ao Pnass.

OBJETIVO GERAL

Avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Consolidar o processo de avaliações sistemáticas dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares.
2. Conhecer o perfil da gestão dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados.
3. Aferir a satisfação dos usuários do SUS nos estabelecimentos avaliados.
4. Incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados.
5. Conhecer a inserção dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
6. Incentivar, pedagogicamente, a cultura avaliativa no processo de trabalho dos gestores de saúde.
7. Incentivar a cultura avaliativa em estabelecimentos de saúde do SUS.
8. Consolidar o Pnass como um instrumento de gestão do SUS.
9. Transformar o Pnass em uma ferramenta estratégica de regulação do SUS.

OPÇÕES METODOLÓGICAS

Conservou-se o formato dos instrumentos de avaliação de 2004 possibilitando a manutenção e o uso da versão 2004 do aplicativo de coleta de dados já desenvolvido – Sistema de Informação do Pnass (**Sipnass**).

Preservou-se a possibilidade de avaliar estabelecimentos de diferentes complexidades, de forma abrangente, sem a necessidade de instrumentos específicos.

Manteve-se o caráter censitário da versão de 2004 para os estabelecimentos que atendam os critérios de inclusão definidos pelo Ministério da Saúde, sendo facultado o uso dos instrumentos e da metodologia, pelos gestores, em outros estabelecimentos não incluídos no programa.

ESTRUTURA DO PNASS

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde possui um conjunto de três instrumentos avaliativos distintos:

1. Roteiro de itens de verificação.
2. Questionário dirigido aos usuários.
3. Conjunto de indicadores.

1 O primeiro instrumento avaliativo – “Roteiro de Itens de Verificação” – avalia basicamente os vários elementos da gestão e é composto por cinco blocos que, por sua vez, se subdividem em CRITÉRIOS ou tópicos:

- a. Bloco I – Gestão Organizacional (5 critérios)
- b. Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a produção de cuidado (7 critérios)
- c. Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado (4 critérios)
- d. Bloco IV – Serviços/Unidades específicas (9 critérios)
- e. Bloco V – Assistência Oncológica (5 critérios)

Esses CRITÉRIOS (total de 30) correspondem a um conjunto de variáveis qualitativas, sendo elas mutuamente exclusivas ou independentes entre si.

Em uma última subdivisão, para cada CRITÉRIO foram elaborados seis “Itens de Verificação” que correspondem a perguntas cujas respostas são sempre binárias (SIM ou NÃO).

No final, agregados em 30 Critérios e estes, em 5 Blocos, o primeiro instrumento “Roteiro de Itens de Verificação” possui 180 Itens de Verificação ou perguntas a serem feitas ao gestor do estabelecimento.

Para garantir o entendimento e sua adequada aplicação, cada um dos 180 Itens de Verificação vem acompanhado de um material explicativo visando garantir a homogeneidade no entendimento do conteúdo e o seu caráter mutuamente exclusivo.

Este primeiro instrumento será aplicado por um grupo externo ao MS, constituído por meio de parcerias entre o Ministério da Saúde e universidades federais.

2 O segundo instrumento avaliativo – “Questionário dirigido aos usuários” – avalia basicamente a satisfação do usuário para com a assistência recebida pelos estabelecimentos a serem avaliados, e corresponde a um questionário com questões fechadas.

Este questionário será aplicado pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. O DOGES aplicará o questionário por ligação telefônica aos usuários que serão relacionados pelo estabelecimento no período estabelecido e entregues aos avaliadores das universidades no momento da aplicação do Roteiro de Itens de Verificação nos estabelecimentos.

A quantidade de usuários que serão ouvidos nessa pesquisa será definida por amostragem. O volume desta amostra será calculado para cada estabelecimento. Essa amostra terá a confiabilidade de 95% com margem de erro de 5%.

3 O terceiro instrumento avaliativo – “Conjunto de indicadores” – avalia basicamente resultados e corresponde a um conjunto variado de indicadores, construídos a partir dos vários bancos de dados ou sistemas de informação alimentados pelos estabelecimentos.

A sua definição e construção dos indicadores será realizada por um grupo técnico do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS).

DEFINIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS

Para a definição dos estabelecimentos a serem avaliados utilizou-se da modalidade amostral por conveniência decidida pelo Ministério da Saúde, tendo como critério básico os estabelecimentos nos quais o Ministério da Saúde efetuou um aporte significativo de recursos financeiros, decorrentes de políticas prioritárias.

Critérios de Inclusão dos Estabelecimentos:

1. Estabelecimentos que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).
2. Estabelecimentos habilitados/qualificados na Rede Cegonha.
3. Estabelecimentos habilitados/qualificados na Rede de Urgências e Emergências.
4. Estabelecimentos habilitados em Terapia Renal Substitutiva (TRS).
5. Estabelecimentos habilitados como Centro Especializados de Reabilitação (CER).
6. Estabelecimentos habilitados em Oncologia.
7. Estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (federais, estaduais ou municipais).

Foram excluídos os estabelecimentos hospitalares considerados como Hospitais de Pequeno Porte (HPP), definidos como aqueles que tinham 49 leitos ou menos (leitos de especialidades mais os complementares). Os HPP foram objeto de avaliação pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS) por outro tipo de instrumento de avaliação. Somente serão avaliados pelo Pnass os HPP que possuam algum tipo de habilitação de acordo com os critérios citados anteriormente.

Uma vez definidos os critérios, os estabelecimentos foram selecionados por meio de consultas ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).

Nos estabelecimentos selecionados, cujo atendimento não é 100% SUS, foi definido outro critério visando à avaliação da isonomia do atendimento pelo hospital, à iniciativa privada e ao SUS.

A quantidade de estabelecimentos a serem avaliados: 2.589.

APLICAÇÃO DO PRIMEIRO INSTRUMENTO “ROTEIRO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO”

Para a aplicação do Roteiro de Itens de Verificação nos estabelecimentos selecionados, segundo os critérios anteriores, foram celebrados convênios entre o Ministério da Saúde e as universidades federais, a saber:

1. Universidade Federal de Pelotas (UFPel).
2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
3. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
4. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
5. Universidade Federal de Brasília (UnB).

Com exceção da UnB, as demais já realizaram a pesquisa referente ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (**Pmaq**), instrumento de avaliação coordenado pelo Departamento da Atenção Básica. (DAB/SAS/MS).

A definição dos estabelecimentos a serem avaliados pelas universidades seguiu a divisão das unidades federadas utilizada no Pmaq. A UnB, como não estava participando dele, ficou responsável pela avaliação de unidades federadas não incluídas nas demais.

A seguir demonstramos a distribuição das unidades federadas pelas universidades envolvidas na aplicação do Pnass com a quantidade de estabelecimentos a serem avaliados:

Tabela 1. Distribuição das unidades federadas por universidades e quantidade de estabelecimentos de saúde

Universidade	Estado	Unidades TRS	Unidades Hospitalares	UPA	Unidades Reabilitação	Total Unidades
UFMG	AC	0	8	1	0	9
	ES	9	47	3	0	59
	MG	34	208	32	10	284
	RJ	56	154	64	8	282
	RO	6	16	2	4	28
UFPeI	DF	9	16	4	2	31
	GO	24	53	7	9	93
	MA	9	67	9	0	85
	MG	34	208	32	10	284
	RS	37	139	7	0	183
	SC	26	68	9	3	106
UFRGS	MS	6	21	3	2	32
	MT	11	23	4	6	44
	PA	7	60	7	2	76
	PB	2	42	6	1	51
	RS	37	139	7	0	183
	SP	81	330	57	20	488
UFRN	AL	4	22	3	8	37
	AP	0	6	0	0	6
	CE	19	81	16	2	118
	PE	16	73	15	1	105
	PI	9	24	0	0	33
	RN	10	27	3	1	41
UnB	AM	3	32	0	1	36
	BA	26	118	17	5	166
	PR	29	103	19	1	152
	RR	1	3	0	0	4
	SE	3	12	4	1	20
	TO	3	12	3	2	20
TOTAL		440	1.764	295	89	2.589

Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015.

Ressalta-se que na Tabela 1 o número total de estabelecimentos de saúde foi calculado considerando o quantitativo referente aos estados de MG e RS somente uma vez, visto que os dados são apresentados nos campos da UFMG, UFGRS e UFPel. Observa-se que o estado de MG foi distribuído entre a UFMG e UFPel e o estado do RS foi distribuído entre a UFGRS e UFPel, cabendo às universidades a distribuição de serviços de saúde no território.

O Roteiro de Itens de Verificação do Pnass será aplicado por avaliadores selecionados pelas universidades federais envolvidas, conforme citado anteriormente. O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), por meio da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação (CGRA), capacitou os instrutores/multiplicadores do roteiro Pnass, e estes por sua vez capacitaram os avaliadores. Cada universidade indicou um instrutor para ser capacitado.

O instrumento foi validado em oficina com participação de técnicos das áreas afins do Ministério da Saúde e após realização de um piloto, executado pela UFMG em estabelecimentos de saúde do município de Belo Horizonte, MG.

O SIPNASS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) versão 2004/2005, utilizou um sistema desenvolvido e hospedado no DATASUS/RJ, que atendeu às demandas de cadastramento e ao armazenamento dos dados de avaliação e pesquisa.

Diante da elaboração e aprovação do Pnass versão 2015, fez-se necessária a evolução do sistema para atender aos padrões de captura e armazenamento dos dados de avaliação coletados.

Em parceria com o DATASUS/RJ, customizou-se o Sipnass versão 2004/2005, adequando seus requisitos funcionais e não funcionais para atender ao atual processo de avaliação do Pnass 2015.

A seguir, principais características do Sipnass versão 2015:

1. Sistema e base de dados *on-line* hospedados na estrutura do DATASUS.
2. Instrumento de avaliação configurado de acordo com o tipo do estabelecimento a ser avaliado.
3. Módulo de Gestão da Equipe de avaliadores e respectivos estabelecimentos a serem avaliados.
4. Utilização de dispositivos móveis para a captura dos dados de avaliação.
5. Contingenciamento no armazenamento dos dados coletados.
6. Possibilidade de transmissões parciais de dados coletados durante o processo de avaliação
7. Exibição de hipertextos com o detalhamento do Item de Verificação em Avaliação.
8. Disponibilização de campo texto para digitalização de informações que se fizerem necessárias durante, ou ao final, do processo de avaliação.
9. Acompanhamento da evolução do processo de avaliação nos estabelecimentos.
10. Gerenciamento e disponibilização de documentos e imagens para apoio na aplicação da avaliação.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos estabelecimentos de saúde selecionados será por meio da aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação:

1. Roteiro de Itens de Verificação:
 - a. Bloco I – Gestão Organizacional (5 critérios)
 - b. Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a produção de cuidado (7 critérios)
 - c. Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado (4 critérios)
 - d. Bloco IV – Serviços/Unidades específicas (9 critérios)
 - e. Bloco V – Assistência Oncológica (5 critérios)
2. Questionário dirigido aos usuários.
3. Conjunto de indicadores.

1 – ROTEIRO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO

BLOCOS	CRITÉRIOS
I GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Gestão de contratos
	2. Planejamento e organização
	3. Gestão da informação
	4. Gestão de pessoas
	5. Modelo organizacional
II APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO PARA A PRODUÇÃO DE CUIDADO	6. Gerenciamento de risco e segurança do paciente
	7. Gestão da infraestrutura e ambiência
	8. Gestão de equipamentos e materiais
	9. Alimentação e nutrição (Serviço/Unidade)
	10. Assistência farmacêutica
	11. Processamento de roupas e materiais
	12. Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento
III GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DO CUIDADO	13. Integração nas Redes Atenção à Saúde (RAS)
	14. Protocolos administrativos e clínicos
	15. Gestão do cuidado
	16. Acesso à estrutura assistencial
IV SERVIÇOS/ UNIDADES ESPECÍFICAS	17. Atenção imediata – urgência e emergência
	18. Atenção em regime ambulatorial especializado
	19. Atenção em regime de internação
	20. Atenção em regime de terapia intensiva
	21. Atenção cirúrgica e anestésica
	22. Atenção materna e infantil
	23. Atenção em Terapia Renal Substitutiva
	24. Atenção em Hemoterapia
	25. Atenção em serviços de reabilitação
	V ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA
27. Atenção Radioterápica	
28. Atenção em Oncologia Clínica	
29. Atenção Hematológica	
30. Atenção Oncológica Pediátrica	

A aplicação desses CRITÉRIOS dependerá do tipo do estabelecimento avaliado, havendo a possibilidade de um ou mais critérios não serem aplicáveis a determinado estabelecimento tendo em vista a característica da prestação de serviços realizada por ele (ex.: O tópico 30 – Atenção Oncológica Pediátrica quando de um hospital geral).

Descrição dos tipos de estabelecimentos e dos CRITÉRIOS que serão avaliados em cada um deles:

1. Hospital geral e hospital especializado (públicos ou com o Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC): CRITÉRIOS de 1 a 22 e 24.
2. Hospital geral e hospital especializado com habilitação na Rede Cegonha: CRITÉRIOS de 1 a 22 e 24.
3. Hospital geral e hospital especializado com habilitação na Rede de Urgência e Emergência: CRITÉRIOS de 1 a 22 e 24.
4. Hospital geral e hospital especializado com habilitação em Terapia Renal Substitutiva: CRITÉRIOS de 1 a 23 e 24.
5. Hospital geral e hospital especializado com habilitação em Reabilitação: CRITÉRIOS de 1 a 22 e 24 a 25.
6. Hospital geral e hospital especializado com habilitação em Terapia Renal Substitutiva e Reabilitação: CRITÉRIOS de 1 a 25.
7. Hospital geral e hospital especializado com habilitação em Oncologia: CRITÉRIOS de 1 a 30.
8. Centro Especializado em Reabilitação: CRITÉRIOS de 1 a 5; 7 e 8; 12 a 15; 25 – critérios a serem analisados em hospitais que contenham somente habilitação em reabilitação.
9. Terapia Renal Substitutiva (programa de diálise): CRITÉRIOS de 1 a 8; 10 a 15; 23 – critérios a serem analisados em hospitais que contenham somente habilitação em TRS.
10. Unidade de Pronto Atendimento: CRITÉRIOS de 1 a 8; 10 a 15; 17.

Os estabelecimentos serão cadastrados no Sipsnass, a partir do Cnes e terão automaticamente atribuídos a eles, os blocos e os CRITÉRIOS correspondentes aos seus tipos de acordo com a relação citada.

Caso o avaliador em um estabelecimento constate a não aplicabilidade de um ou mais CRITÉRIOS atribuídos àquele estabelecimento, o Sipsnass oferecerá a possibilidade de o avaliador optar pela sua não aplicação.

Os Itens de Verificação têm a finalidade de sinalizar risco ou qualidade para o conjunto de critérios. São em número de seis por critério e apenas poderão ser assinalados como SIM ou NÃO. Estão classificados em Imprescindíveis (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R) atribuídos a cada dois Itens de Verificação, com exceção do critério 16 onde cada Item de Verificação terá peso igual. Cada classificação destas terá uma pontuação que será definida ao cabo da aplicação da avaliação. Precedendo cada item de verificação existe uma referência sobre a forma que o avaliador utilizará para analisar aquele determinado item, a saber:

- 1) Q: observação de equipamento, área física etc.
- 2) D: documento apresentado pelo estabelecimento.
- 3) P: prontuário apresentado pelo estabelecimento.
- 4) R: resposta dada pelo responsável pelo estabelecimento a determinada pergunta

Relação dos Itens de Verificação segundo os cinco blocos e cada um dos critérios:

I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

1. Critério – Gestão de contratos

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	1	Possui instrumento de contratualização formal com o SUS.		
I	2	O estabelecimento possui contratos vigentes com seus prestadores de serviços		
N	3	O estabelecimento cumpriu acima de 70% das metas estabelecidas no contrato com o SUS nos últimos dois anos.		
N	4	Existem instrumentos de acompanhamento dos contratos com os prestadores de serviços terceirizados.		
R	5	O estabelecimento acompanha o instrumento de contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos.		
R	6	O estabelecimento possui comissão interna de acompanhamento do instrumento de contratualização com o SUS.		

(D) 1 – É imprescindível que o estabelecimento preste os seus serviços ao SUS mediante um instrumento de contratualização que assegure o repasse de recursos pelos serviços prestados, ou que estabeleça um compromisso de prestação de serviços entre o estabelecimento público e o gestor. A vigência dos instrumentos celebrados entre o estabelecimento e o SUS deve ser de 60 meses (cinco anos). Os instrumentos que devem ser celebrados são os seguintes: estabelecimentos do setor privado com ou sem fins lucrativos (Contrato de Prestação de Serviços ou Contrato de Gestão ou Contrato de Metas); estabelecimentos do setor filantrópico (Convênio, além dos relacionados anteriormente), estabelecimentos do setor público (Termo de Compromisso entre Entes Públicos ou Contrato de Gestão ou Contrato de Metas). Considerar **SIM** a existência de qualquer um desses tipos de instrumento de contrato com o SUS. Considerar **NÃO** a inexistência de contrato.

(D) 2 – Solicitar lista que contenha a relação de todos os fornecedores com os respectivos contratos e a vigência de cada um deles referentes às áreas de: limpeza, segurança, nutrição, serviços técnicos (análises clínicas, anatomia patológica, radiologia, radioterapia etc). No caso de estabelecimento da administração direta tais contratos são, na maioria das vezes, celebrados centralmente com reflexo nos diversos estabelecimentos públicos que compõem a gestão. Solicitar três contratos aleatoriamente para constatar a existência deles. Considerar **SIM** caso o percentual de contratos seja de 70% ou mais do total dos prestadores de serviço ao estabelecimento e constatação de três contratos aleatórios. Considerar **NÃO** quando este percentual for menor que 70% e/ou ausência de três contratos.

(D) 3 – Verificar documentação que comprove processo de avaliação por parte do estabelecimento do resultado do alcance de, pelo menos, 70% das metas referentes ao contrato com o SUS. Solicitar documento assinado pela comissão de contrato de gestão com vigência anual. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 4 – Verificar documentação que comprove a avaliação de todos os contratos por parte do estabelecimento dos serviços prestados por terceiros. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 5 – Verificar documentação que comprove, por parte do estabelecimento, análise dos indicadores qualitativos (relatório de indicadores que mede o resultado da prestação do serviço – que devem constar do instrumento contratual). Considerar **SIM** a comprovação da documentação (do último ano). Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 6 – Solicitar as últimas três atas de acompanhamento da comissão do último um ano e meio. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

2. Critério – Planejamento e organização

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	7	Houve planejamento institucional em relação a objetivos, à missão e às diretrizes nos últimos quatro anos.		
I	8	Possui Programação Orçamentária para o ano do exercício atual.		
N	9	Possui estudos de custos implantados.		
N	10	Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento dos resultados.		
R	11	Há contratualização interna das equipes com metas e resultados.		
R	12	Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores/ usuários.		

(D) 7 – Solicitar documentação que comprove o Processo de Planejamento. O plano deve ser atualizado nos últimos quatro anos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 8 – Solicitar documento que comprove a Programação Orçamentária para o ano do exercício atual: previsão de receitas com identificação das fontes, previsão de gastos distribuídos nos diferentes itens de despesas. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Centros Especializados em Reabilitação não terão necessidade de comprovar, pois a previsão orçamentária estará na Secretaria de Saúde e, neste caso, o avaliador deverá marcar **SIM**. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 9 – Solicitar planilha/relatório demonstrativa de centro de custos por serviço, ou procedimento ou paciente. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 10 – Solicitar documentação que comprove a avaliação nos últimos 12 meses (ata e/ou pauta de reunião ou outro tipo de documento) do Planejamento Institucional e o monitoramento dos resultados. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 11 – Solicitar documentos que comprovem os contratos internos ou as metas setoriais entre as equipes com suas metas e resultados. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(O)12 – A ideia da gestão a vista é colocar em local de fácil visualização todas as ferramentas, as atividades de produção, os locais de risco, o padrão de operação e os indicadores de desempenho da empresa, de modo que o cenário do sistema possa ser entendido rapidamente por todos os envolvidos. No caso da Saúde, em geral, constituem-se de quadros ou painéis colocados em cada setor do estabelecimento onde possam ser visualizados pelos trabalhadores ou usuários a missão e a visão da instituição como um todo ou do serviço de saúde (SND, Farmácia etc.), e os

indicadores financeiros e assistenciais mostrando o desempenho do setor, sua evolução e sua melhoria ao longo do tempo. Solicitar ao responsável pelo estabelecimento que demonstre ao avaliador a gestão a vista no estabelecimento, conforme descrito anteriormente. Considerar **SIM** a existência da gestão a vista. Considerar **NÃO** a ausência dela.

3. Critério – Gestão da informação

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	13	O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado.		
I	14	Há prontuário único com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes.		
N	15	O estabelecimento responsabiliza-se pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente.		
N	16	Existe Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída.		
R	17	O estabelecimento utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais.		
R	18	Divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente.		

(D) 13 – Verificar documento que comprove a atualização no Cnes nos últimos 30 dias, conforme Portaria MS/GM nº 311, de 14 de maio de 2007. Considerar SIM caso o Cnes esteja atualizado nos últimos 30 dias. Considerar NÃO a ausência de atualização nos últimos 30 dias no Cnes.

(P) 14 – Este prontuário deve ser único para todo o estabelecimento (seja para o atendimento ambulatorial ou para a internação) contendo todas as informações clínicas do paciente e sua evolução, anotações realizadas em sequência por equipe multiprofissional (profissionais de nível universitário e técnico que prestam atendimento ao paciente internado), tais como sinais vitais e administração de medicamentos, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Observar nos prontuários se os pacientes estão devidamente identificados nas solicitações de exames e se há a presença dos laudos dos Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica (SADT) solicitados, rótulos de órtese e prótese (se paciente cirúrgico). Na verificação destes prontuários, incluir a verificação para os Itens de Verificação 106, 112, 117, 119, 125, 152 e 154 deste roteiro.

Verificar três prontuários, escolhidos de forma aleatória, que tenham abrangência às seguintes áreas: Maternidade, Clínica Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Oncologia e TRS. Além do médico, do enfermeiro e do técnico de Enfermagem, deverá ter outro profissional de nível superior que realize a evolução no prontuário, em pelo menos dois dos serviços indicados para a seleção do prontuário. Os registros devem estar identificados com o carimbo, a assinatura e o registro no conselho correspondente do profissional.

Hospitais que não contenham todas as áreas anteriormente assinaladas, verificar três prontuários das áreas existentes. Caso não sejam encontradas estas anotações, solicitar outros três prontuários aleatoriamente. No caso das maternidades, considerar somente o registro do médico obstetra, do técnico de Enfermagem e do enfermeiro.

Toda cirurgia que necessitar de órtese, prótese ou material especial, deve constar no prontuário do usuário (físico ou eletrônico) a nota fiscal ou número da nota fiscal.

No caso de evoluções realizadas por estudante, é necessário o **CRM do médico supervisor**.

Considerar **SIM** a existência do prontuário único com as devidas anotações citadas. Considerar **NÃO** a ausência do prontuário único ou a presença deste sem as devidas anotações.

(O/D) 15 – Verificar a guarda dos prontuários dos pacientes por meio da observação do local dessa guarda (sem mofo, goteiras, acondicionamento instalado em estantes que estejam seguras, ou seja, não devem estar no chão). No caso em que a guarda seja realizada fora do estabelecimento (terceirizada ou não) solicitar o Procedimento Operacional Padrão (POP) que disciplina essa guarda e do acesso aos prontuários. Considerar **SIM** a existência dessa guarda no estabelecimento ou o Procedimento Operacionais Padrão (POP) que discipline a guarda externa. Considerar **NÃO** a ausência dessa situação.

(D) 16 – Verificar por meio de documento (atas e registro de reuniões periódicas) a existência da Comissão de Revisão de Prontuários. Considerar **SIM** a existência das atas e o registro de reuniões periódicas. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(R) 17 – Perguntar ao responsável pelo estabelecimento sobre a utilização das informações e dos indicadores de gestão e de assistência de acordo com os resultados deles, para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D) 18 – Perguntar ao responsável pelo estabelecimento se a divulgação que consta no Item de Verificação é realizada (solicitar um exemplo que possa corroborar a resposta positiva). Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

4. Critério – Gestão de pessoas

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	19	A política de recursos humanos preconiza a Educação Permanente.		
I	20	Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas.		
N	21	Existe programa de atenção integral à saúde do trabalhador.		
N	22	O estabelecimento possui espaço formal e permanente de negociação que envolva trabalhadores e gestores.		
R	23	O estabelecimento conta com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimule a fixação dos trabalhadores.		
R	24	Existe programa de incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho.		

(D) 19 – Verificar a existência da estratégia da Educação Permanente como forma de qualificação dos recursos humanos por meio de projeto para esse fim. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 20 – Verificar por meio de consulta documentos que possam demonstrar o tipo de vínculo dos trabalhadores. Para esta finalidade, entende-se por “vínculos protegidos” os contratos de trabalho que assegurem aos trabalhadores os direitos trabalhistas. Exemplo: estatutários, empregos públicos, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). No caso dos hospitais filantrópicos e hospitais

privados lucrativos não avaliar o vínculo do médico, somente as demais categorias por meio da verificação do Registro de Empregados ou Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged). A UPA e os Centros Especializados em Reabilitação (CER) considerar como vínculo precário todas as contratações que não forem por concurso e CLT. Considerar **SIM** os casos de contratações por vínculo protegido. Considerar **NÃO** a presença de contratação por vínculo precário, mesmo que seja um só profissional.

(D) 21 – Verificar se o estabelecimento possui política institucional relacionada à saúde do trabalhador que contemple ações relacionadas ao fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e à integração com os demais componentes da vigilância em saúde. Isso deve ser constatado por meio de documentação que especifique essa política institucional. Considerar **SIM** a existência dessa política. Considerar **NÃO** a ausência de tal política ou caso possua apenas serviço médico ocupacional tradicional, restrito a perícias médicas, por exemplo.

(D) 22 – Confirmar a existência deste fórum por meio da apresentação das duas últimas atas de reunião. Considerar **SIM** a comprovação do documento. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 23 – Verificar se o estabelecimento possui plano de cargo, carreiras e salários atual por meio da apresentação de documentação que comprove ou que demonstre que ele se encontra em estruturação. No caso de estabelecimentos da administração direta, o Plano de Cargo, Carreira e Salário (PCCS) é elaborado centralmente e também deve ser demonstrada a documentação que o comprove. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 24 – Solicitar documentação que demonstre a existência do citado programa. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

5. Critério – Modelo Organizacional

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	25	O estabelecimento conta com direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas.		
I	26	Conta com colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, com agenda de funcionamento regular.		
N	27	Os diretores administrativos e técnicos possuem formação/qualificação na gestão de serviço de saúde.		
N	28	O estabelecimento desenvolve periodicamente mecanismos de análise de resultados.		
R	29	Há conselhos gestores de unidade ou outros fóruns de controle social vinculados ao estabelecimento de saúde.		
R	30	Conta com ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta voltados para usuários.		

(D) 25 – Observar se a direção e os responsáveis técnicos estão formalmente constituídos. A documentação a ser constatada é o Regimento Interno e o Organograma (com as atribuições dos cargos) do estabelecimento. Na administração pública, a designação dos responsáveis pelo estabelecimento se efetiva por ato administrativo publicado nos veículos de comunicação adotados pela administração. Para os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** ausência da documentação.

(D) 26 – O estabelecimento deve comprovar por meio de ata da reunião da gestão colegiada e participativa com impacto nas decisões de gestão e de assistência. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 27 – Diploma de formação ou documento que comprove a formação e/ou especialização de um dos diretores, na área de Gestão de Serviços de Saúde ou Hospitalar. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 28 – Verificar se há metodologia sistemática de análise dos resultados do estabelecimento concebida a partir da missão dele. O estabelecimento deve apresentar documentação (relatório) que comprove a avaliação de resultados assistenciais e administrativos financeiros. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 29 – Verificar ata de reunião dos últimos seis meses do Conselho Gestor da Unidade ou outro fórum que atue no estabelecimento e confirme a existência do controle social. Considerar **SIM** a comprovação da documentação do conselho. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D/O) 30 – Constatar a existência de ouvidoria, ou outras estratégias de escuta (considerar “caixinha de sugestões” ou “fala comigo”) e observar o funcionamento regular delas e de seus instrumentos de diálogo com os usuários e o tipo de tratamento que o estabelecimento dá a esses dados; se há retorno das demandas trazidas, incluindo sugestões; se há algum espaço institucional de discussão da informação trazida pelo processo de escuta e não apenas o envio delas as diferentes áreas do estabelecimento etc. Não considerar a Ouvidoria Municipal. Considerar **SIM** a existência de processo de escuta que tenha funcionamento regular e que haja retorno ao usuário de suas demandas. Considerar **NÃO** a inexistência de processo de escuta e/ou ausência de retorno às demandas do usuário.

II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO

6. Critério – Gerenciamento de risco e segurança do paciente

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	31	Há programa de controle de infecção que realiza análise sistemática do seu perfil epidemiológico e disponibiliza os indicadores de infecção relacionados à assistência para o corpo clínico e a direção.		
I	32	Conta com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de maneira geral, e por serviços específicos.		
N	33	Trabalha com mecanismos de notificação e apuração de eventos adversos (hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância e os relacionados à assistência).		
N	34	Possui núcleo de segurança do paciente constituído.		
R	35	Desenvolve ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente.		
R	36	Faz acompanhamento sistemático de medicamentos utilizados no estabelecimento considerados potencialmente perigosos de acordo com a lista do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP).		

(D) 31 – O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do estabelecimento deverá elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e às necessidades do estabelecimento. Verificar indicadores gerais de infecção da terapia intensiva, da unidade neonatal e das cirurgias limpas e potencialmente contaminadas. Para as unidades hospitalares, considerar **SIM** mediante a comprovação da existência de programa de CCIH. Considerar **NÃO** a ausência do programa.

Para as unidades ambulatoriais que não estão vinculadas a unidades hospitalares, devem ser tomadas também medidas para que não haja a possibilidade de infecções relacionadas com a assistência à saúde. Tais medidas compreendem: condições para higiene das mãos, descartes de perfurocortantes, sala para realização de procedimentos invasivos, local apropriado para depósito de material de limpeza, condições apropriadas para esterilização. Para estas unidades não vinculadas verificar se há deliberações/documentos ou normas/rotinas que orientem os trabalhadores do estabelecimento nesse sentido, determinando como deve ser o processo de trabalho para este fim. (Vide legislação local quando também existir). No caso da UPA (estas unidades não realizam procedimentos invasivos) considerar **SIM** a existência das deliberações/documentos ou normas/rotinas. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 32 – Verificar a existência do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Considerar **SIM** a apresentação do plano. Considerar **NÃO** a ausência do plano.

(D) 33 – Verificar existência de notificação de eventos adversos (relatório mensal ou qualquer documento que comprove a notificação mensal de eventos adversos), apuração e tratativa, incluindo análise de óbitos. Considerar **SIM** apenas em caso de contemplar todos os mecanismos de notificação incluídos na questão, que são: hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância e os relacionados com a assistência. Considerar **NÃO** a ausência dos mecanismos citados.

(D) 34 – Verificar por meio de documento que institui a existência de um núcleo de segurança do paciente ou setor de qualidade. O núcleo deve possuir um responsável, nomeado pela direção e membros, como aqueles das comissões obrigatórias (CCIH, óbito, prontuário etc.). Nos estabelecimentos pertencentes ao setor público, o núcleo de segurança do paciente pode ser o da secretaria correspondente. Considerar **SIM** a existência da ata (últimos 90 dias) citada para a comprovação. Considerar **NÃO** a ausência dessa ata, ou documentação fora do prazo de 90 dias.

(D/O) 35 – Verificar se são desenvolvidas ações voltadas para:

- a. (D) Cirurgia segura: checagem de instrumentos e equipamentos antes da cirurgia; checagem da identificação do paciente a ser operado; marcação do local da cirurgia com caneta dermatográfica; conferência/contagem de compressas utilizadas durante procedimentos cirúrgicos.
- b. (D) Orientações sistemáticas sobre higienização de mãos disponíveis para funcionários, pacientes e acompanhantes: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento, após contato com fluidos corporais, após tocar o paciente ou superfícies próximas a ele.
- c. (D/O) Adota ações para a identificação de paciente: conferência dos dados do paciente antes de realizar exames e procedimentos; conferência dos dados do paciente antes da administração de medicamentos; identificação do paciente em pulseira, na prescrição médica e no rótulo de medicamento/hemocomponente antes de sua administração; checagem da pulseira da mãe e bebê antes da alta médica; conferência dos dados do paciente antes de realizar exames e procedimentos.

- d. (D/O) Controla o uso e a administração de medicamentos: uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar embalagens; padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso de nomes comerciais; dupla checagem ao preparar, dispensar e administrar medicamentos; checagem antes da administração: paciente certo, medicamento certo, hora certa, via de administração certa, dose certa, anotação correta.
- e. (D) Adota medidas para a prevenção de úlceras por pressão: adoção de cuidados com a posição do paciente e mudanças de decúbito; avaliação diária da pele em relação ao surgimento de lesões; avaliação de macas e colchões usados.
- f. (D) Adota ações para a prevenção de quedas: identificação visual de pacientes com risco de quedas; camas/macas com grades laterais; orientação aos pais que mantenham crianças internadas constantemente acompanhadas.

Para os hospitais considerar **SIM**, por meio de análise de documentos (POP/Protocolos/Manuais de Normas e Rotinas) recomendações e observação – como nos itens “c” e “d”) a comprovação de quatro dos seis itens anteriormente elencados. Considerar **NÃO** a comprovação de apenas três ou menos itens.

Para a UPA considerar **SIM** a comprovação de três dos seguintes itens: “b”, “c”, “d”, “f” anteriormente elencados. Considerar **NÃO** a comprovação de apenas dois ou menos itens.

Para Terapia Renal Substitutiva (TRS) considerar **SIM** a comprovação de dois dos seguintes itens: b, c, d. Considerar **NÃO** a comprovação de apenas um ou nenhum item.

(D) 36 – Verificar a existência da lista de medicamentos perigosos definidos pela instituição (cada instituição elabora a sua lista conforme complexidade) e metodologia de acompanhamento (POP/manuais de normas e rotinas), conforme recomendações do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP). Considerar **SIM** a existência da lista e comprovação de documento da metodologia de acompanhamento. Considerar **NÃO** ausência da documentação.

7. Critério – Gestão da infraestrutura e ambiência

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	37	Possui condições físicas, de fluxo e de limpeza adequadas.		
I	38	Garante a continuidade da assistência em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.		
N	39	Realiza manutenção predial corretiva e preventiva.		
N	40	Garante ambiente acolhedor, incluindo sinalização, climatização e iluminação, entre outros.		
R	41	Garante acessibilidade a usuários e trabalhadores.		
R	42	Existe programa de segurança que atenda as normas de prevenção, combate e segurança contra incêndios.		

(O) 37 – Verificar a estrutura do estabelecimento durante a visita, atentando: se as paredes ou tetos estão livres de mofo, de infiltrações e de goteiras; se a encanação (exceto canalização de gases medicinais) ou fiação elétrica não estão expostas; se o lixo está devidamente acondicionado e não exposto pelo estabelecimento. Considerar **SIM** a situação descrita em todos os itens. Considerar **NÃO** a ausência de tais itens.

(R) 38 – Verificar a existência de equipamento de acionamento automático de energia elétrica (*no break*, gerador de energia e outros equipamentos que garantam energia elétrica em caso de queda) que evitem a interrupção dela para áreas críticas do estabelecimento de saúde. Considerar **SIM** a observação do equipamento. Considerar **NÃO** a ausência do equipamento.

(D) 39 – Verificar documentação vigente (protocolo, contrato, procedimento padrão etc.) que comprove a existência de rotinas para a manutenção predial corretiva e preventiva, bem como relatórios e laudos que comprovem as ações de manutenção. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(O) 40 – Verificar, durante a visita, se o ambiente é ameno quanto a ruídos, luminosidade (iluminação natural e/ou artificial), e se existe circulação de ar natural ou artificial/climatizado nos ambientes (ex.: ar-condicionado em ambientes como: centro cirúrgico, UTI adulto, UTI neonatal e UTQ – queimados –, sala de procedimentos especiais [invasivos], sala de emergências – politraumatismo, parada cardíaca etc. – ou também chamada de “Sala de urgência” na UPA 24h e CME; e ventilação natural e ventiladores nos demais ambientes). Em locais com exigência do Filtro HEPA (*ver Observação*) solicitar documento que comprove a existência do referido filtro no ar-condicionado (contrato de manutenção, nota fiscal de compra). Deve haver sinalização que oriente o paciente e acompanhante quanto à circulação na área interna do hospital. Considerar **SIM** a verificação positiva em todos os itens. Considerar **NÃO** a ausência de pelo menos um desses itens.

Observação: Tratando-se de climatização artificial (ar-condicionado) em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), a RDC nº 50/2002 exige a presença de ar-condicionado em diversos ambientes para fins de assepsia, ou seja, para evitar contaminação dos pacientes através do ar, são muitos setores (com diversos ambientes) e para cada ambiente há uma exigência quanto à filtragem do ar, a depender da atividade proposta em cada. Entretanto, de modo geral, os ambientes principais de assistência que precisam de ar-condicionado com filtragem absoluta (Filtro HEPA – antibactericida, antifúngica etc.) são:

I – Serviço/atendimento de Urgência e Emergência:

- a. Sala de procedimentos especiais (invasivos)
- b. Sala de emergências (politraumatismo, parada cardíaca etc.) – Esta mesma sala é chamada de “Sala de urgência” na UPA 24h

II – Internação semi-intensiva ou intensiva (UTI ou CTI e UTQ – queimados), de adulto e neonatal

III – Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico

IV – Central de Material Esterilizado (CME)

(O) 41 – Verificar se o estabelecimento possui condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, para as pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (rampas, banheiros e elevadores, quando necessário, calçada de acesso ao estabelecimento de saúde). Considerar **SIM** a presença do acesso facilitado. Considerar **NÃO** a ausência do acesso facilitado.

(D) 42 – Verificar a existência do plano de prevenção e combate contra incêndios que comprove programa de segurança de incêndio que contenha prevenção, detecção precoce, combate e evacuação de pacientes e profissionais, alvará de funcionamento e vistoria do Corpo de Bombeiros. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

8. Critério – Gestão de equipamentos e materiais

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	43	Os equipamentos necessários estão em condições de uso para o exercício de suas atividades.		
I	44	Disponibiliza materiais e insumos adequados e em quantidade suficiente para exercício de suas atividades.		
N	45	Realiza manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças.		
N	46	Possui sistema/mecanismos de controle de estoque, reposição, padronização e qualidade dos materiais e insumos disponibilizados.		
R	47	Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/ acondicionados de forma adequada		
R	48	Tem Comissão de Padronização de Materiais que avalia sistematicamente a inclusão/exclusão de itens, na instituição.		

(R/O) 43 – Perguntar ao engenheiro clínico e/ou responsável das áreas de UTI, Pronto-Socorro e Centro Cirúrgico sobre a existência e as condições dos equipamentos. Após este questionamento, escolher uma das áreas para a constatação das condições e a existência dos equipamentos, priorizando a seguinte ordem: Pronto-Socorro, UTI e Centro Cirúrgico.

São os seguintes os equipamentos imprescindíveis para cada área:

Pronto-Socorro:

- 1 – Maca (por leito).
- 2 – Régua de gases (por leito).
- 3 – Desfibrilador/cardioversor (por unidade).
- 4 – Monitor multiparâmetro (por leito).
- 5 – Aspirador cirúrgico móvel (por unidade).
- 6 – Raio-X móvel (por unidade).
- 7 – Ventilador pulmonar (proporcional a complexidade – um por leito na sala vermelha e um para cinco leitos na sala amarela).
- 8 – Oxímetro de pulso portátil.
- 9 – Eletrocardiógrafo.
- 10 – Glicosímetro.

UTI:

- 1 – Cama/berço/incubadora.
- 2 – Monitor multiparâmetro (ECG, oxímetro, temperatura, pressão não invasiva, capnógrafo – 1/10 leitos).
- 3 – Aspirador portátil.
- 4 – Ventilador pulmonar.
- 5 – Kit para atendimento de urgência (material e medicamentos).
- 6 – Desfibrilador/cardioversor.
- 7 – Bomba de infusão, mínimo de dois por leito.
- 8 – Régua de gases.

Centro cirúrgico:

- 1 – Foco cirúrgico (por sala).
- 2 – Mesa cirúrgica (por sala).
- 3 – Monitor multiparâmetro (por sala e sala de pós-anestésico).
- 4 – Carro anestesia completo (monitor e respirador), (por sala).
- 5 – Bisturi elétrico (por sala).
- 6 – Ventilador pulmonar (por sala).
- 7 – Cardioversor/desfibrilador (unidade de centro cirúrgico).
- 8 – Aspirador cirúrgico (por sala).
- 9 – Régua de gases (por sala).

O avaliador deverá perguntar se existem todos os equipamentos nos três setores, mas deverá verificar a existência dos equipamentos em apenas um destes setores.

Considerar **SIM** a resposta afirmativa do engenheiro clínico e/ou responsável das áreas e a constatação amostral descrita. Considerar **NÃO** a resposta negativa do engenheiro clínico e/ou responsável das áreas e a constatação da ausência de um ou mais itens descritos para as diferentes áreas.

Na UPA deverão ser avaliados os equipamentos da área de pronto-socorro, utilizando-se o mesmo critério para **SIM** e para **NÃO**.

Nos demais estabelecimentos (CER e TRS) avaliar somente a resposta da gerência ou o responsável pela Enfermagem sobre os seguintes itens: condições de limpeza e da esterilização de material; e existência e condições de equipamentos necessários para sua finalidade.

Neste item considerar **SIM** se a resposta for favorável às condições ideais. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(R) 44 – Perguntar ao responsável pela área administrativa e/ou responsável de cada serviço do estabelecimento sobre a disponibilidade e a suficiência de materiais e insumos. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D) 45 – Verificar a existência de contrato ou convênio, registro e cronograma das manutenções preventivas e corretivas em documento específico. Em caso de órgão público, a contratação pode ser centralizada, desde que comprovada. Hospitais com mais de 200 leitos solicitar, além do contrato, uma ordem de serviço (OS) de manutenção dos últimos seis meses. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 46 – Solicitar ao responsável pelo estabelecimento que disponibilize relatório de nível de estoque ou POP nos últimos 12 meses. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(O) 47 – Observar se os materiais, insumos e equipamentos estão armazenados de forma adequada, conforme suas características e especificidades, como ambiente adequado, seco sem infiltrações, sem contato com o chão, em refrigeração ou arejado, equipamentos conectados à rede elétrica quando couber e de fácil acesso, entre outros. Observar somente um almoxarifado ou central de material. Observar embaixo de pias, onde é proibido armazenar qualquer tipo de material. Considerar **SIM** se o armazenamento obedecer às condições expostas. Considerar **NÃO** a ausência de pelo menos uma das condições, ou a presença de materiais embaixo de pias.

(D) 48 – Verificar a existência de atas de reunião da comissão/regimento interno e relação de materiais avaliados para inclusão/exclusão dos últimos dois anos. No caso de estabelecimentos ligados à administração pública, direta ou indireta, verificar a existência dessa comissão no nível central da gestão, caso o estabelecimento não a possua. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

9. Critério – Alimentação e nutrição – Serviço/Unidade

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	49	A instituição possui um sistema de avaliação de fornecedores.		
I	50	Realiza avaliação de qualidade dos alimentos disponibilizados a pacientes, acompanhantes e funcionários.		
N	51	Possui mecanismos de avaliação da manipulação do alimento em todas as etapas de produção e distribuição das refeições.		
N	52	Quando necessário, os pacientes admitidos são avaliados por nutricionistas para receber a dieta prescrita.		
R	53	Os pacientes desnutridos ou em risco nutricional são avaliados.		
R	54	Os pacientes desnutridos ou em risco nutricional recebem orientação nutricional de alta.		

(D) 49 – Perguntar ao responsável pelo estabelecimento se há política interna na instituição para avaliar o fornecedor, como por exemplo: prazo de entrega, itens de não conformidade, avaliação interna da qualidade dos produtos e serviços comprados, solicitando a comprovação da existência desta política. Considerar **SIM** a existência da citada política (POP/relatório/planilha). Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 50 – Verificar se há POP para a qualidade de alimentos recebidos por empresa terceirizada ou própria (cozinha do hospital) fornecidos a pacientes, acompanhantes e funcionários, e política de devolução quando fora do padrão. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 51 – Verificar se há Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e/ou Manual de Boas Práticas de Fabricação (BPF) descrevendo as seguintes etapas: compras, recebimento, armazenamento, descongelamento, pré-preparo, cocção, resfriamento, porcionamento, distribuição, higiene de equipamentos, utensílios e ambiente e higiene pessoal do manipulador. Quando serviço terceirizado, verificar se os mecanismos estão regulamentados no contrato. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 52 – Realiza Triagem Nutricional, quando necessário, com instrumentos preconizados estabelecidos por protocolo, detectando os pacientes desnutridos ou em risco nutricional. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 53 – Os pacientes desnutridos ou em risco nutricional são acompanhados com indicadores subjetivos e objetivos de recuperação nutricional durante a internação. Solicitar POP ou indicadores que confirmem esse acompanhamento. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 54 – Verificar existência de **POP** para orientação de alta dos pacientes desnutridos ou em risco nutricional, com orientações nutricionais. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

10. Critério – Assistência farmacêutica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	55	O estabelecimento dispõe de uma relação de medicamentos padronizados.		
I	56	O estabelecimento realiza controle de estoque.		
N	57	Há procedimentos gerenciais para definição de necessidades e aquisições, incluindo metodologia de aquisição de medicamentos não padronizados.		
N	58	Os medicamentos sujeitos a controle especial possuem controle de dispensação.		
R	59	Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.		
R	60	A equipe de saúde do estabelecimento tem acesso a alguma fonte de informação sobre os medicamentos.		

(D) 55 – Verificar a existência da relação de medicamentos padronizados e sua disponibilização para todos os profissionais envolvidos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 56 – Verificar a existência de histórico da movimentação dos estoques (entradas e saídas por meio de sistema informatizado, controle manual com ficha Kardex), níveis de estoque (mínimo, máximo, ponto de ressuprimento), dados do consumo, demanda atendida e não atendida de produto utilizado, entre outras informações que possam ser úteis para a garantia do abastecimento. Solicitar ao responsável pelo estabelecimento a confirmação destes relatórios. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 57 – Verificar se há orientação normativa que defina a qualificação do processo de assistência farmacêutica no estabelecimento, tais como manual(is) de normas, rotinas e procedimentos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 58 – Verificar o sistema de controle utilizado pelo estabelecimento para os medicamentos pertencentes à Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, e os Antimicrobianos (RDC nº 20/2011). A verificação será por meio da visualização da movimentação dos medicamentos (entrada, saída, quantidade em estoque) do livro de registro de medicamentos ou do relatório de sistema eletrônico apresentado periodicamente à vigilância em saúde do município. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(R) 59 – Perguntar ao responsável pelo estabelecimento se há sistema de dispensação em dose unitária/individual, (esta exigência não se aplica aos medicamentos líquidos). No sistema de dispensação de medicamentos por dose individualizada, o medicamento é dispensado por paciente, geralmente em um período de 24 horas. No sistema de dispensação por dose unitária, a distribuição ocorre em quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagem prontas para serem administradas ao paciente, de acordo com a prescrição médica, em certo período de tempo.

Em ambulatórios, observar a distribuição na unidade de medicamentos de uso interno. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(R) 60 – Entre as deficiências do sistema de atenção à saúde está a indisponibilidade de informações adequadas para aqueles que prescrevem, dispensam, administram e consomem os medicamentos, resultando no uso inapropriado. Perguntar ao responsável pelo estabelecimento

se os profissionais da assistência farmacêutica utilizam mecanismos para obtenção de informações sobre medicamentos como livros, portais de saúde baseado em evidências, centro de informações sobre medicamentos ou aplicativo de celular. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

11. Critério – Processamento de roupas e materiais

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	61	O estabelecimento possui um sistema de avaliação de fornecedores de produtos para higiene de roupas, no caso de serviços próprios, ou fornecedores de roupas e materiais, no caso de terceirizados.		
I	62	Os fluxos de processamento de roupas e materiais da instituição são aprovados pela CCIH ou setor da qualidade/avaliação de protocolos.		
N	63	Os materiais possuem mecanismo de rastreabilidade e controle definidos.		
N	64	A instituição realiza monitoramento e controle de estoque de roupas e materiais.		
R	65	Os profissionais recebem orientação do fluxo de processamento de roupas e materiais.		
R	66	Possui metodologia definida para utilização racional de roupas e materiais cirúrgicos.		

(R) 61 – Perguntar ao responsável pelo hospital se há aprovação dos produtos comprados para higiene de roupas hospitalares ou, em caso de terceirização, avaliação dos fornecedores na esterilização ou compra que processam materiais (perguntar se há alguma documentação que possa respaldar a afirmação). Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D) 62 – Verificar se há documentos (POP) que comprovem a aprovação da CCIH ou de setor da qualidade/avaliação de protocolos, quanto ao fluxo de processamento de roupas e materiais. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(R) 63 – Perguntar ao responsável pelo hospital se os materiais esterilizados são rastreáveis (controle de rastreabilidade) e se há mecanismo de segurança (reutilização e final de vida útil). Rastreabilidade é a capacidade de traçar o histórico, a aplicação ou a localização de um item por meio de informações previamente registradas. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D) 64 – Solicitar POP, relatório de estoque ou planilha de estoque com identificação do nível de estoque máximo e mínimo para as necessidades da instituição, bem como reserva de segurança. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 65 – Verificar se há POP ou outra normatização que orientem o fluxo de processamento de roupas e materiais. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 66 – Verificar se há POP para utilização de roupas e materiais cirúrgicos no estabelecimento de saúde. O uso busca prevenir o desperdício e otimizar/organizar/padronizar o uso de materiais. Ex.: Controle de quantidade de material utilizado sem desperdício, controle de material cirúrgico aberto em uma mesma categoria de cirurgia etc. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

12. Critério – Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	67	Garante acesso com fluxos estabelecidos de atendimento a serviços de apoio diagnóstico.		
I	68	Garante os serviços de apoio ao processo assistencial como higienização, segurança patrimonial e recepção de forma regular e sistemática.		
N	69	Possui acompanhamento de indicadores de qualidade dos serviços de apoio disponibilizados.		
N	70	Há protocolos e normativas acerca da utilização dos serviços de apoio, bem como rotinas atualizadas dos serviços disponibilizados.		
R	71	Possui documentação que comprove a necessidade dos serviços de apoio.		
R	72	Há integração dos serviços de apoio com os serviços/ unidades, em relação às atividades finalísticas.		

(D) 67 – Constatar a disponibilidade de apoio diagnóstico de acordo com perfil do estabelecimento por meio da apresentação de contratos e fluxos de acesso. Considerar **SIM** a apresentação destes contratos e fluxos de acesso. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 68 – O estabelecimento deve garantir a prestação de serviços de apoio próprios ou terceirizados, tais como:

- a. Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) – guarda, arquivamento e manutenção dos prontuários clínicos dos usuários.
- b. Serviço de lavanderia.
- c. Serviço de alimentação.

Solicitar para os serviços próprios POP ou indicadores e para o serviço privado, contratos de prestação de serviços. Para Hospitais/UPA/TRS considerar **SIM** a apresentação da documentação para os itens “a, b e c”. Considerar **NÃO** a ausência de comprovação de um ou mais itens.

Para CER considerar **SIM** a apresentação da documentação para os serviços Same e de lavanderia. Considerar **NÃO** a ausência de comprovação de um ou mais itens.

(D) 69 – Perguntar ao responsável pelo hospital (e pedir que apresente documentação que possa demonstrar) se o estabelecimento acompanha por meio de indicadores o desempenho dos serviços de apoio, possibilitando oportunidades de melhoria e comparações, incluindo a satisfação dos usuários. Considerar **SIM** a resposta positiva e comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a resposta negativa e/ou ausência da documentação.

(D) 70 – Perguntar ao responsável pelo hospital se as rotinas, os procedimentos operacionais e os protocolos dos serviços de apoio estão atualizados e disponíveis, bem como se os usuários têm conhecimento. Solicitar as rotinas somente para a constatação da existência delas. Considerar **SIM** a resposta positiva e apresentação das rotinas. Considerar **NÃO** a resposta negativa e/ou ausência da documentação.

(D) 71 – Verificar a existência de documentação que comprove a necessidade dos serviços de apoio, de forma a otimizar os recursos disponíveis e qualificar o processo assistencial. Esses documentos podem ser o planejamento realizado para o estabelecimento ou o planejamento específico para os serviços de apoio. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 72 – Verificar a integração e/ou articulação dos serviços de apoio técnico e administrativo com as atividades-fim do serviço/unidade por meio de rotinas, procedimentos operacionais ou protocolos. Verificar participação integrada em reuniões técnicas. No caso dos hospitais, verificar se existe serviço de agendamento de cirurgias, reserva de materiais e insumos, política de cancelamento de cirurgias, pareceres técnicos das unidades de atividades finalística embasando o processo de compras que demonstrem a integração dos serviços de apoio (administração, higienização e outros) e serviços assistenciais.

Para UPA/TRS e CER verificar se existem procedimentos padronizados para a solicitação de materiais e insumos no estabelecimento (considerando o descrito no parágrafo anterior).

Solicitar documentação que demonstre este tipo de integração (atas, POP e documentos de planejamentos).

Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DO CUIDADO

13. Critério – Integração com a Rede de Atenção à Saúde

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	73	O estabelecimento atua sob regulação do gestor do SUS no limite do complexo regulador.		
I	74	Há observância pelo estabelecimento do que está pactuado no contrato com o gestor do SUS para a área de abrangência.		
N	75	Há sistema/mecanismo de contrarreferência efetivo garantido mediante alta responsável e articulação com a equipe que dará continuidade ao cuidado.		
N	76	O estabelecimento possui mecanismo definido ou estrutura interna de regulação de acesso aos seus serviços.		
R	77	Desenvolve alguma atividade de educação permanente para os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde (RAS).		
R	78	Organiza o seu processo de trabalho visando a sua inserção como componente/ponto de atenção na RAS conforme a pactuação.		

(D) 73 – O estabelecimento deve disponibilizar ao Complexo Regulador, de acordo com o que foi pactuado no contrato com o gestor do SUS, leitos de internação, leitos de UTI, agenda de consultas e de serviços de diagnose e terapia. Isso deverá ser constatado por documentação encaminhada ao gestor do SUS. Observar a rotina que o estabelecimento utiliza para informar a regulação dos leitos e a agenda que estão disponíveis (periodicidade em que eles são informados). Considerar **SIM** a comprovação desse fluxo de informação. Considerar **NÃO** caso não seja realizado esse fluxo.

(R) 74 – Perguntar ao responsável/administrador pelo estabelecimento se a pactuação realizada está sendo seguida. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D) 75 – Solicitar os formulários de referência ambulatorial e hospitalar (alta hospitalar responsável ou similar) usados para encaminhar os pacientes para o seguimento no âmbito do SUS. Verificar se há POP que normatize esse processo de referência orientando o preenchimento destes formulários e os fluxos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 76 – Perguntar ao responsável pelo estabelecimento se há algum dispositivo de regulação interna implantado, variando desde algum tipo de fluxo para autorização de acesso a estruturas de maior porte, como o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), no caso de hospitais. Solicitar documentação que comprove a criação/funcionamento deles. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 77 – Solicitar documentação que comprove a participação, a coordenação ou o convite em atividades educativas e/ou de formação na rede de serviços do território ao qual está inserido ou de referência estabelecida pelo gestor do SUS. Atentar que não é capacitação para os próprios trabalhadores do hospital, mas para os trabalhadores da rede de serviços do território. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 78 – Solicitar documentação que comprove que o estabelecimento planeja e organiza suas atividades a partir das necessidades da rede de serviços, seja por iniciativa própria ou, preferencialmente, do gestor público do SUS. Considerar **SIM** a comprovação da documentação (contrato, protocolo, ofício do gestor). Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

14. Critério – Protocolos administrativos e clínicos

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	79	O estabelecimento possui protocolos e rotinas administrativas formalmente instituídas e acessíveis		
I	80	O estabelecimento possui protocolos/diretrizes clínicos formalmente instituídos e acessíveis		
N	81	Possui estratégia de educação permanente e/ou relacionadas com a implantação dos protocolos administrativos e clínicos.		
N	82	Os protocolos, as rotinas e os procedimentos operacionais usados são validados e atualizados sistematicamente.		
R	83	Instituiu protocolos clínicos compatibilizados com a RAS de acordo com o modelo de atenção preconizado nela.		
R	84	Os protocolos e as rotinas são definidos com a participação dos trabalhadores obedecendo a especificidades técnicas e administrativas deles.		

(D) 79 – O estabelecimento deve apresentar manual(is) de normas, rotinas e procedimentos administrativos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) atrelado ao processo de informação e capacitação das equipes de trabalho relacionadas a eles. Considerar **SIM** a comprovação da documentação (pelo menos dois protocolos administrativos). Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 80 – O estabelecimento deve apresentar manual(is) de normas, rotinas e procedimentos clínicos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is) atrelado ao processo de informação e capacitação das equipes de trabalho relacionadas a eles. Os protocolos devem ser revistos a cada ano ou de acordo com a atualização científica necessária. Considerar **SIM** a existência de pelo menos dois protocolos assistenciais. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 81 – O estabelecimento deve apresentar seu programa de educação continuada e/ou permanente, bem como o cronograma e seus resultados em apoio à implantação dos protocolos. Este programa deve contemplar pelos menos três dos serviços assistenciais existentes no estabelecimento. Considerar **SIM** a apresentação do cronograma ou comprovação de que as

atividades estão sendo realizadas (material didático, projeto político pedagógico, convites etc.). Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 82 – O serviço deve apresentar a metodologia utilizada para atualização e revisão de suas normativas e as últimas atualizações e revisões feitas. Considerar atualizado apenas se tiver mais de cinco protocolos ou POP (três assistenciais e dois administrativos) atualizados nos últimos dois anos. Considerar **SIM** esta forma de atualização. Considerar **NÃO** a ausência dessa forma de atualização.

(D) 83 – Verificar a existência de protocolos alinhados às diretrizes da RAS. O alinhamento citado refere-se à pactuação existente entre o gestor e o estabelecimento quanto ao modelo de atenção proposto. Os protocolos de assistência a serem verificados são os seguintes (para hospitais e UPA): para o Acidente Vascular Cerebral, para o Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento. Considerar **SIM** a apresentação de dois dos protocolos citados. Considerar **NÃO** a apresentação de um protocolo somente. No caso de estabelecimento habilitado na Rede Cegonha, um dos protocolos apresentados tem de ser o de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, caso contrário será considerado **NÃO**. Aos demais estabelecimentos considerar **SIM** a apresentação de protocolo assistencial referente a seu serviço específico. Considerar **NÃO** a ausência de protocolo.

(D) 84 – O estabelecimento deve demonstrar a participação dos trabalhadores na discussão, na definição e na implantação dos protocolos por meio de atas e outro tipo de documentação (lista de frequência, atas, POP, ofícios). Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

15. Critério – Gestão do cuidado

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	85	Possui mecanismos de gestão da clínica instituídos.		
I	86	Há acolhimento e estratégias de atendimento às necessidades dos usuários, seguindo critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade.		
N	87	Conta com equipes estruturadas na lógica de equipes multiprofissionais de referência atuando conforme as diretrizes da clínica ampliada.		
N	88	Possui plano terapêutico individualizado ou singular para o paciente de acordo com a condição patológica.		
R	89	Possui dimensionamento de trabalho dos profissionais com garantia de horizontalidade em escala.		
R	90	Possui mecanismos de vínculo e responsabilização com o cuidado aos usuários por meio de metodologias específicas.		

(D) 85 – Entende-se a gestão da clínica como “a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde”. Algumas ferramentas da gestão da clínica são os protocolos clínicos, a gestão da condição de saúde, a gestão de casos, a auditoria clínica, as listas de espera, a gestão de leitos e o monitoramento sistemático de indicadores que avaliam o risco do paciente etc. Observar se o estabelecimento possui mais de uma dessas iniciativas implantadas. Considerar **SIM** a comprovação de duas ou mais ferramentas implantadas. Considerar **NÃO** a comprovação de uma ou de nenhuma ferramenta implantada.

(D) 86 – Verificar no estabelecimento se existe normas, protocolos ou procedimentos operacionais que orientem os trabalhadores no sentido da assistência baseada na avaliação do risco e da vulnerabilidade dos usuários que acessam o estabelecimento, tais como acolhimento e recepção de todos os pacientes que procuram os serviços de saúde, seja hospitalar ou ambulatorial, alguma classificação de risco implantada tais como a de Manchester, a canadense, a australiana ou a americana (ou similar) nas UPAs, PS, e prontos-socorros hospitalares e, ainda, definição de equipes e atendimento prioritário para pacientes de maior risco como idosos, gestantes, pacientes com indicadores que avaliem maior risco socio sanitário, pacientes com comorbidades, infartados, acidente vascular cerebral (AVC), trauma etc. E quais os desdobramentos deles em relação à Rede de Atenção à Saúde, já trabalhando no princípio ampliado do acolhimento em rede.

Nos casos de prontos-socorros, pronto atendimentos e UPAs, observar se o acolhimento com classificação de risco implantado e em funcionamento articula-se com os diferentes setores da unidade de emergência, por meio de análise dos resultados da classificação e do monitoramento dos tempos de espera, entre outros. É fundamental que nesses serviços de urgência e emergência seja garantido o atendimento imediato do usuário que se apresente com risco elevado; nos casos que o usuário não corra risco imediato, ele e seus familiares devem ser informados disso, tendo em vista o tempo provável de espera. A classificação de risco deve ser realizada pela enfermeira. Deve haver pelo menos a classificação de risco implantada.

Considerar **SIM** a comprovação de tais normas, protocolos ou POP. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 87 – Verificar a existência de documentação (atas, lista de presença e demais) que comprove a realização de corrida de leitos (visitas a leitos) e/ou discussão de casos e/ou reunião de equipe multiprofissional. Considerar como equipe multiprofissional para além de médico e equipe de Enfermagem, de acordo com o porte do estabelecimento e o perfil da demanda, tais como, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, entre outros. Considerar **SIM** a presença de tais normas, protocolos ou POP. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 88 – Verificar se há a prática sistemática de utilização do dispositivo Projeto Terapêutico Singular (PTS) para casos complexos e específicos em que a equipe perceba a necessidade de uma maior articulação dos saberes ou de outros serviços, seja dentro ou fora do hospital, para garantir resultados positivos. É uma ferramenta para qualificar o atendimento favorecendo a discussão de uma condição de um paciente em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. A utilização dessa ferramenta deve ser comprovada mediante apresentação de um PTS. Considerar **SIM** a apresentação de pelo menos um PTS. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 89 – Perguntar ao responsável pelo estabelecimento, enfermeiro chefe do estabelecimento ou seu diretor técnico pela existência de quadro de pessoal por setor, considerando todas as categorias profissionais necessárias ao perfil do estabelecimento, observando a presença de profissionais de atividades horizontais ou que trabalham em regime de rotina. Em estabelecimentos que operam regime de plantão estes profissionais devem ser diferenciados dos plantonistas em setores estratégicos como pronto-socorro, enfermarias, CTI, unidade de AVC ou coronariana etc., para busca de maior articulação entre os profissionais e a construção de projeto terapêutico compartilhado, além de agilidade na gestão do caso e garantia de continuidade do atendimento. Solicitar aos profissionais que responderão à pergunta a escala (hospitais de grande porte, maiores que 200 leitos, verificar uma escala compreendendo as áreas de UTI, emergência e cirurgia geral) que possa comprovar a afirmação. Considerar **SIM** a comprovação da escala. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 90 – Verificar a existência de iniciativas voltadas para a responsabilização e o vínculo com o usuário e sua rede social (cuidador/família), tais como, alta responsável com encaminhamento

de resumo de alta e relatório circunstanciado com informações sobre a hospitalização ou o atendimento do paciente no ambulatório especializado; agenda integrada e pactuada entre os diversos profissionais (e se possível com discussão de casos clínicos); identificação clara e visível no estabelecimento, inclusive para os usuários com o nome dos responsáveis pelo cuidado; capacitação de familiares e cuidadores para continuidade do cuidado em casa ou na unidade que é referência do paciente, no nível primário ou especializado, por meio de contato e compartilhamento do projeto terapêutico com a equipe que o receberá, entre outras. Essa verificação se dará por meio de prova documental e observação pelo avaliador. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

16. Critério – Acesso à estrutura assistencial

	ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
91	A recepção e o setor de internação são os mesmos para pacientes do SUS e convênios/particulares.		
92	O horário de visita é similar em todas as unidades assistenciais, diferenciando apenas as unidades fechadas.		
93	A relação funcionário/leito obedece a critérios técnicos respeitando o perfil da unidade assistencial.		
94	O estabelecimento possui protocolo/normativa técnica para priorização/definição na ocupação dos leitos.		
95	As acomodações obedecem a critérios mínimos contidos na legislação vigente, sem diferenciar a estrutura, conforme o tipo de convênio.		
96	O estabelecimento possui <i>kit</i> de roupas padronizado em todas as unidades assistenciais.		

(O) 91. O estabelecimento deve ter uma única recepção e um só setor de internação, não praticando discriminação entre pacientes SUS e de convênios/particulares. Considerar **SIM** caso os ambientes observados sejam únicos. Considerar **NÃO** se houver separação ou fluxos diferentes para usuários de convênio/particular e SUS.

(O) 92. Observar o horário de visitas em todas as unidades assistenciais, independente do tipo de convênio. Admite-se horário diferenciado apenas nas unidades fechadas (UTI, semi-intensiva). Considerar **SIM** quando os horários obedecem a um padrão único no estabelecimento. Considerar **NÃO** quando horários diferentes forem praticados, principalmente considerando o tipo de convênio.

(D) 93. O estabelecimento deve manter a distribuição dos funcionários obedecendo a critérios técnicos conforme a necessidade e o grau de dependência do paciente, independente do tipo de convênio. O estabelecimento deve apresentar as escalas de pessoal por unidade e a relação equânime da relação funcionário/leito deve ser observada. Por exemplo, uma unidade de internação de perfil similar deve apresentar o mesmo número de profissionais por categoria entre unidades de pacientes SUS e unidades destinadas aos demais convênios/contratos. Considerar **SIM** quando a relação funcionário/leito obedecer a um padrão único no estabelecimento. Considerar **NÃO** quando houver diferenciação na distribuição dos funcionários entre unidades SUS e de convênios/particulares. Este item deve ser avaliado por ocasião da avaliação de todas as escalas do estabelecimento.

(D) 94. Analisar se há critério similar estabelecido para ocupação ou disponibilização de leitos de internação e/ou complementares considerando a necessidade/gravidade dos casos; busca-se perceber se há privilégios de pacientes de convênios em relação a pacientes SUS na ocupação dos leitos. O estabelecimento deverá apresentar normativa nesse sentido. Considerar **SIM** quando o estabelecimento apresentar a normativa ou orientação formal para ocupação dos leitos entre os pacientes SUS e de convênios, com critérios similares. Considerar **NÃO** a ausência das normativas ou orientação formal para ocupação dos leitos entre os pacientes SUS e de convênios/particular.

(O) 95. As acomodações obedecem a critérios mínimos contidos na legislação vigente sem diferenciar a estrutura, conforme o tipo de convênio. Considera-se padrão mínimo para unidade de internação SUS enfermarias de até quatro leitos com banheiro. Considerar **SIM** quando o estabelecimento apresentar acomodações padronizadas independente do tipo de convênio/contrato. Considerar **NÃO** quando a estrutura da acomodação for diferenciada.

(O) 96. O estabelecimento possui *kit* de roupas padronizado em todas as unidades assistenciais, considerando o mesmo tipo de oferta de itens para todas as unidades de internação – observar especialmente se há disponibilização de toalhas e camisolas, independente do tipo de convênio/contrato. Considerar **SIM** quando o estabelecimento apresentar padrão destes itens independente do tipo de convênio. Considerar **NÃO** quando a oferta for diferenciada.

IV – SERVIÇOS/ UNIDADES ESPECÍFICAS

17. Critério – Atenção imediata – urgência e emergência

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	97	A unidade possui infraestrutura, equipamentos em condições de uso, insumos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.		
I	98	A unidade conta com acesso a serviços de apoio diagnóstico, minimamente análises clínicas, radiologia simples e eletrocardiógrafo.		
N	99	A equipe utiliza protocolos de urgência e emergência na sua prática diária.		
N	100	Existe equipe técnica de atuação exclusiva na unidade e em tempo integral, minimamente médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem.		
R	101	Existe articulação com a Atenção Básica de Saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde no seu território de atuação.		
R	102	Existe iniciativa de gestão clínica na unidade de emergência.		

(O) 97 – A unidade de atendimento imediato deve dispor de lugar exclusivo para atendimento às emergências, além dos seguintes equipamentos: cama/maca hospitalar, carro de emergência, desfibrilador, eletrocardiógrafo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, foco de luz (preferencialmente cirúrgico), bomba de infusão, Ambu (adulto, infantil e neonatal), laringoscópio (adulto e infantil), máscaras de Venturi, esfignomanômetro (adulto e infantil), estetoscópio (pediátrico e adulto), fluxômetro para ar comprimido e oxigênio, glicosímetro, prancha longa, colar cervical, colete de estabilização, suporte de soro e hamper. Considerar **SIM** para a constatação da área exclusiva e de todos os equipamentos relacionados. Considerar **NÃO** a ausência da área exclusiva e/ou falta de pelo menos um dos equipamentos.

(D) 98 – Analisar se há a possibilidade de realização de exames pela unidade de atendimento imediato ou acesso imediato a esses exames quando for realizado em outra unidade. Considerar **SIM** a realização ou acesso imediato a exames (que deve ser comprovado por meio de documentação que normatize o encaminhamento). Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 99 – Verificar a existência dos protocolos de urgência e emergência. Considerar **SIM** a existência dos protocolos. Considerar **NÃO** a ausência dos protocolos.

(D) 100 – Os profissionais médicos e de Enfermagem (enfermeiro e técnicos), devem estar disponíveis em tempo integral no serviço de atenção imediata – urgência e emergência. Comprovar por meio da escala de trabalho a lotação do serviço de urgência. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 101 – Verificar se há iniciativas de articulação com os pontos de atenção do território, que são referência para a troca de informações sobre o usuário que acessou o serviço de urgência/emergência e necessita estabelecer/aprimorar o vínculo com a Atenção Básica ou, minimamente, informar o atendimento realizado à Unidade Básica/Saúde da Família com a finalidade de estabelecer vínculo com a unidade ou, minimamente, informar o atendimento realizado, bem como referência a estabelecimentos de maior complexidade, quando o serviço de urgência/emergência necessitar. Essa verificação poderá ser feita por meio de documentos efetivos de contrarreferência para as unidades da Atenção Básica, e de referência para as unidades de maior complexidade. Verificar também a existência de atas que possam ratificar articulação com os pontos de atenção. Considerar **SIM** a existência de resumo de alta e mais a existência de atas de reuniões ou iniciativas como rotina no serviço. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 102 – Verificar se há práticas voltadas para a gestão da clínica, como equipe horizontal (equipe multiprofissional), discussão de casos clínicos, controle de permanência na emergência (a orientação é que as unidades de urgência/emergência não fiquem com paciente por mais de 48 horas), regulação interna e alta responsável, entre outras. Considerar **SIM** a existência de duas ou mais práticas listadas. Considerar **NÃO** a existência de uma ou nenhuma das práticas listadas.

18. Critério – Atenção em regime ambulatorial especializado

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	103	O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.		
I	104	A atenção ambulatorial é complementar e integrada à atenção básica.		
N	105	A unidade gerencia a lista de espera ambulatorial e de cirurgias em conjunto com o gestor público responsável pelo agendamento.		
N	106	Os pacientes têm assegurado o acesso aos serviços de diagnóstico e terapia para elucidação do diagnóstico e intervenção necessária.		
R	107	Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado atendimento de retorno, caso seja necessário.		
R	108	O estabelecimento contrarreferencia os pacientes às unidades que solicitaram o atendimento após definirem a conduta terapêutica deles.		

(R/O) 103 – A unidade de atendimento ambulatorial deve estar apta a prestar atendimento imediato aos usuários, tendo disponibilidade de local, além dos equipamentos e medicamentos básicos. A comprovação dar-se-á por meio da declaração do entrevistado e observação do avaliador. Pelo menos os seguintes equipamentos devem estar disponíveis para um atendimento eventual de emergência: maca, desfibrilador, bala de oxigênio, material de intubação e ventilação. Considerar **SIM** a resposta positiva e a existência de todos os equipamentos relacionados. Considerar **NÃO** a resposta negativa e/ou ausência de pelo menos um dos equipamentos.

(D) 104 – Verificar se existem instrumentos de pactuação que mostrem esta integração. O paciente não pode acessar o ambulatório de especialidades diretamente para consulta médica ou qualquer outro procedimento. A oferta de serviço do ambulatório de especialidades tem de ser planejada com o gestor da Saúde. Considerar **SIM** a existência de instrumento de pactuação. Considerar **NÃO** a ausência de instrumento de pactuação.

(R) 105 – O estabelecimento deve informar se participa com a central de regulação do gerenciamento das listas de espera para ambulatório (consultas especializadas e SADT) e cirurgias. Caso não haja gerenciamento pela regulação da gestão, solicitar a informação se o estabelecimento conhece a sua lista de espera, bem como procura executar estratégias para sua redução, principalmente por meio do acolhimento com seleção de riscos e ampliação do acesso. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D/P) 106 – Solicitar a documentação/protocolos ou POP que comprovem o agendamento dos pacientes nos serviços de diagnose e terapia. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(R) 107 – Verificar se o estabelecimento realiza agendamento de retorno ou utiliza outros mecanismos que garantam a continuidade da assistência com agendamento garantido, quando necessário, perguntando ao responsável pelo estabelecimento. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D) 108 – Verificar POP ou documento similar que comprove que a unidade ambulatorial contrarreferencia os pacientes após a definição do projeto terapêutico pela especialidade. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

19. Critério – Atenção em regime de internação

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	109	A unidade de internação possui médico disponível no estabelecimento em tempo integral para atendimento imediato.		
I	110	A unidade de internação possui equipamentos e disponibilidade de oxigênio destinado ao atendimento imediato.		
N	111	O dimensionamento da equipe e o planejamento das ações de assistência são baseados nas necessidades individuais do paciente.		
N	112	A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, como prontuário único e alta responsável, entre outros.		
R	113	Os manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis e são de conhecimento dos trabalhadores.		
R	114	A unidade orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.		

(D) 109 – Não há a necessidade de um médico exclusivo para a unidade de internação, mas é necessário que esse médico esteja disponível para o atendimento imediato em casos emergenciais. Solicitar a escala médica de atendimento à unidade de internação e verificar essa disponibilidade. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(O) 110 – A unidade de internação deve estar apta a prestar atendimento imediato aos usuários, tendo disponibilidade de local, além dos equipamentos, profissionais e medicamentos compatíveis. Verificar a presença de Carro de Reanimação Cardiorrespiratória (CRCR) – conectado à rede elétrica – e a oferta de oxigênio por meio de balas de oxigênio ou oxigênio canalizado. Considerar **SIM** a presença do Carro de Reanimação Cardiorrespiratória (CRCR) – conectado à rede elétrica – e a oferta de oxigênio por meio de balas de oxigênio ou oxigênio canalizado no setor de internação. Considerar **NÃO** a ausência de um ou mais itens descritos.

(R) 111 – Perguntar ao responsável pelo estabelecimento/serviço se a equipe de assistência é suficiente para prestar o atendimento de acordo com as necessidades dos pacientes. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D/P) 112 – Não basta que se tenha uma equipe multiprofissional avaliando o paciente diariamente se a cada dia as condutas são mudadas, sem que as equipes se comuniquem. Deve haver um plano de tratamento a ser seguido, salvo possíveis alterações no quadro clínico. Esta é uma das principais formas de evitar ações (procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos) desnecessárias. Além do preconizado no item de verificação 14 deste roteiro em relação ao registro nos prontuários, há de se atentar também para o documento de alta responsável (resumo da alta ou relatório circunstanciado da alta). Considerar **SIM** para a presença das anotações solicitadas. Considerar **NÃO** a ausência das anotações.

(D) 113 – O estabelecimento deve apresentar os protocolos e/ou manuais atualizados (prazo de dois anos) e disponíveis, bem como as iniciativas de capacitação dos profissionais para seu uso. Considerar **SIM** a apresentação dos protocolos e dos documentos de iniciativa de capacitação dos profissionais. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 114 – Muitas vezes os pacientes sofrem intervenções que podem ser mantidas em domicílio (sondagens, cateteres, curativos, uso de medicações e outros). O melhor local para as orientações e capacitações dos usuários e familiares quanto aos autocuidados a serem realizados após a alta hospitalar é a Unidade de Internação. Verificar POP ou outra normatização que demonstre se são repassadas orientações de alta, seja por receita ou impressos aos pacientes ou acompanhantes, ou capacitações que comprovem este cuidado e a articulação com a Rede de Atenção à Saúde (melhor em casa, PAD, PID). Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

20. Critério – Atenção em regime de terapia intensiva

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	115	A unidade dispõe de um responsável técnico habilitado em terapia intensiva e de médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem exclusivos em período integral.		
I	116	A unidade possui, para uso exclusivo, carro de reanimação cardiorrespiratória (CRCR) ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além da monitorização cardiovascular e suporte ventilatório em todos os leitos.		
N	117	A unidade possui manuais e/ou protocolos clínicos atualizados e disponíveis, com equipe capacitada para o uso deles e sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência realizada na UTI.		

N	118	A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito, garantindo privacidade ao paciente e ambiente adequado para o desenvolvimento das ações dos profissionais.		
R	119	A unidade conta com apoio de equipe multiprofissional.		
R	120	A unidade realiza avaliações periódicas da sua efetividade, dispendo de sistema de informação e indicadores que permitem a avaliação do setor e comparações com referenciais adequados para realizar o gerenciamento da qualidade de suas ações.		

(D) 115 – Apresentar a escala da equipe médica e de Enfermagem exclusiva nas 24h e distribuição em escalas de plantão, de acordo com o perfil de demanda e o modelo assistencial. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(O) 116 – A presença do carro de reanimação cardiorrespiratória (CRCR) ou equivalente em condições de funcionamento (deve estar conectado à rede elétrica) para uso exclusivo da unidade. Observar a disponibilidade de monitores e ventiladores pulmonares em quantidade suficiente para o atendimento a todos os leitos, bem como a presença de rede de oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito. Considerar **SIM** a presença de todos os equipamentos. Considerar **NÃO** a ausência de pelo menos um deles.

(D/P) 117 – O serviço deve dispor e apresentar manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is), bem como protocolos clínicos e estatísticas básicas. O estabelecimento deve demonstrar também as iniciativas de educação continuada e permanente de suporte aos protocolos e manuais em uso (análise de documentos que comprovem a existência destes protocolos). Os registros da assistência ao paciente devem ser observados diretamente no prontuário (solicitar três prontuários para serem vistos), observando a diretriz do prontuário único (por ocasião da avaliação do item 14) – quando todos os profissionais que assistem o paciente evoluem e fazem suas anotações em sequência em um mesmo formulário (exceto controle de sinais vitais feitos pelo técnico de Enfermagem). A revisão/atualização do POP ou protocolos deve ter sido feita há pelo menos dois anos. Considerar **SIM** a comprovação de toda a documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação

(D) 118 – A unidade, por ser destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco reduzindo os índices de infecção hospitalar e eventos adversos, deve ser instalada em local específico e com acesso restrito.

Solicitar o alvará da Vigilância Sanitária ou protocolo emitido pela Vigilância Sanitária que autorize o funcionamento da UTI. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 119 – O estabelecimento deve apresentar escala que mostre que conta com equipe multiprofissional (fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social). Considerar **SIM** a comprovação de escala conforme descrito. Considerar **NÃO** a ausência de escala, ou ausência de pelo menos um dos profissionais descritos.

(D) 120 – Solicitar o relatório de indicadores de acompanhamento da UTI – devem ser mensais. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

21. Critério – Atenção cirúrgica e anestésica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	121	A unidade dispõe de roupas, equipamentos e materiais para a realização das cirurgias eletivas e mantém uma margem de segurança em estoque para casos de urgência.		
I	122	A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.		
N	123	A unidade realiza gerenciamento das salas cirúrgicas, monitorando indicadores específicos como percentual de atraso e/ou suspensão de cirurgias, tempo de desinfecção das salas, entre outros.		
N	124	A unidade possui protocolos atualizados e disponíveis, inclusive de segurança do paciente (Cirurgia Segura).		
R	125	A unidade garante a atenção por anestesista habilitado, incluindo o atendimento pré-anestésico e na recuperação pós-anestésica (RPA), controle da dor e complicações.		
R	126	A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.		

(D) 121 – Este quesito se destina a avaliar as condições básicas de funcionamento do centro cirúrgico, além de avaliar se as cirurgias são canceladas por falta de roupa cirúrgica e materiais. Cada sala cirúrgica deve dispor de um equipamento de anestesia (carro), monitorização cardiovascular e respiratória, além dos recursos humanos necessários. Solicitar ao estabelecimento o relatório de suspensão de cirurgias. Considerar **SIM**, se não houver suspensão de cirurgias por falta de equipamentos, roupas e materiais (relatório/planilha/documento similar). Considerar **NÃO**, se houver suspensão de cirurgias por falta de equipamentos, roupas e materiais ou se não houver relatório/planilha/documento similar.

(D) 122 – Verificar na escala do centro cirúrgico se possui enfermeiro exclusivo durante o funcionamento do centro cirúrgico. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 123 – O serviço deve demonstrar que realiza a gestão do setor por meio de alguns instrumentos e/ou práticas, tais como: 1) programa diário de cirurgias e definição dos critérios para atendimento de emergência cirúrgica com conhecimento da programação cirúrgica diária pelas áreas de apoio e unidades de internação; 2) sistema de análise crítica dos procedimentos cirúrgicos, visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos, minimização de riscos e efeitos colaterais; 3) sistema de informação baseado em taxas e indicadores específicos do Centro Cirúrgico que permitam a análise e as comparações, entre outros. Isso deve ser comprovado por meio de POP/normas. Considerar **SIM** a comprovação do número 1 e mais outro dispositivo listado dentre estes instrumentos de gestão. Considerar **NÃO** a apresentação de apenas um ou nenhum dispositivo.

(D) 124 – O serviço deve apresentar os protocolos e/ou manuais atualizados e disponíveis nos dois últimos anos, inclusive os de cirurgia segura, bem como as iniciativas de capacitação dos profissionais para seu uso. Considerar **SIM** a apresentação de todos os manuais. Considerar **NÃO** a ausência de pelo menos um deles.

(D/P) 125 – A constatação do registro da consulta pré-anestésica e a ficha de anestesia corretamente preenchida será feita de acordo com o item 14. As demais exigências devem ser demonstradas por meio da escala e de protocolos específicos da área. Considerar **SIM** a comprovação de todas as exigências solicitadas. Considerar **NÃO** a ausência de pelo menos uma delas.

(D) 126 – O estabelecimento deve demonstrar plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

22. Critério – Atenção materna e infantil

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	127	O serviço garante acesso a hemocomponentes nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana.		
I	128	O serviço garante os insumos essenciais para a atenção obstétrica: (i) ocitocina; (ii) misoprostol; (iii) sulfato de magnésio; (iv) hidrazina ou nifedipina.		
N	129	O serviço garante acesso ao exame de ultrassonografia de urgência 24 horas/dia.		
N	130	O serviço assegura mecanismos de gestão interna dos leitos obstétricos e neonatais de forma a otimizar a rotatividade dos leitos.		
R	131	A maternidade tem contrato de gestão atualizado estabelecendo metas para os indicadores da Rede Cegonha.		
R	132	O serviço garante equipe horizontal de cuidado (mínimo médico e enfermeiro) com carga horária mínima de 4 horas/dia.		

(R/D) 127 – Perguntar ao responsável pelo serviço se é disponibilizado hemocomponentes no período de 24 horas. A resposta positiva deve ser acompanhada de alguma comprovação (contratos com hemocentro, controle de estoque ou entrada e saída). Considerar **SIM** a resposta positiva e a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a resposta negativa e/ou ausência da documentação.

(O) 128 – Esta medicação é de urgência para redução da mortalidade materna cujas recomendações de uso são: 1 – garantir intervenções que possam tratar a hemorragia pós-parto e pós-abortamento; 2 – garantir intervenções na pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia, e deve ser demonstrada a existência dela. Considerar **SIM** a existência de todos os medicamentos com comprovação visual. Considerar **NÃO** a ausência de pelo menos um medicamento.

(O/D) 129 – Equipamento essencial para diagnóstico diferencial dos sangramentos de primeiro, segundo e terceiro trimestres da gestação (abortamentos, doença trofoblástica, gestação ectópica, placenta de inserção baixa) e para avaliação do bem-estar fetal. Considerar **SIM** a constatação do equipamento e da escala de 24 horas do profissional ou contrato da prestação do serviço. Considerar **NÃO** a ausência do equipamento e/ou da escala de 24 horas do profissional ou do contrato do serviço.

(D) 130 – Análise do mapa diário de leitos (mapa diário de ocupação de leitos disponível e com sinalização de problemas que necessitam de agilidade nos trâmites). Considerar **SIM** a comprovação do mapa diário de leitos (instrumento de gestão de leito). Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 131– A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor estabelece metas quantitativas e qualitativas com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ações Municipais. Verificar o contrato de gestão com o SUS (atualizado) nos dois últimos anos e se nele constam as metas da Rede Cegonha atualizadas. Considerar **SIM** a existência das metas comprovadas no contrato ou Termo de Ajuste (TA), conforme descrito. Considerar **NÃO** a ausência da comprovação delas.

(D) 132 – Escala de profissionais constando equipe mínima (médico e enfermeiro) com carga horária diária de, no mínimo, 4 horas, de segunda a sexta-feira. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

23. Critério – Atenção em Terapia Renal Substitutiva – **SERVIÇO DE PROGRAMA DE DIÁLISE HABILITADO**

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	133	O serviço dispõe de 1 médico e 1 enfermeiro para cada grupo de 35 pacientes em hemodiálise, e 1 técnico de Enfermagem para 4 pacientes por sessão de hemodiálise, presentes durante todo o período do funcionamento do serviço.		
I	134	O serviço controla periodicamente a qualidade da água utilizada na diálise com análise microbiológica de físico-química.		
N	135	O serviço garante a confecção da fístula arteriovenosa para o acesso à hemodiálise.		
N	136	O serviço garante a realização periódica, em seus pacientes, dos exames de diagnose.		
R	137	O estabelecimento realiza acompanhamento multiprofissional do paciente renal crônico em estágios 4 e 5 dialíticos.		
R	138	Os pacientes são orientados por equipe multiprofissional quanto à sua doença aos autocuidados, ao tratamento e ao prognóstico, bem como a poderem optar pela modalidade de diálise que desejem realizar.		

(D) 133 – Verificar no serviço a existência da escala dos profissionais que comprove o que o item de verificação preconiza. No caso de serviço que realiza diálise peritoneal a quantidade de enfermeiros deve ser de 1 para cada grupo de 50 pacientes. Considerar **SIM** a comprovação da lista de pacientes e lista de profissionais segundo os parâmetros propostos no item de verificação e nesta descrição. Considerar **NÃO** a ausência dos parâmetros.

(D) 134 – A água utilizada na preparação da solução para diálise nos serviços deve ter a sua qualidade comprovada em todas as etapas do seu tratamento, armazenagem e distribuição mediante o monitoramento dos parâmetros microbiológicos e físico-químicos. Solicitar documentação que constate o controle da água utilizada na diálise. O controle da água utilizada na diálise tem periodicidade mensal para coliforme total, endotoxinas e contagem de bactérias heterotróficas; semestral para os componentes químicos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 135 – Solicitar documentação (contrato com algum prestador/protocolo de fluxo) onde possa ser confirmado o acesso a serviço que realize a confecção da fístula arteriovenosa necessária para a execução da hemodiálise, com a segurança para o paciente em programa de hemodiálise. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 136 – Verificar se os exames de diagnose são realizados nos pacientes, conforme preconiza as Diretrizes Clínicas para o cuidado das pessoas com DRC no âmbito do SUS, tanto para hemodiálise como para diálise peritoneal. Verificar protocolos ou Procedimento Operacional Padrão que orientem os profissionais quanto à solicitação dos exames mensal, trimestral, semestral e anual. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 137 – Verificar a comprovação a partir de documentação (POP/Protocolos/Manual de Normas e Rotinas). Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 138 – Verificar no serviço se há orientação aos pacientes por meio de equipe multiprofissional comprovado por meio de POP/normas que discipline o assunto. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

24. Critério – Atenção em hemoterapia (Agências Transfusionais)

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	139	A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista.		
I	140	Os hemoderivados e hemocomponentes são estocados a temperatura recomendada.		
N	141	Existem ações de educação continuada para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.		
N	142	O serviço realiza ações de hemovigilância.		
R	143	Existe comitê transfusional.		
R	144	O estabelecimento utiliza a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.		

(D) 139 – Verificar o nome e o registro profissional do responsável técnico pelo serviço de hemoterapia, sua capacitação, horário de trabalho. Considerar **SIM** a apresentação do registro profissional do responsável técnico. Considerar **NÃO** a ausência do registro profissional do profissional técnico.

(O) 140 – Neste item, atentar se os hemoderivados estão estocados de acordo com a temperatura referenciada na bula, conforme a seguir:

- Concentrado de hemácias: 2°C a 6°C.
- Concentrado de plaquetas: 18°C a 24°C – sob agitação constante em agitador próprio para este fim.
- Plasma, Crioprecipitado, PIC – plasma isento de crioprecipitado: -18°C.

Considerar **SIM** a constatação da temperatura correta dos hemoderivados e/ou hemocomponentes existentes no estabelecimento de saúde. Considerar **NÃO** a constatação da temperatura errada dos hemoderivados e/ou hemocomponentes existentes no estabelecimento de saúde.

(D) 141 – Verificar se o estabelecimento possui um Plano de Capacitação Profissional. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 142 – Verificar se o estabelecimento possui registros das ações de hemovigilância (é um conjunto de procedimentos para o monitoramento das reações transfusionais resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes, visando melhorar a qualidade dos produtos e os processos em hemoterapia e aumentar a segurança do paciente), diretrizes ou normas que

facilitem o controle das solicitações e dos resultados, e se adota medidas que reduzam os erros dos processos de trabalho e de avaliação da qualidade do sangue e hemoderivados durante a transfusão. Considerar **SIM** a apresentação das diretrizes/normas citadas. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 143 – Verificar se o estabelecimento possui comitê ou comissão transfusional, quais as diretrizes e as normas que favorecem a padronização das solicitações e dos resultados. Observar também outras formas de organização: reuniões periódicas, grupos de discussão, ações educativas, avaliações periódicas e outros. Solicitar apresentação das atas de reunião do comitê ou comissão transfusional. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 144 – Verificar se o estabelecimento possui POP/normas sobre registro e correções de não conformidades e ações de melhoria (como evitar problemas futuros). Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

25. Critério – Atenção em serviços de reabilitação – **SOMENTE SERVIÇOS HABILITADOS**

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	145	Os profissionais fazem uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para avaliação das perdas funcionais, formas de tratamento e prognósticos, na construção do projeto terapêutico, autocuidados e centrado na produção de autonomia.		
I	146	Os usuários atendidos nestes serviços têm atenção integral às suas necessidades de saúde, por meio da articulação de outros pontos de atenção da Rede SUS (Atenção Básica; Especializada; Hospitalar e de Urgência e Emergência), assegurado o agendamento de retornos/acompanhamentos e terapias especializadas.		
N	147	O serviço possui transporte sanitário, com veículos adaptados para garantir o acesso das pessoas com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.		
N	148	O serviço oferece atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas com deficiência e seus familiares e/ou cuidadores.		
R	149	O serviço promove ações de educação em saúde para usuários, familiares e cuidadores.		
R	150	O serviço possui serviço de apoio ou referência regulada para concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outras tecnologias assistivas, necessárias ao processo de reabilitação/habilitação.		

(R/D) 145 – Verificar se os profissionais de saúde fazem uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em complementação à Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Perguntar ao responsável pelo estabelecimento mediante comprovação da resposta afirmativa. Considerar **SIM** a resposta positiva e a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a resposta negativa e/ou ausência da documentação.

(D) 146 – Solicitar a comprovação de fluxo pactuado (documento de pactuação) entre os três componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência), que garantam o acesso dos usuários sempre que necessário. Considerar **SIM** a demonstração do documento de pactuação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 147 – Verificar se o serviço conta com transporte sanitário adaptado para serem usados por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e ao uso de equipamentos urbanos. Considerar **SIM** agenda ou documento que comprove o acesso do veículo aos pacientes. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 148 – Verificar se o serviço conta com ações e estratégias relacionadas ao acolhimento, como avaliação de riscos, pautados na Política Nacional de Humanização; redução de filas e tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento com base no acolhimento com classificação de riscos; garantia de informação ao usuário sobre quais são os profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores. Solicitar POP/protocolos/normas que mostrem as diretrizes para a implantação e implementação destas ações. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação

(D) 149 – Solicitar POP/normas que demonstrem a adoção da Educação Permanente em Saúde para os profissionais, usuários, familiares e/ou cuidadores, sobre o tema da prevenção, promoção e reabilitação. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(O) 150 – Verificar a disponibilidade (ou própria ou por meio de referência regulada) de local, de oficina ortopédica para confecção, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Materiais (OPM) e outras tecnologias, além dos equipamentos básicos dispostos nas normas referidas na base normativa, tais como: Cadeira de Rodas, Próteses de Membro Superior, Próteses de Membro Inferior, Órteses de Membro Superior, Órteses de Membro Inferior, Próteses Auditivas, Prótese Ocular etc. Considerar **SIM** a disponibilidade de todos os equipamentos. Considerar **NÃO** a indisponibilidade de ao menos um desses.

26. Critério – Obrigações dos estabelecimentos oncológicos e responsabilidades

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	151	O serviço habilitado oferta serviço de Pronto Atendimento que funcione nas 24 horas para os casos de urgência oncológica dos doentes matriculados no hospital.		
I	152	O serviço habilitado realiza o planejamento global do tratamento oncológico, bem como os atendimentos, as evoluções e as intercorrências do paciente, e registra em um único prontuário todas as informações sobre os procedimentos de tratamento em Oncologia.		
N	153	O serviço habilitado disponibiliza o exame de biópsia por congelação durante o ato cirúrgico.		
N	154	O serviço habilitado presta cuidados paliativos aos usuários e disponibiliza medicamentos para o controle da dor.		
R	155	O serviço habilitado mantém atualizado regularmente o sistema de informação vigente, Registro Hospital de Câncer (RHC).		
R	156	O serviço habilitado mantém atualizado regularmente os sistemas de informação vigente, Sistema de Informação do Câncer (Siscan).		

(R) 151 – Perguntar ao responsável pelo serviço de Oncologia sobre a existência de Pronto Atendimento que funcione nas 24 horas para o atendimento das urgências oncológicas de pacientes matriculados no hospital (art. 15, inciso III da Portaria MS/SAS nº 140, de 24 de fevereiro de 2014). Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(P) 152 – O serviço habilitado deve possuir um único prontuário para cada usuário, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referentes (ambulatorial e internação, de rotina e de urgência, estadiamento, planejamento terapêutico global, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, entre outros), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas por todos os profissionais de saúde envolvidos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento, conforme Portaria nº 140/2014. Por ocasião da avaliação do item de verificação 14, considerar o descrito neste item. Considerar **SIM** o registro no prontuário, conforme a orientação. Considerar **NÃO** a ausência do registro no prontuário.

(R/O) 153 – Perguntar ao responsável pelo serviço se ele possui Laboratório de Anatomia Patológica que realiza o exame de biópsia de congelação, (art. 15, inciso II da Portaria MS/SAS nº 140/2014). Considerar **SIM** a resposta positiva e a constatação do laboratório de anatomia-patológica ou convênio. Considerar **NÃO** a resposta negativa e/ou ausência do laboratório no estabelecimento ou convênio.

(P/D) 154 – O avaliador deverá constatar o item por meio da verificação em prontuário ou em outro documento que comprove a rotina (Protocolo/Rotina). Considerar **SIM** a comprovação da oferta feita pelo próprio serviço. Considerar **NÃO** a ausência de comprovação.

(D) 155 – O avaliador deve solicitar uma cópia do relatório gerado pelo Integrador RHC, sistema capaz de consolidar e divulgar os dados hospitalares provenientes dos Registros Hospitalares de Câncer do Brasil (Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013, inciso XIV, artigo 21, cap. III). O relatório será considerado atualizado se o último ano base enviado for de até dois anos de defasagem em relação ao ano corrente. Considerar **SIM** a apresentação do relatório conforme descrito. Considerar **NÃO** a ausência desse relatório.

(D) 156 – O avaliador deverá visualizar a utilização do Módulo “Gerenciar Tempo Diagnóstico / Tratamento” por meio da apresentação de relatórios emitidos pelo sistema (em tela ou impresso). Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

27. Critério – Atenção em radioterapia

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	157	Todos os procedimentos de radioterapia registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) são realizados nos equipamentos instalados no próprio estabelecimento.		
I	158	O médico e o físico permanecem no serviço durante todo o período de utilização dos equipamentos e fontes radiativas.		
N	159	O serviço habilitado comprova que os profissionais médicos possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.		
N	160	Os protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.		
R	161	O serviço atende aos requisitos necessários para a segurança e a proteção radiológica.		
R	162	Os pacientes são orientados quanto aos riscos do tratamento e de sua descontinuidade.		

OBSERVAÇÕES:

1. *No caso que o estabelecimento seja habilitado como complexo hospitalar em radioterapia este serviço estará fora da área física do estabelecimento hospitalar, portanto o avaliador deverá dirigir-se ao serviço de radioterapia para aplicação do critério 27.*
2. *O critério 27 somente será aberto no Sipsnass (tablete) caso o estabelecimento tenha sua produção em radioterapia cadastrada.*

(D) 157 – O avaliador deverá comparar a produção total em radioterapia do hospital (que a própria área técnica irá disponibilizar), com o número de equipamentos instalados na própria unidade. Estima-se que um equipamento possa fazer, em média, 42 mil campos de radioterapia. No caso de o equipamento funcionar um terceiro turno, poderá realizar até 66 mil campos. O avaliador deverá checar o número de aceleradores do hospital e, de posse do relatório contendo a produção de radioterapia do estabelecimento, deverá fazer a relação produção/equipamento. Caso o resultado da relação “produção por equipamento” seja maior do que 66 mil é sinal de que os procedimentos são realizados fora do estabelecimento. Considerar **SIM** quando o resultado da divisão for igual ou menor do que 66 mil. Considerar **NÃO** quando o resultado da divisão for maior do que 66 mil.

(D) 158 – O avaliador deve perguntar ao responsável pelo serviço se o médico e o físico permanecem no serviço durante todo o período de uso dos equipamentos e fontes radioativas. Considerar **SIM** a resposta positiva e solicitar que comprove a resposta por meio da demonstração da rotina do serviço de radioterapia. Considerar **NÃO** a não demonstração.

(R) 159 – Perguntar ao responsável pelo serviço se ele possui médico especialista em Radioterapia com qualificação reconhecida e cadastrada na Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen). Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(D) 160 – Verificar a disponibilidade de protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos, que devem estar atualizados (máximo de dois anos) e devem apresentar informações sobre registros de procedimentos médicos e de física médica; procedimentos de enfermagem; planejamento radioterápico; padrões de manipulação de fontes radioativas; padrões de preparo de moldes e máscaras; controle e atendimento de intercorrências e de internação; procedimentos de biossegurança; manutenção de materiais e equipamentos; e procedimentos de controle de qualidade para os diferentes equipamentos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 161 – O avaliador deverá verificar a existência do documento de “Autorização de funcionamento” emitido pela Cnen, que deverá estar dentro do prazo de validade. Considerar **SIM** a comprovação da documentação dentro do prazo de validade. Considerar **NÃO** a ausência da documentação ou se ela estiver fora do prazo de validade.

(D) 162 – Essa orientação deve estar descrita em documentação que comprove as rotinas de atendimento (protocolos, manuais ou prontuário). Trata-se de prática recomendada pela toxicidade topográfica (na área irradiada) e sistêmica da radioterapia e a ação biológica sobre os tecidos doentes e sãos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

28. Critério – Atenção em Oncologia Clínica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	163	O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia na estrutura organizacional do hospital.		
I	164	O serviço habilitado garante a permanência de, pelo menos, um médico clínico durante todo o período de aplicação da quimioterapia.		
N	165	O serviço habilitado comprova que os profissionais médicos possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.		
N	166	Na rotulagem dos medicamentos antineoplásicos manipulados constam: nome do paciente, composição qualitativa e quantitativa dos componentes, volume total, data e hora da preparação, prazo de validade, identificação do responsável pela preparação, com o devido registro no conselho profissional.		
R	167	Os protocolos apresentam orientação de que a terapia deve ser prescrita por médico especialista (oncologista clínico, oncologista clínico pediátrico ou hematologista).		
R	168	O serviço possui protocolos para minimizar eventos adversos e erros em todas as etapas do processo relacionado à quimioterapia.		

(R) 163 – Perguntar ao responsável pelo serviço sobre a existência de uma central de quimioterapia na estrutura organizacional do hospital, que integre todo o processo de avaliação da prescrição, da manipulação, da conservação, do acondicionamento, do controle de qualidade, da distribuição e da dispensação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de terapia de suporte. Considerar **SIM** se a resposta for positiva para todo o processo. Considerar **NÃO** a resposta negativa ou positiva parcialmente.

(D) 164 – Verificar documentação que comprove o registro das escalas dos médicos. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(R) 165 – Perguntar ao responsável pelo serviço a existência de profissionais médicos com especialidades em Oncologia Clínica, Cancerologia ou Cancerologia Clínica. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(O) 166 – O avaliador deverá verificar a rotulagem dos medicamentos e observar se consta o descrito no item de verificação (RDC Anvisa nº 220, de 21 de setembro de 2004). Considerar **SIM** a constatação visual no frasco do medicamento de todos os itens descritos. Considerar **NÃO** a ausência de rotulagem ou constatação parcial dos itens descritos.

(D) 167 – Verificar documentação (protocolos, normas de funcionamento) que comprove a rotina de funcionamento escrita devendo registrar os procedimentos médicos, incluindo a prescrição terapêutica. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(D) 168 – Solicitar protocolos, normas de funcionamento com o objetivo de minimizar eventos adversos e erros em todas as etapas do processo relacionado à quimioterapia. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

29. Critério – Atenção hematológica em Oncologia

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	169	O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia em sua estrutura física.		
I	170	O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para adultos.		
N	171	O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para atender crianças e adolescentes, se habilitado em Pediatria.		
N	172	O serviço habilitado possui sala equipada com microscópio óptico para análise de lâminas de sangue periférico, de medula óssea e/ou amostras, como imprints e líquidos orgânicos.		
R	173	O serviço habilitado disponibiliza atendimento em serviço de Hemoterapia com aférese e transfusão de plaquetas.		
R	174	O serviço habilitado comprova que os profissionais e responsáveis técnicos possuem qualificação e titulação em hematologia para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.		

(R) 169 – O serviço de hematologia habilitado deverá contar com uma central de quimioterapia em sua estrutura, que poderá ser comum aos serviços de Oncologia Clínica e/ou Oncologia Pediátrica (Portaria nº 140, 27 de fevereiro de 2014, art. 25, inciso IX). Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(O) 170 e 171 – Conforme exigência da Portaria MS/SAS nº 140, art. 25, inciso III, o estabelecimento de saúde deverá possuir quarto(s) com leito de isolamento para adultos e, quando o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) possuir habilitação em Pediatria ou também atender crianças e adolescentes, deverá ter quarto(s) exclusivo(s) com leito de isolamento para este grupo específico. Considerar **SIM** a observação visual de quarto com leito de isolamento. Considerar **NÃO** a ausência do quarto de isolamento.

(O) 172 – O avaliador deverá perguntar ao responsável pelo serviço sobre a existência do equipamento descrito no item de verificação e deve verificar a presença dele. Considerar **SIM** a presença do equipamento. Considerar **NÃO** a ausência do equipamento.

(D) 173 – Solicitar ao responsável pelo serviço documentação que comprove a disponibilização do atendimento em Serviço de Hemoterapia com aférese e transfusão de plaquetas, instalado dentro ou fora da estrutura hospitalar da unidade, desde que com referência devidamente formalizada, conforme exigência da Portaria MS/SAS nº 140, art. 25, inciso VI. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

(R) 174 – O avaliador deve solicitar ao responsável pelo serviço a comprovação da especialização do responsável técnico médico em Hematologia, comprovada por título. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

30. Critério – Atenção em Oncologia Pediátrica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	175	O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia em sua estrutura física.		
I	176	O serviço habilitado possui sala de aplicação de quimioterapia exclusiva para crianças e adolescentes.		
N	177	O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para crianças e adolescentes.		
N	178	O serviço habilitado comprova que os profissionais e responsáveis técnicos possuem qualificação e titulação em Cancerologia Pediátrica, para o atendimento de crianças e adolescentes.		
R	179	O serviço habilitado possui quarto(s) de enfermarias para crianças e adolescentes.		
R	180	Os protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.		

(R) 175 – O estabelecimento de saúde deverá contar em sua estrutura com uma central de quimioterapia, que poderá ser comum aos serviços de Oncologia Clínica e/ou Hematologia, para integrar todo o processo de avaliação da prescrição, manipulação, conservação, acondicionamento, controle de qualidade, distribuição e dispensação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de terapia de suporte. Considerar **SIM** se a resposta for positiva para todo o processo. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa ou positiva parcialmente.

(O) 176 – O avaliador deverá verificar a existência de sala de aplicação da quimioterapia de crianças e adolescente que deverá ser distinta da sala de aplicação da quimioterapia de adultos. Considerar **SIM** a presença da sala de aplicação de quimioterapia de crianças e adolescentes. Considerar **NÃO** a ausência dessa sala.

(O) 177 – O avaliador deverá observar a existência de quarto(s) com leito de isolamento para crianças e adolescentes. Considerar **SIM** a observação visual do quarto com isolamento exclusivo para crianças e adolescentes. Considerar **NÃO** a ausência do quarto.

(R) 178 – Perguntar ao responsável pelo serviço se o profissional possui especialização em Cancerologia Pediátrica, comprovada por título. Considerar **SIM** se a resposta for positiva. Considerar **NÃO** se a resposta for negativa.

(O) 179 – O avaliador deverá observar a existência de quarto(s) de enfermarias para crianças e adolescentes. Considerar **SIM** a existência de quarto de enfermarias para crianças e adolescentes. Considerar **NÃO** a ausência do quarto.

(D) 180 – Verificar documentação (POP, normas, rotinas) que comprove a rotina de funcionamento escrita, atualizada a cada quatro anos e assinada pelo responsável técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem. Considerar **SIM** a comprovação da documentação. Considerar **NÃO** a ausência da documentação.

2 - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários utiliza a técnica de entrevistas individuais e será realizada pela equipe do DOGES/MS, de forma centralizada.

A relação dos usuários atendidos deverá ser entregue aos avaliadores por ocasião da visita ao estabelecimento para a aplicação do primeiro instrumento avaliativo “Roteiro de Itens de Verificação”, segundo os critérios de inclusão dos usuários listados a seguir.

Os itens a serem verificados na Pesquisa de Satisfação dos Usuários são os seguintes:

1. Agilidade no agendamento do atendimento.
2. Agilidade no atendimento.
3. Acolhimento.
4. Confiança.
5. Ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído).
6. Roupas.
7. Alimentação.
8. Marcas da humanização.
9. Expectativa sobre o serviço.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS USUÁRIOS

1. Só deverá ser entrevistado o usuário do Sistema Único de Saúde, nesse instrumento, entendido como aquele que não pagou pelo atendimento prestado quer diretamente ao estabelecimento ou para a operadora de saúde.
2. A entrevista será realizada pelo DOGES de forma centralizada (contato telefônico com o usuário). Serão entrevistados os usuários que realizaram atendimento nos prestadores que estão sendo avaliados, no período estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS).
3. Os familiares e amigos do usuário, embora tenham opinião formada sobre os serviços prestados, não devem ser entrevistados, uma vez que não experimentaram aspectos relevantes do serviço (exceto na especialidade de Pediatria, em que deverá ser entrevistado o responsável pelo paciente).
4. As entrevistas devem ser aplicadas em usuários oriundos dos serviços de **Emergência (E)**, **Ambulatórios (A)** e **Internação (I)**, conforme especificado pelas siglas **(E/A/I)** identificadas à frente de cada pergunta no questionário.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS USUÁRIOS

1. Usuários que pagaram diretamente ao estabelecimento ou ao Plano de Saúde pelo atendimento prestado. Esses usuários deverão ser entrevistados por meio de instrumento de avaliação próprio para a Saúde Suplementar.
2. Usuários que estão aguardando a marcação de consulta ou a internação, pois o objetivo é a ausculta de usuários que utilizaram os serviços do estabelecimento.

Estes itens foram decompostos em uma sequência de perguntas com objetivo de propiciar aos usuários, um melhor entendimento em relação aos itens que serão verificados.

Etapas da Pesquisa de Satisfação dos Usuários:

A seguir o questionário dirigido aos usuários dos estabelecimentos a serem avaliados.

QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS
Perfil do usuário entrevistado

- | | | |
|--|---|---|
| Idade _____ | Estado Civil | Raça/cor? |
| <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu | <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Branco(a) |
| | <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> Preto(a) |
| Sexo | <input type="checkbox"/> Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> Amarelo(a) |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Pardo(a) |
| <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> Separado(a) | <input type="checkbox"/> Indígena |
| <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não respondeu | <input type="checkbox"/> União Estável | <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu |
| | <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu | |

- | | |
|--|--|
| Escolaridade | Renda familiar |
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever | <input type="checkbox"/> Não tem renda |
| <input type="checkbox"/> Alfabetizado | <input type="checkbox"/> Menos de 1 Salário Mínimo |
| <input type="checkbox"/> Nível Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 Salários Mínimos |
| <input type="checkbox"/> Nível Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos |
| <input type="checkbox"/> Nível Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos |
| <input type="checkbox"/> Nível Médio Completo | <input type="checkbox"/> Mais de 10 Salários Mínimos |
| <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu |
| <input type="checkbox"/> Superior Completo | |
| <input type="checkbox"/> Especialização/Residência | |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | |
| <input type="checkbox"/> Pós-doutorado | |
| <input type="checkbox"/> Nível Médio Completo – Normal magistério | |
| <input type="checkbox"/> Nível Médio Completo – Normal magistério indígena | |
| <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu | |

Pergunta 1– (E/A/I/C):
Para ser atendido neste estabelecimento de saúde, o(a) senhor(a):

- Preciso agendar/ marcar o procedimento (já chegou com data e hora marcada para realizar o procedimento).
- Foi atendimento de emergência (procurou o estabelecimento de saúde por livre procura, não precisou agendar/marcar o procedimento).
- Não sabe/não respondeu.

Pergunta 2– (A/I/C):**Quanto tempo o(a) senhor(a) esperou para marcar este procedimento?**

- até 15 dias
- de 16 a 30 dias
- de 31 a 60 dias
- de 61 a 90 dias
- de 3 meses a 6 meses
- de 6 meses a 1 ano
- mais de 1 ano
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 2B – (A/I/C):**O(a) senhor(a) considera que esse tempo de espera para marcar o procedimento foi:**

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Agilidade e adequação no agendamento: Compreende desde o primeiro contato para marcação do procedimento, seja pela Atenção Básica, pelas Centrais de marcação de consulta, dentre outras; até a efetiva marcação.

Pergunta 3 – (E/A/I/C):**No dia do procedimento, quanto tempo o(a) senhor(a) levou para ser atendido dentro do serviço?**

- Até 30 minutos
- Até 1 hora
- Até 2 horas
- Até 4 horas
- Até 12 horas
- Mais de 12 horas
- Não sabe/não respondeu

Pergunta 3B – (E/A/I/C):**O(a) senhor(a) considera que esse tempo de espera para ser atendido foi:**

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Agilidade no atendimento dentro do estabelecimento pelo médico ou outro profissional f.m.

Pergunta 4 – (E/A/I/C):**No geral, como o(a) senhor(a) julga a limpeza dos ambientes?**

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Ambientes são limpos, propiciando conforto e bem-estar (quarto, banheiro, corredores, recepção, salas de espera, consultórios e outros).

Pergunta 5 – (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia a sinalização do estabelecimento para encontrar o local onde precisa ir?

- Muito Boa
- Boa
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Localização e orientação dos diversos setores, por meio de placas indicativas.

Pergunta 6 – (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento da recepção?

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 7 – (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento da equipe de saúde?

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Considerar como equipe de saúde os profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, sanitarista, assistente social, farmacêutico e demais profissionais envolvidos com o cuidado do usuário.

Pergunta 8 – (E/A/I/C):

O(a) senhor(a) sentiu segurança/confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Considerar segurança/confiança do usuário em relação aos profissionais de saúde que lhes prestaram assistência.

Pergunta 9 - (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia as informações e esclarecimentos que você teve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento?

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 10 – (E/A/I/C):**De uma maneira geral, como o(a) senhor(a) avalia este estabelecimento de saúde?**

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 11 – (E/A/I/C):**O(a) senhor(a) sabe onde reclamar quando não é bem atendido?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 12 – (E/A/I/C):**O(a) senhor(a) pagou por algum valor durante este atendimento?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 12B – (E/A/I/C):

O quê pagou? _____

Pergunta 13 – (E/A/I/C):**O(a) senhor(a) sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 14 – (E/I/C):**O(a) senhor(a) ficou internado neste estabelecimento de saúde?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

*Questões exclusivas em caso de internação***Pergunta 15 – (E/I/C):****Quantos dias o(a) senhor(a) ficou internado neste estabelecimento de saúde?**

- de 1 a 3 dias
- de 4 a 10 dias
- mais de 10 dias
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 16 – (E/I/C):**Como o(a) senhor(a) avalia a limpeza das roupas fornecidas pelo estabelecimento de saúde?**

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Considerar roupas íntegas, limpas, sem cheiros fortes.

Pergunta 17 – (I/C):**Como o(a) senhor(a) avalia a alimentação fornecida pelo estabelecimento de saúde?**

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu
- Não foi fornecida alimentação

Considerar refeição com boa aparência, quantidade suficiente e temperatura adequada. Mantendo horários preestabelecidos pela unidade ou conforme necessidade.

Pergunta 18 – (I/C):**Como o(a) senhor(a) avalia o tempo de permanência da visita permitido pelo estabelecimento de saúde?**

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 19 – (I/C):**O(a) senhor(a) teve acompanhante durante a internação?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 20 – (I/C):**Qual foi o motivo de não ter acompanhante?**

- Por opção
- Não foi permitido pelo estabelecimento de saúde
- Não foi informado do direito ao acompanhante
- Não tinha ninguém para acompanhar
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 21 – (I/C):**O acompanhante foi de sua livre escolha?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 22 – (I/C):**O estabelecimento de saúde forneceu alimentação ao acompanhante?**

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

Pergunta 23 – (I/C):

De um modo geral, como o(a) senhor(a) avalia as acomodações para o acompanhante (cadeira reclinável, banheiro etc.):

- () Muito Boa
- () Boa
- () Regular
- () Ruim
- () Muito ruim
- () Não sabe/Não respondeu

3 – CONJUNTO DE INDICADORES

Para se avaliar a atenção ambulatorial e hospitalar por meio de indicadores, cuja fonte seja os registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), é preciso a elaboração de vários testes de avaliação dos numeradores e dos denominadores a serem usados, a verificação da pertinência dos próprios indicadores e de seus resultados, além da necessidade do uso de métodos estatísticos visando tornar estes indicadores mais comparáveis.

Métodos estatísticos aplicados no cálculo dos indicadores simples

Para o cálculo dos indicadores simples serão adotadas as seguintes metodologias:

- **Padronização Indireta por Faixa Etária, Sexo e uso de UTI:** Ajusta os indicadores de forma a diminuir a influência causada pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias e do sexo, que existe entre os pacientes atendidos, além de considerar e equalizar o maior risco de óbitos quando é necessário o uso de UTI.
- **Bayes empírico:** busca diminuir o efeito da variação do resultado de indicadores em pequenas populações. Esse método considera: o evento (óbito, internação etc.), o tamanho da população avaliada e a média das populações semelhantes. A média a ser usada será especificada na ficha do indicador, podendo ser a média por região brasileira ou a média dos grupos de municípios homogêneos por região brasileira ou média por tipo de estabelecimento.

INDICADORES DA ATENÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (SIA)

Os indicadores, a seguir, referentes ao tratamento quimioterápico de câncer estão organizados de forma a discriminar o tipo de câncer segundo a CID-10 e o estágio do câncer.

1. Proporção das altas a pedido, por evasão e por outros motivos em relação ao total de altas dos pacientes em hemodiálise (sem padronização ou ajuste).
2. Proporção das transferências para outros estabelecimentos em relação ao total de altas e transferência dos pacientes em hemodiálise (sem padronização ou ajuste).
3. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para hemodiálise, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
4. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio I, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
5. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio II, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.

6. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio III, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
7. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
8. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de colo uterino, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
9. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de colo uterino avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
10. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma do endométrio avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
11. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA células germinativas do ovário, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
12. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA epitelial de ovário ou tuba uterina, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
13. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA epitelial de ovário ou tuba uterina avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
14. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de próstata avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
15. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de pulmão, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
16. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de pulmão avançado, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
17. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de esôfago e estômago, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
18. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de esôfago e estômago avançado, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
19. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de cólon e reto, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
20. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de cólon e reto avançado, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
21. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de doença de Hodgkin, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
22. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de linfomas não Hodgkin de baixo grau, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
23. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de linfomas não Hodgkin – grau intermediário ou alto, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

24. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de leucemias agudas, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
25. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de leucemias crônicas, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
26. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de neoplasia de células plasmáticas, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
27. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de câncer na infância e adolescência, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
28. Proporção de diagnósticos não informados ou indefinidos em relação ao total de diagnósticos na Atenção Ambulatorial de Média Complexidade (sem padronização ou ajuste).
29. Proporção de diagnósticos não informados ou indefinidos em relação ao total de diagnósticos na Atenção Ambulatorial de Alta complexidade (sem padronização ou ajuste).

INDICADORES DA ATENÇÃO HOSPITALAR (SIH)

Os indicadores, a seguir, buscam discriminar os riscos de morrer segundo a causa da internação (CID-0), faixa etária, sexo e uso de UTI.

1. Proporção de óbitos de pacientes internados por doenças infecciosas intestinais, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
2. Proporção de óbitos de pacientes internados por outras doenças bacterianas, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
3. Proporção de óbitos de pacientes internados por dengue, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
4. Proporção de óbitos de pacientes internados por dengue hemorrágica, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
5. Proporção de óbitos de pacientes internados por diabetes mellitus, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
6. Proporção de óbitos de pacientes internados por insuficiência cardíaca, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
7. Proporção de óbitos de pacientes internados por AVC, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
8. Proporção de óbitos de pacientes internados por IAM e outras isquemias agudas do coração, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
9. Proporção de óbitos de pacientes internados por hipertensão essencial, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
10. Proporção de óbitos de pacientes internados por arritmias cardíacas, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
11. Proporção de óbitos de pacientes internados por AVC hemorrágico, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.

12. Proporção de óbitos de pacientes internados por pneumonias bacterianas, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
13. Proporção de óbitos de pacientes internados por gripe e pneumonias virais, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
14. Proporção de óbitos de pacientes internados por doenças glomerulares e túbulo-intersticiais, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
15. Proporção de óbitos de pacientes internados por insuficiência renal, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
16. Proporção de óbitos de recém-nascidos por transtornos do período perinatal, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
17. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, com uso das unidades de terapia intensiva (UTI), padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
18. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, sem uso das unidades de terapia intensiva (UTI), padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
19. Proporção de partos normais nas gestações sem risco, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
20. Proporção de partos normais nas gestações de risco, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
21. Proporção de óbitos nas complicações dos partos, nas cirurgias obstétricas e nos tratamentos durante a gestação, parto e puerpério, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
22. Proporção de internações clínicas por sintomas e sinais maldefinidos: Cap. XVIII, CID-10.
23. Proporção de internações cirúrgicas por sintomas e sinais maldefinidos: Cap. XVIII, CID-10.
24. Proporção de internações para diagnósticos e/ou atendimentos de urgência por sintomas e sinais maldefinidos: Cap. XVIII, CID-10.

QUANTIDADE DE AVALIAÇÕES A SEREM REALIZADAS SEGUNDO OS CRITÉRIOS DO MS

Conforme foi descrito anteriormente, a seleção dos estabelecimentos a serem avaliados obedeceu ao critério da aplicação de recursos financeiros por parte do MS definindo seis tipos de habilitações, repasse de recursos financeiros para incentivo da contratualização e os hospitais de natureza jurídica pública. Esses critérios abrangem 2.589 estabelecimentos selecionados de forma que um estabelecimento se enquadre em mais de um critério. A seguir demonstramos a distribuição dos 2.589 estabelecimentos para cada critério definido pelo MS:

1. Estabelecimentos que receberam recursos financeiros pelo IAC: 1.179 do total se enquadram neste critério.
2. Estabelecimentos habilitados na Rede Cegonha: 343 do total se enquadram neste critério.
3. Estabelecimentos habilitados na Rede de Urgências: 508 do total se enquadram neste critério.

4. Estabelecimentos habilitados em Terapia Renal Substitutiva: 697 do total se enquadram neste critério.
5. Estabelecimentos habilitados como Centro Especializados de Reabilitação: 102 do total se enquadram neste critério.
6. Estabelecimentos habilitados em Oncologia: 281 do total se enquadram neste critério.
7. Estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (federal, estaduais e municipais): 817 do total se enquadram neste critério.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 20, 5 de maio de 2011**. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020_05_05_2011.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, 07 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63, 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, 13 de março de 2014**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0011_13_03_2014.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1559, 01 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.020, 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na

Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.459, 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.168, 15 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.712, 12 de novembro de 2013.** Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2712_12_11_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.394, 30 de dezembro de 2013.** Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3394_30_12_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.390, 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.410, 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 342, 4 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 389, 13 de março de 2014.** Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 529, 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 835, 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 874, 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 930, 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/MS n. 3.432, 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 140, 27 de fevereiro de 2014.** Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 311, 14 de maio de 2014.** Estabelecer que a atualização sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações SCNES, SIA e SIH, é responsabilidade dos municípios, estados e Distrito Federal, devendo ser encaminhados, mensalmente, ao Departamento de Informática do SUS DATASUS/ SE/MS, de acordo com a gestão dos estabelecimentos. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Info_Legislacao.asp>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SVS nº 344, 12 de maio de 1988.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Equipamentos Mínimos.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/projeto_padrao_upa.php>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação, Controle de Sistemas, Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.** Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde – SOMASUS: Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimento em Saúde**. 1. ed, 1. reimpr. Brasília, 2011.

Composto em Georgia® e Verdana® de Matthew Carter. Capa em papel cartão 250g/m², miolo em papel sulfite 90g/m². Impressão e acabamento da Gráfica ?????, Setembro/2015, Brasília-DF.

ISBN 978-85-334-2293-3



9 788533 422933

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA