





## ENTIDADES FUNDADORAS DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA

### *Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde*



### *Entidades Compradoras dos Serviços de Saúde*



### *Entidades Privadas que se Pautam por Princípios que Regem o Direito Público*





## ENTIDADES ASSOCIADAS DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA

### *Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde*






## ENTIDADES PARCEIRAS E COLABORADORAS NO DESENVOLVIMENTO DAS NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO





## ENTIDADES PATROCINADORAS DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 04	
ÍNDICE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

NA 1. AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

NA 1/1 Procedimentos

NA 1/2 Documentos de Apoio e Registros

NA 2. AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES

NA 2/1 Procedimentos

NA 2/2 Documentos de Apoio e Registros

NA 3. AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA

NA 3/1 Procedimentos

NA 3/2 Documentos de Apoio e Registros

NA 4. AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO CLÍNICO

NA 4/1 Procedimentos

NA 4/2 Documentos de Apoio e Registros

NA 5. AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

NA 5/1 Procedimentos

NA 5/2 Documentos de Apoio e Registros

NA 6. AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA E MEDICINA NUCLEAR

NA 6/1 Procedimentos


NA 6/2 Documentos de Apoio e Registros

NA 7. AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO

NA 7/1 Procedimentos

NA 7/2 Documentos de Apoio e Registro

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 1	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## **AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **1. Objetivo**

Sistematizar a metodologia de Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços Saúde, de forma a garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições Acreditoras.

### **2. Referências**

Normas Orientadoras

Manual Brasileiro de Acreditação


### **3. Aplicabilidade**

Este procedimento se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditoras Credenciadas, às Instituições Conveniadas para Atividades de Ensino e Aprendizagem e às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

### **4. Responsabilidades**

Não se aplica.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 1/1	Pág: 1/4
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5. Procedimentos

### 5.1 Definições Básicas do Processo de Avaliação

#### 5.1.1 Avaliação para Acreditação

Análise crítica que determina se o processo de gestão utilizado pela organização avaliada, está em conformidade com os padrões definidos no instrumento de avaliação específico (Manual Brasileiro de Acreditação – ONA). Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.2 Processo de Avaliação

Conjunto de atividades inter-relacionadas para realizar a verificação dos diversos processos da Organização Prestadora de Serviços de Saúde, em confronto com os níveis e padrões estabelecidos no Manual Brasileiro de Acreditação – ONA. Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.3 Avaliador

Profissional qualificado para efetuar as avaliações do Processo de Acreditação. Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.4 Avaliador-Líder


É o responsável perante a Instituição Acreditadora, por todas as fases do processo de avaliação. Deve ter capacidade gerencial, experiência e deve lhe ser conferida autoridade para tomar decisões relativas à coordenação do processo de avaliação em que estiver envolvido. Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.5 Equipe de Avaliadores

A equipe de avaliadores deve ser definida de acordo com o tipo de Organização Prestadora de Serviços de Saúde que será avaliada, conforme definido na Norma para o Processo de Avaliação correspondente. Cada equipe deve possuir um avaliador-líder. Caso necessário podem ser incluídos na equipe, com a ciência prévia do avaliado, especialistas, avaliadores em treinamento e observadores. Vide Normas Orientadoras.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 1/1	Pág: 2/4
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.1.6 Evidências Objetivas

Informações cuja veracidade pode ser comprovada com base em fatos e/ou dados obtidos através da observação, documentação, medição ou outros meios. Vide Normas Orientadoras.

### 5.1.7 Não Conformidade

As não conformidades encontradas durante o processo de avaliação podem ser classificadas em não conformidade maior e não conformidade menor.

A não conformidade maior consiste na ausência ou na incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo. Pode ser gerada também por um grande número de não conformidades “menores”, constatadas durante a avaliação em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema, bem como por uma situação que possa baseada em evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

A não conformidade menor consiste na falta de cumprimento de requisitos do sistema da qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do sistema de qualidade, ou a uma adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma (padrão) de referência, que é evidenciada pela equipe auditora. Vide Normas Orientadoras.


### 5.1.8 Observações

Uma observação pode ser originada: pela identificação da equipe de avaliadores de uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta que não possui uma relevância sobre a atividade avaliada; por um desconforto da equipe de avaliadores ou pela identificação de uma falha potencial, ou seja, que não é evidenciada pelos avaliadores, mas que a intuição e/ou experiência do avaliador leva a crer como uma provável não conformidade futura. Vide Normas Orientadoras.

### 5.1.9 Consenso

Entende-se como consenso o processo decisório onde se procura encontrar uma proposta aceitável o bastante, para que todos os avaliadores da equipe possam apoiá-la, sem que nenhum avaliador se oponha a ela. Todo o processo de avaliação para a Acreditação é baseado no consenso.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 1/1	Pág: 3/4
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

#### 5.1.10 Diretrizes para Inscrição no Processo de Avaliação

São definidas duas etapas para a inscrição no processo de avaliação, a solicitação de informações para o processo de avaliação e a contratação da Instituição Acreditoradora para realizar o processo de visita. Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.11 Preparação para a Avaliação

As Instituições Acreditoradoras possuem duas etapas fundamentais de preparação para a avaliação, a confirmação da visita e o desenvolvimento do plano de visita. Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.12 Reuniões do Processo de Avaliação

O processo de avaliação incorpora três diferentes tipos de reunião, a reunião de abertura (vide Norma NO 1/3.9), as reuniões de avaliadores e a reunião de encerramento da avaliação. Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.13 Visita

Firmado o contrato entre a Instituição Acreditoradora e a Organização Prestadora de Serviços de Saúde e, confirmado por parte da ONA o recolhimento da taxa de inscrição, a equipe de avaliadores iniciará o processo de visita. A lógica do processo de visita e suas diferentes etapas estão definidas nas Normas Orientadoras.

#### 5.1.14 Relatório


O relatório de avaliação é preparado sob a orientação do avaliador-líder, que é o responsável por sua exatidão, bem como deve refletir fielmente o conteúdo da avaliação, sendo o mesmo datado e assinado pelos avaliadores. Vide Normas Orientadoras.

#### 5.1.15 Término do Processo de Avaliação

O processo de avaliação é considerado terminado após a emissão do relatório de avaliação pela Instituição Acreditoradora e entrega do seu parecer final à Organização Prestadora de Serviços de Saúde avaliada.

O certificado, a folha de resumo da avaliação e o parecer final da Instituição Acreditoradora devem ser entregues à Organização Nacional de Acreditação. Se o parecer final da equipe de avaliadores for

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 1/1	Pág: 4/4
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

diferente do parecer final da Instituição Acreditadora, a Instituição Acreditadora deverá justificar o seu parecer junto à ONA (atividade desenvolvida pela Comissão, Conselho ou Comitê de Certificação da Instituição Acreditadora). Caso a Organização Prestadora de Serviços de Saúde avaliada não concorde com o resultado, esta poderá interpor recurso junto à Instituição Acreditadora, em um prazo de 45 dias. Vide Normas Orientadoras.

## 5.2 Princípios do Processo de Avaliação

O Processo de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais.

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

Para avaliar a qualidade assistencial das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, são utilizados instrumentos de avaliação (Manual Brasileiro de Acreditação – ONA) específicos, definidos em Norma do Processo de Avaliação (NA) específica, segundo a especialidade e a atividade fim, desenvolvida pela organização de saúde.


Os instrumentos de avaliação são compostos de seções e subseções, onde para cada subseção existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos.

Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O princípio orientador do Nível 1 é **segurança**, do Nível 2 **segurança e organização** e do Nível 3 **segurança, organização e práticas de gestão e qualidade**.

Para cada nível, são definidos itens de orientação que norteiam o processo de visita e a preparação da Organização Prestadora de Serviços de Saúde para a avaliação.

As Instituições Acreditadoras, em qualquer momento durante o processo de planejamento e preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da Organização Prestadora de Serviços de Saúde, poderão recorrer à ONA e ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos nas Normas Técnicas ou no Manual Brasileiro de Acreditação - ONA específico.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006


	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 1/2	Pág: 1/2
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 6. Documentos de Apoio e Registros

### Normas Técnicas

- ❖ Nas – Normas para o Processo de Avaliação
- ❖ NO 1/2.5 – Avaliador, Avaliador Líder e Equipe de Avaliadores
- ❖ NO 1/2.6 – Evidências Objetivas
- ❖ NO 1/2.7 – Não Conformidade
- ❖ NO 1/3.10 – Visita
- ❖ NO 1/3.11 – Observações
- ❖ NO 1/3.12 – Reunião dos Avaliadores
- ❖ NO 1/3.13 – Reunião de Encerramento da Avaliação
- ❖ NO 1/3.14 – Documentos de Avaliação
- ❖ NO 1/3.14.1 – Modelo de Relatório de Avaliação
- ❖ NO 1/3.16 – Término do Processo de Avaliação
- ❖ NO 1/3.17 – Recurso
- ❖ NO 1/3.3 – Definições Básicas do Processo de Acreditação
- ❖ NO 1/3.6 – Responsabilidades do Avaliador Líder
- ❖ NO 1/3.7 – Diretrizes para Inscrição no Processo de Avaliação
- ❖ NO 1/3.8 – Preparação da Avaliação
- ❖ NO 1/3.9 – Etapas da Avaliação
- ❖ NO 6 - Avaliadores
- ❖ NO 6/1 - Abrangência
- ❖ NO 6/2 - Definições
- ❖ NO 6/3 - Critérios de Admissão
- ❖ NO 6/3.1 - Documentação Mínima Necessária
- ❖ NO 6/4 - Critérios de Avaliação de Candidatos a Avaliadores
- ❖ NO 6/4.1 - Formação na Área Afim
- ❖ NO 6/4.2 - Experiência
- ❖ NO 6/4.3 - Treinamento
- ❖ NO 6/4.4 - Avaliações
- ❖ NO 6/5 - Critérios de Habilitação
- ❖ NO 6/6 - Critérios de Re-Qualificação

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006


	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 1/2	Pág: 2/2
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		Data desta Revisão: 06/03/2006	

- ❖ NO 6/7 - Critérios de Exclusão (Desqualificação)
- ❖ NO 6/8 - Critérios de Quarentena/Espera
- ❖ NO 8 – Comissão, Conselho ou Comitê de Certificação

#### Outros Documentos

- ❖ Atas do Conselho de Administração da ONA
- ❖ Atas do CTA-Dirigentes

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## **AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

### **1. Objetivo**

Sistematizar a metodologia de Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Esta definição torna-se necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições Acreditoras, independente da complexidade ou especialidade do Hospital.

### **2. Referências**

Normas Orientadoras

Manual Brasileiro de Acreditação


### **3. Aplicabilidade**

Este procedimento se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditoras Credenciadas, às Instituições Conveniadas para Atividades de Ensino e Aprendizagem e às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

### **4. Responsabilidades**

Não se aplica.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 1/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5. Procedimentos

### 5.1 Processo de Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

O processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil da Organização de Saúde avaliada. Contudo, podem surgir algumas peculiaridades a serem consideradas como a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação, a ausência na Organização de Saúde de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação ou a presença de setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pela Organização de Saúde.

#### 5.1.1 Seções e Subseções de Aplicação Obrigatória

As seções e subseções abaixo serão aplicadas obrigatoriamente em todas as Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares avaliadas, independente das suas características e perfil.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

- MA 1/1 Direção e Liderança
- MA 1/2 Gestão de Pessoas
- MA 1/3 Gestão Administrativa e Financeira
- MA 1/4 Gestão de Materiais e Suprimentos
- MA 1/5 Gestão da Qualidade


#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

- MA 2/1 Corpo Clínico
- MA 2/2 Enfermagem
- MA 2/3 Corpo Técnico-Profissional

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

- MA 3/1 Atendimento ao Cliente
- MA 3/2 Internação
- MA 3/3 Transferência, Referência e Contra-Referência

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 2/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

MA 3/20 Assistência Farmacêutica

MA 3/21 Assistência Nutricional

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/1 Processos Pré-Analíticos

MA 4/2 Processos Analíticos

MA 4/3 Processos Pós-Analíticos

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/1 Sistema de Informação do Cliente/Paciente

MA 5/2 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

MA 5/3 Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos

MA 5/4 Segurança e Saúde Ocupacional

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/1 Processamento de Roupas – Lavanderia

MA 6/2 Processamento de Materiais e Esterilização

MA 6/3 Qualidade da Água

MA 6/4 Materiais e Suprimentos

MA 6/6 Higiene

MA 6/7 Gestão da Segurança

MA 6/8 Gestão de Resíduos

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

MA 7/1 Gestão de Projetos Físicos

MA 7/2 Gestão da Estrutura Físico-Funcional


MA 7/3 Gestão de Manutenção Predial

#### MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/1 Educação Continuada

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 3/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.1.2 Seções e Subseções de Aplicação Conforme as Características e Perfil da Organização Prestadora de Serviço Hospitalar

As seções e subseções abaixo serão obrigatoriamente aplicadas de acordo com as características e perfil das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares avaliadas e seguindo as orientações definidas a seguir nos itens 5.1.4 e 5.1.5. As exclusões serão consideradas na medida em que não interfiram no enfoque sistêmico, no controle dos riscos específicos, na segurança dos clientes e na responsabilidade pelo serviço prestado.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

Ver item 5.1.1

#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

Ver item 5.1.1

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

MA 3/4 Atendimento Ambulatorial

MA 3/5 Atendimento em Emergência

MA 3/6 Atendimento Cirúrgico

MA 3/7 Anestesiologia

MA 3/8 Obstetrícia

MA 3/9 Neonatologia

MA 3/10 Tratamento Intensivo

MA 3/11 Reabilitação e Atenção Multiprofissional

MA 3/12 Mobilização de Doadores

MA 3/13 Triagem e Coleta

MA 3/14 Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos

MA 3/15 Terapia Dialítica


MA 3/16 Medicina Nuclear

MA 3/17 Radioterapia

MA 3/18 Quimioterapia

MA 3/19 Cardio-angiologia Invasiva e Hemodinâmica

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 4/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

- MA 4/4 Métodos Diagnósticos Cardiológicos
- MA 4/5 Métodos Diagnósticos Neurológicos
- MA 4/6 Anatomia Patológica e Citopatologia
- MA 4/7 Diagnóstico por Imagem
- MA 4/8 Radiologia
- MA 4/9 Endoscopia

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

- MA 5/5 Processamento e Liberação
- MA 5/6 Processos de Apoio Laboratorial
- MA 5/7 Assessoria Técnica aos Clientes

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

- MA 6/5 Armazenamento e Transporte

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

Ver item 5.1.1

#### MA 8 ENSINO E PESQUISA


- MA 8/2 Ensino
- MA 8/3 Pesquisa

#### *5.1.3 Presença na Organização Prestadora de Serviços Hospitalares de Setores, Unidades ou Serviços não Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Caso a Organização Prestadora de Serviços Hospitalares possua setores, unidades ou serviços que não estão incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores realizará o processo de visita/avaliação aos setores, unidades ou serviços da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares não presentes no instrumento de avaliação, levando em consideração os princípios orientadores dos

<b>Sugerido por:</b>	
ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>
Fábio Leite Gastal 31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 5/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

**padrões** de cada **nível**, ou seja, Nível 1 segurança, Nível 2 segurança e organização e Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade, e a Norma NA 2 (item 5.2).

- b. caso o conjunto de serviços existentes na Organização Prestadora de Serviços Hospitalares e não incluídos no instrumento de avaliação representem uma parcela muito significativa dos serviços prestados a comunidade/clientela ou caso estes serviços se configurem na “especialidade” da referida organização, a Instituição Acreditadora incluirá na equipe avaliadora especialistas da área em tela, para atender aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

#### 5.1.4 Ausência na Organização Prestadora de Serviços Hospitalares de Setores, Unidades ou Serviços Incluídos no Instrumento de Avaliação

Se a Organização Prestadora de Serviços Hospitalares não possuir setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:


- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, o adequado atendimento aos princípios gerais da avaliação para Acreditação (enfoque sistêmico e avaliação global da organização);
- b. em caso dos referidos setores, serviços ou unidades não existirem em função da vocação específica da organização e estando assegurados os princípios gerais do processo de avaliação, a equipe de avaliadores deverá verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

#### 5.1.5 Presença de Setores, Serviços ou Unidades Constantes no Instrumento de Avaliação e Terceirizados pela Organização Prestadora de Serviços Hospitalares

Caso a Organização Prestadora de Serviços Hospitalares possua setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e se estes forem terceirizados pela organização, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, os serviços terceirizados existentes na Organização Prestadora de Serviços Hospitalares, sua importância no conjunto de serviços

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 6/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

- prestados no modelo assistencial adotado e o possível impacto em termos dos princípios orientadores do processo de avaliação para a Acreditação, de modo a assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação;
- b. coerentemente com o modelo adotado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (Acreditação da organização de modo global e sistêmico – vide Norma NA 1), **sempre** se buscará junto à organização avaliada, a possibilidade de verificação in loco, inclusive dos serviços terceirizados, do atendimento aos requisitos do processo de avaliação (manual, padrões e níveis), mesmo que isto possa repercutir nos custos do processo;
- c. poderão ser dispensados do processo de avaliação in loco, aqueles setores, serviços ou unidades de baixo volume (baixo número de procedimentos, pequena expressão no perfil epidemiológico da organização etc.) ou de baixo impacto em termos de riscos para os usuários da organização, exceto os mencionados no item 5.1.1, mediante apresentação de evidências objetivas destes aspectos e da existência de um gerenciamento satisfatório da relação com estes terceiros em caso de realização dos processos ou procedimentos em questão.


As Instituições Acreditadoras, em qualquer momento durante o processo de preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da Organização Prestadora de Serviços Hospitalares, poderão recorrer à ONA e ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos nas Normas Técnicas ou no Manual Brasileiro de Acreditação - ONA.

## 5.2 Guia de Referência para Avaliação de Serviços, Setores ou Unidades sem Subseção Específica

Os padrões e itens de orientação a seguir apresentados foram estruturados de forma genérica de acordo com cada nível, de modo a servir de guia básico, conforme o disposto nesta Norma.

Os requisitos dos níveis 1 e 2 serão aplicáveis aos serviços, setores ou unidades e estes deverão ser alocados em alguma das oito (08) seções gerais do instrumento; o Nível 3 será aplicado à seção correspondente.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 7/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.2.1 *Nível 1*

#### Padrão

Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

#### Itens de Orientação:

- responsabilidade técnica conforme legislação;
- corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
- identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

### 5.2.2 *Nível 2*


#### Padrão

Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.

#### Itens de Orientação:

- identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- estabelecimento dos procedimentos;
- documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- definição de indicadores para os processos identificados;
- medição e avaliação dos resultados de processos;
- programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 8/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.2.3 Nível 3

#### Padrão

Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

#### Itens de Orientação:


- define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes;
- estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

### 5.3 Equipe de Avaliadores

Para realizar o processo de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, será necessária uma equipe de avaliadores formada por no mínimo três membros sendo, um médico, um enfermeiro e um profissional com experiência em gestão.

As visitas/avaliações aos setores, unidades ou serviços da organização deverão ser conduzidas sempre por, no mínimo, dois avaliadores.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 9/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

Caso a Organização Prestadora de Serviços Hospitalares possua como peculiaridade a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação ou a ausência de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, serão consideradas as formas de avaliação previstas na Norma NA 2, como por exemplo, a possibilidade de inclusão na equipe de avaliadores de especialistas (Norma NO 6/2) para verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

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

É permitido à organização de saúde solicitar a participação de observador da ONA para acompanhar o processo de avaliação, desde que a referida organização assumam os custos correspondentes.

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

O dimensionamento de recursos humanos para o processo de avaliação deve ser calculado tomando por base as seguintes referências:

1ª - O critério a ser adotado deverá ser o maior valor do resultado obtido na aplicação das tabelas I e II, comparando-se as colunas C:

Tabela I: Porte da organização hospitalar, através do seu número de leitos.

No. de Leitos	No. de dias (A)	No. de Avaliadores (B)	No. Avaliadores*Dia (C = A * B)
De 5 – 50	1 dia	3 avaliadores	3
De 51 – 100	2 dias	3 avaliadores	6
De 101-200	3 dias	3 avaliadores	9
De 201-300	4 dias	3 avaliadores	12
De 301-400	5 dias	3 avaliadores	15
De 401-500	6 dias	3 avaliadores	18
De 501-600	7 dias	3 avaliadores	21
De 601-700	8 dias	3 avaliadores	24
De 701-800	9 dias	3 avaliadores	27

#### Sugerido por:

ONA; IACs

#### Aprovação da Superintendência/Data:


Fábio Leite Gastal

31/03/2006

#### Aprovação Conselho de Administração/Data:

Luiz Plínio Moraes de Toledo

03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 10/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

De 801 -900	10 dias	3 avaliadores	30
De 901 - +	Seguir o mesmo modelo de progressão		

Tabela II: Número de pessoas envolvidas na força de trabalho (modelo do IAF).

Número de Pessoas (força de trabalho)	Avaliação	
	Tempo de Avaliador (avaliador*dia)	Mínimo no Local de Visita (90%)
A	B	C
		0.9*B
1-10	2	1.5
11-25	3	2.5
26-45	4	3.5
46-65	5	4.5
66-85	6	5.5
86-125	7	6.0
126-175	8	7.0
176-275	9	8.0
276-425	10	9.0
426-625	11	10.0
626-875	12	11.0
876-1175	13	12.0
1176-1550	14	12.5
1551-2025	15	13.5
2026-2675	16	14.5
2676-3450	17	15.0
3451-4350	18	16.0
4351-5450	19	17.0
5451-6800	20	18.0

**Sugerido por:**

ONA; IACs

**Aprovação da Superintendência/Data:**

Fábio Leite Gastal


31/03/2006

**Aprovação Conselho de Administração/Data:**

Luiz Plínio Moraes de Toledo

03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 2/1	Pág: 11/12
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

6801-8500	21	19.0
8501-10700	22	20.0
>10700	Seguir o mesmo modelo de progressão	

2ª - Outra referência fundamental para definir o quantitativo adequado para a equipe e o tempo de visita no caso de hospitais, está relacionada ao número de serviços e unidades de atendimento assistenciais, o que poderá acarretar o aumento do número de avaliadores\*dia.

3ª – Os seguintes fatores deverão incidir em aumento do número de avaliadores\*dia em qualquer das configurações anteriormente mencionadas:

- terceiros fora de sede;
- logística para deslocamento da equipe.

Nota:


- a) Dia – é considerada uma jornada diária de no mínimo 08 horas de trabalho, podendo ser estendida por conta da IAC;
- b) Avaliador\*Dia – é um valor numérico que representa o tempo de disponibilidade de avaliadores para um processo de visita/avaliação. A IAC poderá a seu critério atingir este valor aumentando o número de avaliadores na equipe e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de visita, contudo, deve sempre ser respeitada a configuração mínima da equipe definida nesta norma.
- c) Casos omissos deverão ser elaborados com supervisão da ONA.

### 5.5 Eventos-Sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Lista de eventos-sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares\*. Cabe destacar que, quando existir na Organização Prestadora de Serviços Hospitalares, serviços que possuem NA específica definida e aprovada, a mesma deve considerar também a relação de eventos-sentinela estabelecida para estes serviços:

1. cirurgia em paciente errado;
2. cirurgia em parte errada do corpo;
3. mortes relacionadas à falta/demora no atendimento;
4. mortes ou danos relacionados com procedimento de contenção mecânica de paciente;
5. suicídio de paciente internado;


<b>Sugerido por:</b>	
ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>
Fábio Leite Gastal 31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 2/1 <span style="float: right;">Pág: 12/12</span>
		Data de Emissão: 07/11/2000
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006

6. troca de bebê após o nascimento;
7. rapto infantil;
8. agressão/estupro/homicídio;
9. incêndio;
10. explosão.

\*Esta lista de eventos será periodicamente revisada pelo Conselho de Administração da ONA, tomando por base a literatura internacional e as orientações dos Comitês Técnicos Assessores.

<b>Sugerido por:</b> ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b> Fábio Leite Gastal <span style="float: right;">31/03/2006</span>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b> Luiz Plínio Moraes de Toledo <span style="float: right;">03/04/2006</span>

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 2/2	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 07/11/2000	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS HOSPITALARES		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 6. Documentos de Apoio e Registros

### Normas Técnicas

- ❖ NO 1/3.8 – Preparação da Avaliação
- ❖ NO 6/2 - Definições
- ❖ NA 1 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- ❖ NA 2 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares


### Manual Brasileiro de Acreditação - ONA

- ❖ Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

### Outros Documentos

- ❖ Atas do Conselho de Administração da ONA
- ❖ Atas do CTA-Diretores

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## **AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA**

### **1. Objetivo**

Sistematizar a metodologia de avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia. Esta definição se torna necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições Acreditoras, independente da complexidade do Serviço.

### **2. Referências**

Normas Orientadoras

Manual Brasileiro de Acreditação


### **3. Aplicabilidade**

Este procedimento se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditoras Credenciadas, às Instituições Conveniadas para Atividades de Ensino e Aprendizagem e às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

### **4. Responsabilidades**

Não se aplica.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 1/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5. Procedimentos

### 5.1 Processo de Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia

O processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil da Organização de Saúde avaliada. Contudo, podem surgir algumas peculiaridades a serem consideradas como a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação, a ausência na Organização de Saúde de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação ou a presença de setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pela Organização de Saúde.

#### 5.1.1 Seções e Subseções de Aplicação Obrigatória

As seções e subseções abaixo serão aplicadas obrigatoriamente em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia avaliadas, independente das suas características e perfil.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

- MA 1/1 Direção e Liderança
- MA 1/2 Gestão de Pessoas
- MA 1/3 Gestão Administrativa e Financeira
- MA 1/4 Gestão de Materiais e Suprimentos
- MA 1/5 Gestão da Qualidade


#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

- MA 2/1 Corpo Clínico
- MA 2/3 Corpo Técnico-Profissional

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

- MA 3/1 Atendimento ao Cliente
- MA 3/3 Transferência, Referência e Contra-Referência
- MA 3/12 Mobilização de Doadores
- MA 3/13 Triagem e Coleta

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 2/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

MA 3/14 Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/1 Processos Pré-Analíticos

MA 4/2 Processos Analíticos

MA 4/3 Processos Pós-Analíticos

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/1 Sistema de Informação do Cliente/Paciente

MA 5/2 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

MA 5/3 Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos

MA 5/4 Segurança e Saúde Ocupacional

MA 5/5 Processamento e Liberação

MA 5/7 Assessoria Técnica aos Clientes

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/2 Processamento de Materiais e Esterilização

MA 6/3 Qualidade da Água

MA 6/4 Materiais e Suprimentos

MA 6/5 Armazenamento e Transporte

MA 6/6 Higiene

MA 6/7 Gestão da Segurança

MA 6/8 Gestão de Resíduos

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

MA 7/1 Gestão de Projetos Físicos


MA 7/2 Gestão da Estrutura Físico-Funcional

MA 7/3 Gestão de Manutenção Predial

#### MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/1 Educação Continuada

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 3/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.1.2 Seções e Subseções de Aplicação Conforme as Características e Perfil da Organização Prestadora de Serviço de Hemoterapia

As seções e subseções abaixo serão obrigatoriamente aplicadas de acordo com as características e perfil das Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia avaliadas e seguindo as orientações definidas a seguir nos itens 5.1.4 e 5.1.5. As exclusões serão consideradas na medida em que não interfiram no enfoque sistêmico, no controle dos riscos específicos, na segurança dos clientes e na responsabilidade pelo serviço prestado.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

Ver item 5.1.1

#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

MA 2/2 Enfermagem

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

MA 3/2 Internação

MA 3/4 Atendimento Ambulatorial

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

Ver item 5.1.1

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/6 Processos de Apoio Laboratorial


#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/1 Processamento de Roupas - Lavanderia

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

Ver item 5.1.1

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 4/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/2 Ensino

MA 8/3 Pesquisa

### 5.1.3 *Presença na Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia de Setores, Unidades ou Serviços não Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia possua setores, unidades ou serviços que não estão incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. caso existam setores, unidades ou serviços não presentes no instrumento de avaliação, a equipe de avaliação realizará o processo de visita, levando em consideração os princípios orientadores dos **padrões** de cada **nível**, ou seja, Nível 1 segurança, Nível 2 segurança e organização e Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade, e a Norma NA 3 (item 5.2).


### 5.1.4 *Ausência na Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia de Setores, Unidades ou Serviços Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Se a Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia não possuir setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, o adequado atendimento aos princípios gerais da avaliação para Acreditação (enfoque sistêmico e avaliação global da organização);
- b. em caso dos referidos setores, serviços ou unidades não existirem em função da vocação específica da organização e estando assegurados os princípios gerais do processo de avaliação, a equipe de avaliadores deverá verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 5/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	


#### 5.1.5 Presença de Setores, Serviços ou Unidades Constantes no Instrumento de Avaliação e Terceirizados pela Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia possua setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e se estes forem terceirizados pela organização, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, os serviços terceirizados existentes na Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia, sua importância no conjunto de serviços prestados e que é de sua competência e o possível impacto em termos dos princípios orientadores do processo de avaliação para a Acreditação, de modo a assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação;
- b. coerentemente com o modelo adotado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (Acreditação da organização de modo global e sistêmico – vide Norma NA 1), **sempre** se buscará junto à organização avaliada, a possibilidade de verificação in loco, inclusive dos serviços terceirizados, do atendimento aos requisitos do processo de avaliação (manual, padrões e níveis), mesmo que isto possa repercutir nos custos do processo;
- c. poderão ser dispensados do processo de avaliação in loco, aqueles setores, serviços ou unidades de baixo volume (baixo número de procedimentos, pequena expressão no perfil da organização etc.) ou de baixo impacto em termos de riscos para os usuários da organização, exceto os mencionados no item 5.1.1, mediante apresentação de evidências objetivas destes aspectos e da existência de um gerenciamento satisfatório da relação com estes terceiros em caso de realização dos processos ou procedimentos em questão.

As Instituições Acreditoras, em qualquer momento durante o processo de preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da Organização Prestadora de Serviços de Hemoterapia, poderão recorrer à ONA e ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos nas Normas Técnicas ou no Manual Brasileiro de Acreditação - ONA.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 6/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5.2 Guia de Referência para Avaliação de Serviços, Setores ou Unidades sem Subseção Específica

Os padrões e itens de orientação a seguir apresentados foram estruturados de forma genérica de acordo com cada nível, de modo a servir de guia básico, conforme o disposto nesta Norma.

Os requisitos dos níveis 1 e 2 serão aplicáveis aos serviços, setores ou unidades e estes deverão ser alocados em alguma das oito (08) seções gerais do instrumento; o Nível 3 será aplicado à seção correspondente.

### 5.2.1 Nível 1

#### Padrão

Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

#### Itens de Orientação:

- responsabilidade técnica conforme legislação;
- corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
- identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

### 5.2.2 Nível 2


#### Padrão

Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.

#### Itens de Orientação:

- identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 7/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

- estabelecimento dos procedimentos;
- documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- definição de indicadores para os processos identificados;
- medição e avaliação dos resultados de processos;
- programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

### 5.2.3 Nível 3


#### Padrão

Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

#### Itens de Orientação:

- define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes;
- estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 3/1 <span style="float: right;">Pág: 8/10</span>
		Data de Emissão: 05/11/2001
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006

### 5.3 Equipe de Avaliadores

Para realizar o processo de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia, será necessária uma equipe de avaliadores formada por, no mínimo, dois membros sendo: um avaliador líder, com experiência em avaliações e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e um profissional especialista, com domínio no processo de hemoterapia e devidamente treinado na metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação.

As visitas/avaliações aos setores, unidades ou serviços da organização deverão ser conduzidas sempre por, no mínimo, dois avaliadores (equipe mínima).

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

É permitido à organização de saúde solicitar a participação de observador da ONA para acompanhar o processo de avaliação, desde que a referida organização assumira os custos correspondentes.

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


O dimensionamento de recursos humanos para o processo de avaliação deve ser calculado tomando por base as seguintes referências:

1ª – No caso de unidade isolada, o critério adotado deverá ser o valor do resultado obtido na aplicação da tabela I coluna C:

Tabela I: Número de pessoas envolvidas na força de trabalho (modelo do IAF).

Número de Pessoas (força de trabalho)	Avaliação	
	Tempo de Avaliador (avaliador*dia)	Mínimo no Local de Visita (90%)
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
		0.9*B
1-10	2	1.5
11-25	3	2.5
26-45	4	3.5
46-65	5	4.5

<b>Sugerido por:</b> ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b> Fábio Leite Gastal <span style="float: right;">31/03/2006</span>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b> Luiz Plínio Moraes de Toledo <span style="float: right;">03/04/2006</span>


	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 9/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

66-85	6	5.5
86-125	7	6.0
126-175	8	7.0
176-275	9	8.0
276-425	10	9.0
426-625	11	10.0
626-875	12	11.0
876-1175	13	12.0
1176-1550	14	12.5
1551-2025	15	13.5
2026-2675	16	14.5
2676-3450	17	15.0
3451-4350	18	16.0
4351-5450	19	17.0
5451-6800	20	18.0
6801-8500	21	19.0
8501-10700	22	20.0
>10700	Seguir o mesmo modelo de progressão	

2ª – Caso a organização se configure em rede formada por unidade central, unidade de processamento, unidade de coleta, unidade transfusional, etc., aplicar a tabela I coluna C, considerando-se a totalidade da força de trabalho da rede.

3ª - No caso de sistemas complexos (unidade central, unidades de processamento, unidades de coleta, unidades transfusionais, etc.) com unidades repetidas de mesmo tipo, porte e padrão de atividades, pode ser elaborado um processo amostral, com a seguinte base de cálculo: unidades a serem visitadas = raiz quadrada de n (n = unidades de mesmo tipo). Aplicar a tabela I coluna C para a unidade central e para a amostra obtida das unidades similares (unidade central + amostra). Neste caso específico, todo o processo de planejamento de visita deve ser submetido e possuir a supervisão da ONA.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 3/1	Pág: 10/10
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

4ª – Os seguintes fatores deverão incidir em aumento do número de avaliadores\*dia em qualquer das configurações anteriormente mencionadas:

- terceiros fora de sede;
- logística para deslocamento da equipe.

Nota:

- a) Dia – é considerada uma jornada diária de no mínimo 08 horas de trabalho, podendo ser estendida por conta da IAC;
- b) Avaliador\*Dia – é um valor numérico que representa o tempo de disponibilidade de avaliadores para um processo de visita/avaliação. A IAC pode, a seu critério, atingir este valor aumentando o número de avaliadores na equipe e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de visita, contudo, deverá sempre ser respeitada a configuração mínima da equipe definida nesta norma.
- c) Casos omissos deverão ser elaborados com supervisão da ONA.


### 5.5 Eventos-Sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia

Lista de eventos-sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia\*:

1. óbito no serviço;
2. reações transfusionais por incompatibilidade ABO ou por incompatibilidade RH;
3. transfusão em paciente errado;
4. transfusão de hemocomponente errado;
5. surtos de doenças infecciosas pós-transfusionais;
6. incêndio;
7. explosão.

\*Esta lista de eventos será periodicamente revisada pelo Conselho de Administração da ONA, tomando por base a literatura internacional e as orientações dos Comitês Técnicos Assessores.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 3/2	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 05/11/2001	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 6. Documentos de Apoio e Registros

### Normas Técnicas

- ❖ NO 1/3.8 – Preparação da Avaliação
- ❖ NO 6/2 - Definições
- ❖ NA 1 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- ❖ NA 3 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia

### Manual Brasileiro de Acreditação - ONA

- ❖ Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

### Outros Documentos

- ❖ Atas do Conselho de Administração da ONA
- ❖ Atas do CTA-Dirigentes

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4	Pág: 1/2
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO CLÍNICO

### 1. Objetivo

Sistematizar a metodologia de Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico.

Os tipos de Laboratório Clínico são: Laboratório Geral, Laboratório de Apoio, Laboratório de Referência, Laboratório Principal (matriz), Laboratório Satélite (filial), Laboratório Especializado e Laboratório de Ensino.

- I. *Laboratório Clínico*: instalação destinada à realização de exames biológicos, microbiológicos, sorológicos, químicos, imunohematológicos, hematológicos, biofísicos, citológicos, patológicos, ou outros exames, de material ou amostra de paciente, com a finalidade de fornecer informações para o diagnóstico, prevenção ou tratamento de qualquer doença ou deficiência de seres humanos, ou para a avaliação da saúde dos mesmos.
- II. *Laboratório de Apoio*: laboratório clínico que executa exames em amostras enviadas por outros laboratórios.
- III. *Laboratório de Ensino*: laboratório clínico que também é utilizado para fins didáticos ou de treinamento.
- IV. *Laboratório Especializado*: laboratório clínico que realiza exames referentes a uma ou mais especialidades do laboratório clínico.
- V. *Laboratório de Referência*: laboratório clínico de excelência, reconhecido formalmente por entidade de cunho científico, nacional ou internacional, governamental ou privada, utilizado para comprovação de resultados laboratoriais.
- VI. *Laboratório Geral*: laboratório clínico que realiza exames de análises clínicas, anatomia patológica e citopatologia.
- VII. *Laboratório Independente*: laboratório clínico que não está ligado a qualquer instituição.
- VIII. *Laboratório Institucional*: laboratório clínico que está subordinado administrativamente a uma instituição pública ou privada.
- IX. *Laboratório Principal*: laboratório clínico sede de uma organização laboratorial, que tenha laboratórios satélites.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 4	Pág: 2/2
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

- X. *Laboratório Satélite (filial)*: laboratório clínico que faz parte de um mesmo estabelecimento comercial, porém de localização diversa, que realiza parte dos exames e envia os demais para o Laboratório Principal.

Esta definição torna-se necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições Acreditoras, independente da complexidade do Serviço.

Fonte: ABNT – NBR 14500 – Gestão da Qualidade no Laboratório Clínico, junho 2004.

## 2. Referências

Normas Orientadoras

Manual Brasileiro de Acreditação

## 3. Aplicabilidade

Este procedimento se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditoras Credenciadas, às Instituições Conveniadas para Atividades de Ensino e Aprendizagem e às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

## 4. Responsabilidades

Não se aplica.

<b>Sugerido por:</b>	
ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>
Fábio Leite Gastal 31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 1/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5. Procedimentos

### 5.1 Processo de Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico

O processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil da Organização de Saúde avaliada. Contudo, podem surgir algumas peculiaridades a serem consideradas como a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação, a ausência na Organização de Saúde de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação ou a presença de setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pela Organização de Saúde.

#### 5.1.1 Seções e Subseções de Aplicação Obrigatória

As seções e subseções abaixo serão aplicadas obrigatoriamente em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico avaliadas, independente das suas características e perfil.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

MA 1/1 Direção e Liderança

MA 1/2 Gestão de Pessoas

MA 1/3 Gestão Administrativa e Financeira

MA 1/4 Gestão de Materiais e Suprimentos

MA 1/5 Gestão da Qualidade

#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL


MA 2/3 Corpo Técnico-Profissional

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

MA 3/1 Atendimento ao Cliente

MA 3/3 Transferência, Referência e Contra-Referência

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 2/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/1 Processos Pré-Analíticos

MA 4/2 Processos Analíticos

MA 4/3 Processos Pós-Analíticos

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/1 Sistema de Informação do Cliente/Paciente

MA 5/2 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

MA 5/3 Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos

MA 5/4 Segurança e Saúde Ocupacional

MA 5/7 Assessoria Técnica aos Clientes

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/2 Processamento de Materiais e Esterilização

MA 6/3 Qualidade da Água

MA 6/4 Materiais e Suprimentos

MA 6/5 Armazenamento e Transporte

MA 6/6 Higiene

MA 6/7 Gestão da Segurança

MA 6/8 Gestão de Resíduos

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

MA 7/1 Gestão de Projetos Físicos

MA 7/2 Gestão da Estrutura Físico-Funcional

MA 7/3 Gestão de Manutenção Predial

#### MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/1 Educação Continuada

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 3/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.1.2 Seções e Subseções de Aplicação Conforme as Características e Perfil da Organização Prestadora de Serviço de Laboratório Clínico

As seções e subseções abaixo serão obrigatoriamente aplicadas de acordo com as características e perfil das Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico avaliadas e seguindo as orientações definidas nos itens 5.1.4 e 5.1.5. As exclusões serão consideradas na medida em que não interfiram no enfoque sistêmico, no controle dos riscos específicos, na segurança dos clientes e na responsabilidade pelo serviço prestado.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

Ver item 5.1.1

#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

MA 2/1 Corpo Clínico

MA 2/2 Enfermagem

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

Ver item 5.1.1

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/6 Anatomia Patológica e Citopatologia

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/6 Processos de Apoio Laboratorial

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

Ver item 5.1.1

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

Ver item 5.1.1

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 4/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/2 Ensino

MA 8/3 Pesquisa

### 5.1.3 *Presença na Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico de Setores, Unidades ou Serviços não Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico possua setores, unidades ou serviços que não estão incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. caso existam setores, unidades ou serviços não presentes no instrumento de avaliação, a equipe de avaliação realizará o processo de visita, levando em consideração os princípios orientadores dos **padrões** de cada **nível**, ou seja, Nível 1 segurança, Nível 2 segurança e organização e Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade, e a Norma NA 4 (item 5.2).

### 5.1.4 *Ausência na Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico de Setores, Unidades ou Serviços Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Se a Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico não possuir setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, o adequado atendimento aos princípios gerais da avaliação para Acreditação (enfoque sistêmico e avaliação global da organização);
- b. em caso dos referidos setores, serviços ou unidades não existirem em função da vocação específica da organização e estando assegurados os princípios gerais do processo de avaliação, a equipe de avaliadores deverá verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

<b>Sugerido por:</b> ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b> Fábio Leite Gastal 31/03/2006	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b> Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 5/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

*5.1.5 Presença de Setores, Serviços ou Unidades Constantes no Instrumento de Avaliação e Terceirizados pela Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico*

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico possua setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e se estes forem terceirizados pela organização, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, os serviços terceirizados existentes na Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico, sua importância no conjunto de serviços prestados e que é de sua competência e o possível impacto em termos dos princípios orientadores do processo de avaliação para a Acreditação, de modo a assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação;
- b. coerentemente com o modelo adotado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (Acreditação da organização de modo global e sistêmico – vide Norma NA 1), **sempre** se buscará junto à organização avaliada, a possibilidade de verificação in loco, inclusive dos serviços terceirizados, do atendimento aos requisitos do processo de avaliação (manual, padrões e níveis), mesmo que isto possa repercutir nos custos do processo;
- c. poderão ser dispensados do processo de avaliação in loco, aqueles setores, serviços ou unidades de baixo volume (baixo número de procedimentos, pequena expressão no perfil da organização etc.) ou de baixo impacto em termos de riscos para os usuários da organização, exceto os mencionados no item 5.1.1, mediante apresentação de evidências objetivas destes aspectos e da existência de um gerenciamento satisfatório da relação com estes terceiros em caso de realização dos processos ou procedimentos em questão.

As Instituições Acreditoras, em qualquer momento durante o processo de preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da Organização Prestadora de Serviços de Laboratório Clínico, poderão recorrer à ONA e ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos nas Normas Técnicas ou no Manual Brasileiro de Acreditação - ONA.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 6/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5.2 Guia de Referência para Avaliação de Serviços, Setores ou Unidades sem Subseção Específica

Os padrões e itens de orientação a seguir apresentados foram estruturados de forma genérica de acordo com cada nível, de modo a servir de guia básico, conforme o disposto nesta Norma.

Os requisitos dos níveis 1 e 2 serão aplicáveis aos serviços, setores ou unidades e estes deverão ser alocados em alguma das oito (08) seções gerais do instrumento; o Nível 3 será aplicado à seção correspondente.

### 5.2.1 Nível 1

#### Padrão

Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

#### Itens de Orientação:

- responsabilidade técnica conforme legislação;
- corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
- identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

### 5.2.2 Nível 2

#### Padrão

Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.

#### Itens de Orientação:

- identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1 <span style="float: right;">Pág: 7/10</span>
		Data de Emissão: 03/11/2003
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006

- estabelecimento dos procedimentos;
- documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- definição de indicadores para os processos identificados;
- medição e avaliação dos resultados de processos;
- programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

### 5.2.3 *Nível 3*

#### Padrão


Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

#### Itens de Orientação:

- define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes;
- estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 8/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.3 Equipe de Avaliadores

Para realizar o processo de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico, será necessária uma equipe de avaliadores formada por, no mínimo, dois membros sendo: um avaliador líder, com experiência em avaliações e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e um profissional especialista e habilitado, com domínio no processo de laboratório clínico e devidamente treinado na metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação.

As visitas/avaliações aos setores, unidades ou serviços da organização deverão ser conduzidas sempre por, no mínimo, dois avaliadores (equipe mínima), atendidas as características descritas no parágrafo anterior.

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

É permitido à organização de saúde solicitar a participação de observador da ONA para acompanhar o processo de avaliação, desde que a referida organização assuma os custos correspondentes.

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

O dimensionamento de recursos humanos para o processo de avaliação deve ser calculado tomando por base as seguintes referências:

1ª – No caso de unidade isolada, o critério adotado deverá ser o valor do resultado obtido na aplicação da tabela I coluna C:

Tabela I: Número de pessoas envolvidas na força de trabalho (modelo do IAF).

Número de Pessoas (força de trabalho)	Avaliação	
	Tempo de Avaliador (avaliador*dia)	Mínimo no Local de Visita (90%)
A	B	C
		0.9*B
1-10	2	1.5
11-25	3	2.5

#### Sugerido por:

ONA; IACs

#### Aprovação da Superintendência/Data:

Fábio Leite Gastal

31/03/2006

#### Aprovação Conselho de Administração/Data:

Luiz Plínio Moraes de Toledo

03/04/2006


	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 9/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

26-45	4	3.5
46-65	5	4.5
66-85	6	5.5
86-125	7	6.0
126-175	8	7.0
176-275	9	8.0
276-425	10	9.0
426-625	11	10.0
626-875	12	11.0
876-1175	13	12.0
1176-1550	14	12.5
1551-2025	15	13.5
2026-2675	16	14.5
2676-3450	17	15.0
3451-4350	18	16.0
4351-5450	19	17.0
5451-6800	20	18.0
6801-8500	21	19.0
8501-10700	22	20.0
>10700	Seguir o mesmo modelo de progressão	

2ª – Caso a organização se configure como laboratório principal (matriz) e laboratório satélite (filial) ou outras configurações, aplicar a tabela I coluna C, considerando-se a totalidade da força de trabalho.

3ª - No caso de sistemas complexos (unidade principal, unidades de processamento, unidades de coleta, unidades satélites, etc.) com unidades repetidas de mesmo tipo, porte e padrão de atividades, pode ser elaborado um processo amostral, com a seguinte base de cálculo: unidades a serem visitadas = raiz quadrada de n (n = unidades de mesmo tipo). Aplicar a tabela I coluna C para a unidade principal e para a amostra obtida das unidades similares (unidade principal + amostra).

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 4/1	Pág: 10/10
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

Neste caso específico, todo o processo de planejamento de visita deve ser submetido e possuir a supervisão da ONA.

4ª – Os seguintes fatores deverão incidir em aumento do número de avaliadores\*dia em qualquer das configurações anteriormente mencionadas:

- laboratórios de apoio;
- terceiros fora de sede;
- logística para deslocamento da equipe.

Nota:

- a) Dia – é considerada uma jornada diária de no mínimo 08 horas de trabalho, podendo ser estendida por conta da IAC;
- b) Avaliador\*Dia – é um valor numérico que representa o tempo de disponibilidade de avaliadores para um processo de visita/avaliação. A IAC pode, a seu critério, atingir este valor aumentando o número de avaliadores na equipe e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de visita, contudo, deverá sempre ser respeitada a configuração mínima da equipe definida nesta norma.
- c) Casos omissos deverão ser elaborados com supervisão da ONA.


### 5.5 Eventos-Sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico

Lista de eventos-sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico\*:

1. óbito no serviço;
2. perda de amostra biológica insubstituível;
3. perda de amostra biológica sem viabilidade de coleta;
4. liberação de resultado incorreto de exame;
5. ausência de comunicação ou comunicação tardia ao solicitante, de resultados de exames que evidenciem risco iminente à vida do paciente;
6. acesso aos resultados dos exames por pessoa não autorizada pelo paciente;
7. incêndio;
8. explosão.

\*Esta lista de eventos será periodicamente revisada pelo Conselho de Administração da ONA, tomando por base a literatura internacional e as orientações dos Comitês Técnicos Assessores.

<b>Sugerido por:</b>	
ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>
Fábio Leite Gastal 31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 4/2	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 03/11/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVALIAÇÃO DE ORG. PREST. DE SERV. LABORATÓRIO CLÍNICO		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 6. Documentos de Apoio e Registros

### Normas Técnicas

- ❖ NO 1/3.8 – Preparação da Avaliação
- ❖ NO 6/2 - Definições
- ❖ NA 1 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- ❖ NA 4 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratório Clínico


### Manual Brasileiro de Acreditação - ONA

- ❖ Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

### Outros Documentos

- ❖ Atas do Conselho de Administração da ONA
- ❖ Atas do CTA-Diretores

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

### 1. Objetivo

Sistematizar a metodologia de Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva. Esta definição torna-se necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições Acreditoras, independente da complexidade do Serviço.

### 2. Referências

Normas Orientadoras

Manual Brasileiro de Acreditação


### 3. Aplicabilidade

Este procedimento se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditoras Credenciadas, às Instituições Conveniadas para Atividades de Ensino e Aprendizagem e às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

### 4. Responsabilidades

Não se aplica.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 1/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5. Procedimentos

### 5.1 Processo de Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva

O processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil da Organização de Saúde avaliada. Contudo, podem surgir algumas peculiaridades a serem consideradas como a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação, a ausência na Organização de Saúde de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação ou a presença de setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pela Organização de Saúde.

#### 5.1.1 Seções e Subseções de Aplicação Obrigatória

As seções e subseções abaixo serão aplicadas obrigatoriamente em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva avaliadas, independente das suas características e perfil.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

- MA 1/1 Direção e Liderança
- MA 1/2 Gestão de Pessoas
- MA 1/3 Gestão Administrativa e Financeira
- MA 1/4 Gestão de Materiais e Suprimentos
- MA 1/5 Gestão da Qualidade


#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

- MA 2/1 Corpo Clínico
- MA 2/2 Enfermagem
- MA 2/3 Corpo Técnico-Profissional

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

- MA 3/1 Atendimento ao Cliente

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 2/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

MA 3/3 Transferência, Referência e Contra-Referência

MA 3/4 Atendimento Ambulatorial

MA 3/11 Reabilitação e Atendimento Multiprofissional

MA 3/15 Terapia Dialítica

MA 3/21 Assistência Nutricional

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/1 Processos Pré-Analíticos

MA 4/2 Processos Analíticos

MA 4/3 Processos Pós-Analíticos

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/1 Sistema de Informação do Cliente/Paciente

MA 5/2 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

MA 5/3 Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos

MA 5/4 Segurança e Saúde Ocupacional

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/2 Processamento de Materiais e Esterilização

MA 6/3 Qualidade da Água

MA 6/4 Materiais e Suprimentos

MA 6/6 Higiene

MA 6/7 Gestão da Segurança

MA 6/8 Gestão de Resíduos


#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

MA 7/1 Gestão de Projetos Físicos

MA 7/2 Gestão da Estrutura Físico-Funcional

MA 7/3 Gestão de Manutenção Predial

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 3/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## MA 8 ENSINO E PESQUISA

### MA 8/1 Educação Continuada

#### *5.1.2 Seções e Subseções de Aplicação Conforme as Características e Perfil da Organização Prestadora de Serviço de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva*

As seções e subseções abaixo serão obrigatoriamente aplicadas de acordo com as características e perfil das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva avaliadas e seguindo as orientações definidas a seguir nos itens 5.1.4 e 5.1.5. As exclusões serão consideradas na medida em que não interfiram no enfoque sistêmico, no controle dos riscos específicos, na segurança dos clientes e na responsabilidade pelo serviço prestado.

## MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

Ver item 5.1.1

## MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

Ver item 5.1.1

## MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

MA 3/6 Atendimento Cirúrgico

## MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/6 Anatomia Patológica e Citopatologia

MA 4/7 Diagnóstico por Imagem

MA 4/8 Radiologia

## MA 5 APOIO TÉCNICO


Ver item 5.1.1

## MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/1 Processamento de Roupas - Lavanderia

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 4/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## MA 7 INFRA-ESTRUTURA

Ver item 5.1.1

## MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/2 Ensino

MA 8/3 Pesquisa

### 5.1.3 Presença na Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva de Setores, Unidades ou Serviços não Incluídos no Instrumento de Avaliação

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva possua setores, unidades ou serviços que não estão incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:


- a. caso existam setores, unidades ou serviços não presentes no instrumento de avaliação, a equipe de avaliação realizará o processo de visita, levando em consideração os princípios orientadores dos **padrões** de cada **nível**, ou seja, Nível 1 segurança, Nível 2 segurança e organização e Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade, e a Norma NA 5 (item 5.2).

### 5.1.4 Ausência na Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva de Setores, Unidades ou Serviços Incluídos no Instrumento de Avaliação

Se a Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva não possuir setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, o adequado atendimento aos princípios gerais da avaliação para Acreditação (enfoque sistêmico e avaliação global da organização);
- b. em caso dos referidos setores, serviços ou unidades não existirem em função da vocação específica da organização e estando assegurados os princípios gerais do processo de avaliação, a equipe de avaliadores deverá verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006


	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 5/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

5.1.5 *Presença de Setores, Serviços ou Unidades Constantes no Instrumento de Avaliação e Terceirizados pela Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva*  
 Caso a Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva possua setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e se estes forem terceirizados pela organização, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, os serviços terceirizados existentes na Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, sua importância no conjunto de serviços prestados e que é de sua competência e o possível impacto em termos dos princípios orientadores do processo de avaliação para a Acreditação, de modo a assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação;
- b. coerentemente com o modelo adotado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (Acreditação da organização de modo global e sistêmico – vide Norma NA 1), **sempre** se buscará junto à organização avaliada, a possibilidade de verificação in loco, inclusive dos serviços terceirizados, do atendimento aos requisitos do processo de avaliação (manual, padrões e níveis), mesmo que isto possa repercutir nos custos do processo;
- c. poderão ser dispensados do processo de avaliação in loco, aqueles setores, serviços ou unidades de baixo volume (baixo número de procedimentos, pequena expressão no perfil da organização etc.) ou de baixo impacto em termos de riscos para os usuários da organização, exceto os mencionados no item 5.1.1, mediante apresentação de evidências objetivas destes aspectos e da existência de um gerenciamento satisfatório da relação com estes terceiros em caso de realização dos processos ou procedimentos em questão.

As Instituições Acreditoras, em qualquer momento durante o processo de preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da Organização Prestadora de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, poderão recorrer à ONA e ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos nas Normas Técnicas ou no Manual Brasileiro de Acreditação - ONA.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 6/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 5.2 Guia de Referência para Avaliação de Serviços, Setores ou Unidades sem Subseção Específica

Os padrões e itens de orientação a seguir apresentados foram estruturados de forma genérica de acordo com cada nível, de modo a servir de guia básico, conforme o disposto nesta Norma.

Os requisitos dos níveis 1 e 2 serão aplicáveis aos serviços, setores ou unidades e estes deverão ser alocados em alguma das oito (08) seções gerais do instrumento; o Nível 3 será aplicado à seção correspondente.

### 5.2.1 Nível 1

#### Padrão

Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

#### Itens de Orientação:

- responsabilidade técnica conforme legislação;
- corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
- identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

### 5.2.2 Nível 2


#### Padrão

Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.

#### Itens de Orientação:

- identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 7/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

- estabelecimento dos procedimentos;
- documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- definição de indicadores para os processos identificados;
- medição e avaliação dos resultados de processos;
- programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

### 5.2.3 Nível 3


#### Padrão

Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

#### Itens de Orientação:

- define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes;
- estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 8/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

### 5.3 Equipe de Avaliadores

Para realizar o processo de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, será necessária uma equipe de avaliadores formada por, no mínimo, dois membros sendo: um avaliador líder, com experiência em avaliações e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e um profissional especialista e habilitado, com domínio no processo de nefrologia e terapia renal substitutiva e devidamente treinado na metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação.

As visitas/avaliações aos setores, unidades ou serviços da organização deverão ser conduzidas sempre por, no mínimo, dois avaliadores (equipe mínima).

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

É permitido à organização de saúde solicitar a participação de observador da ONA para acompanhar o processo de avaliação, desde que a referida organização assumam os custos correspondentes.

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

O dimensionamento de recursos humanos para o processo de avaliação deve ser calculado tomando por base as seguintes referências:

1ª – No caso de unidade isolada, o critério adotado deverá ser o valor do resultado obtido na aplicação da tabela I coluna C:

Tabela I: Número de pessoas envolvidas na força de trabalho (modelo do IAF).

Número de Pessoas (força de trabalho)	Avaliação	
	Tempo de Avaliador (avaliador*dia)	Mínimo no Local de Visita (90%)
A	B	C
		0.9*B
1-10	2	1.5
11-25	3	2.5
26-45	4	3.5

#### Sugerido por:

ONA; IACs

#### Aprovação da Superintendência/Data:


Fábio Leite Gastal

31/03/2006

#### Aprovação Conselho de Administração/Data:

Luiz Plínio Moraes de Toledo

03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 9/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

46-65	5	4.5
66-85	6	5.5
86-125	7	6.0
126-175	8	7.0
176-275	9	8.0
276-425	10	9.0
426-625	11	10.0
626-875	12	11.0
876-1175	13	12.0
1176-1550	14	12.5
1551-2025	15	13.5
2026-2675	16	14.5
2676-3450	17	15.0
3451-4350	18	16.0
4351-5450	19	17.0
5451-6800	20	18.0
6801-8500	21	19.0
8501-10700	22	20.0
>10700	Seguir o mesmo modelo de progressão	

2ª - Caso a organização se configure como unidade principal e unidade descentralizada ou outras configurações, aplicar a tabela I coluna C, considerando-se a totalidade da força de trabalho.


3ª – Os seguintes fatores deverão incidir em aumento do número de avaliadores\*dia em qualquer das configurações anteriormente mencionadas:

- processos específicos no hospital de referência;
- terceiros fora de sede;
- logística para deslocamento da equipe.

Nota:

- a) Dia – é considerada uma jornada diária de no mínimo 08 horas de trabalho, podendo ser estendida por conta da IAC;

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 5/1	Pág: 10/10
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

- b) Avaliador\*Dia – é um valor numérico que representa o tempo de disponibilidade de avaliadores para um processo de visita/avaliação. A IAC pode, a seu critério, atingir este valor aumentando o número de avaliadores na equipe e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de visita, contudo, deverá sempre ser respeitada a configuração mínima da equipe definida nesta norma.
- c) Casos omissos deverão ser elaborados com supervisão da ONA.


### 5.5 Eventos-Sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva

Lista de eventos-sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva \*:

1. óbito no serviço;
2. surtos de soroconversão para hepatite C;
3. incêndio;
4. explosão.

\*Esta lista de eventos será periodicamente revisada pelo Conselho de Administração da ONA, tomando por base a literatura internacional e as orientações dos Comitês Técnicos Assessores.

<b>Sugerido por:</b>	
ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>
Fábio Leite Gastal 31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 5/2	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 01/12/2003	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº: 01	
AVAL ORG. PREST. SERV. DE NEFROLOGIA E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA		Data desta Revisão: 06/03/2006	

## 6. Documentos de Apoio e Registros

### Normas Técnicas

- ❖ NO 1/3.8 – Preparação da Avaliação
- ❖ NO 6/2 - Definições
- ❖ NA 1 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- ❖ NA 5 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva

### Manual Brasileiro de Acreditação - ONA

- ❖ Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

### Outros Documentos

- ❖ Atas do Conselho de Administração da ONA
- ❖ Atas do CTA-Dirigentes

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

## AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA E MEDICINA NUCLEAR

### 1. Objetivo

Sistematizar a metodologia de Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear. Esta definição torna-se necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições Acreditoras, independente da complexidade ou especialidade do serviço.

### 2. Referências

Normas Orientadoras

Manual Brasileiro de Acreditação

### 3. Aplicabilidade

Este procedimento se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditoras Credenciadas, às Instituições Conveniadas para Atividades de Ensino e Aprendizagem e às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

### 4. Responsabilidades

Não se aplica.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 1/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

## 5. Procedimentos

### 5.1 Processo de Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear

O processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil da Organização de Saúde avaliada. Contudo, podem surgir algumas peculiaridades a serem consideradas como a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação, a ausência na Organização de Saúde de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação ou a presença de setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pela Organização de Saúde.

#### 5.1.1 Seções e Subseções de Aplicação Obrigatória

As seções e subseções abaixo serão aplicadas obrigatoriamente em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear avaliadas, independente das suas características e perfil.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

- MA 1/1 Direção e Liderança
- MA 1/2 Gestão de Pessoas
- MA 1/3 Gestão Administrativa e Financeira
- MA 1/4 Gestão de Materiais e Suprimentos
- MA 1/5 Gestão da Qualidade

#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

- MA 2/1 Corpo Clínico
- MA 2/3 Corpo Técnico-Profissional

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

- MA 3/1 Atendimento ao Cliente
- MA 3/3 Transferência, Referência e Contra-Referência

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 2/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

Ver item 5.1.2.

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/1 Sistema de Informação do Cliente/Paciente

MA 5/2 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

MA 5/3 Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos

MA 5/4 Segurança e Saúde Ocupacional

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/3 Qualidade da Água

MA 6/4 Materiais e Suprimentos

MA 6/6 Higiene

MA 6/7 Gestão da Segurança

MA 6/8 Gestão de Resíduos

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

MA 7/1 Gestão de Projetos Físicos

MA 7/2 Gestão da Estrutura Físico-Funcional

MA 7/3 Gestão de Manutenção Predial

#### MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/1 Educação Continuada

#### *5.1.2 Seções e Subseções de Aplicação Conforme as Características e Perfil da Organização Prestadora de Serviço de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear*

As seções e subseções abaixo serão obrigatoriamente aplicadas de acordo com as características e perfil das Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear avaliadas e seguindo as orientações definidas a seguir nos itens 5.1.4 e 5.1.5. As exclusões serão consideradas na medida em que não interfiram no enfoque

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 3/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

sistêmico, no controle dos riscos específicos, na segurança dos clientes e na responsabilidade pelo serviço prestado.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

Ver item 5.1.1.

#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

MA 2/2 Enfermagem

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

MA 3/4 Atendimento Ambulatorial

MA 3/7 Anestesiologia

MA 3/16 Medicina Nuclear

MA 3/17 Radioterapia

MA 3/19 Cardio-angiologia Invasiva e Hemodinâmica

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/1 Processos Pré-Analíticos

MA 4/2 Processos Analíticos

MA 4/3 Processos Pós-Analíticos

MA 4/4 Métodos Diagnósticos Cardiológicos

MA 4/5 Métodos Diagnósticos Neurológicos

MA 4/7 Diagnóstico por Imagem

MA 4/8 Radiologia

MA 4/9 Endoscopia

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

Ver item 5.1.1.

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/1 Processamento de Roupas - Lavanderia

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 4/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

MA 6/2 Processamento de Materiais e Esterilização

MA 6/5 Armazenamento e Transporte

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

Ver item 5.1.1.

#### MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/2 Ensino

MA 8/3 Pesquisa

##### *5.1.3 Presença na Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear de Setores, Unidades ou Serviços não Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear possua setores, unidades ou serviços que não estão incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. caso existam setores, unidades ou serviços não presentes no instrumento de avaliação, a equipe de avaliação realizará o processo de visita, levando em consideração os princípios orientadores dos **padrões** de cada **nível**, ou seja, Nível 1 segurança, Nível 2 segurança e organização e Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade, e a Norma NA 6 (item 5.2).

##### *5.1.4 Ausência na Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear de Setores, Unidades ou Serviços Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Se a Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear não possuir setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, o adequado atendimento aos princípios gerais da avaliação para Acreditação (enfoque sistêmico e avaliação global da organização);

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1 <span style="float: right;">Pág: 5/11</span>
		Data de Emissão: 03/04/2006
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:

- b. em caso dos referidos setores, serviços ou unidades não existirem em função da vocação específica da organização e estando assegurados os princípios gerais do processo de avaliação, a equipe de avaliadores deverá verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

#### 5.1.5 Presença de Setores, Serviços ou Unidades Constantes no Instrumento de Avaliação e Terceirizados pela Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear possua setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e se estes forem terceirizados pela organização, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, os serviços terceirizados existentes na Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, sua importância no conjunto de serviços prestados e que é de sua competência e o possível impacto em termos dos princípios orientadores do processo de avaliação para a Acreditação, de modo a assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação;
- b. coerentemente com o modelo adotado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (Acreditação da organização de modo global e sistêmico – vide Norma NA 1), **sempre** se buscará junto à organização avaliada, a possibilidade de verificação in loco, inclusive dos serviços terceirizados, do atendimento aos requisitos do processo de avaliação (manual, padrões e níveis), mesmo que isto possa repercutir nos custos do processo;
- c. poderão ser dispensados do processo de avaliação in loco, aqueles setores, serviços ou unidades de baixo volume (baixo número de procedimentos, pequena expressão no perfil da organização etc.) ou de baixo impacto em termos de riscos para os usuários da organização, exceto os mencionados no item 5.1.1, mediante apresentação de evidências objetivas destes aspectos e da existência de um

<b>Sugerido por:</b> ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b> Fábio Leite Gastal <span style="float: right;">31/03/2006</span>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b> Luiz Plínio Moraes de Toledo <span style="float: right;">03/04/2006</span>

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 6/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

gerenciamento satisfatório da relação com estes terceiros em caso de realização dos processos ou procedimentos em questão.

As Instituições Acreditadoras, em qualquer momento durante o processo de preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, poderão recorrer à ONA e ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos nas Normas Técnicas ou no Manual Brasileiro de Acreditação - ONA.

## 5.2 Guia de Referência para Avaliação de Serviços, Setores ou Unidades sem Subseção Específica

Os padrões e itens de orientação a seguir apresentados foram estruturados de forma genérica de acordo com cada nível, de modo a servir de guia básico, conforme o disposto nesta Norma.

Os requisitos dos níveis 1 e 2 serão aplicáveis aos serviços, setores ou unidades e estes deverão ser alocados em alguma das oito (08) seções gerais do instrumento; o Nível 3 será aplicado à seção correspondente.

### 5.2.1 Nível 1

#### Padrão

Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

#### Itens de Orientação:

- responsabilidade técnica conforme legislação;
- corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
- identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 7/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

### 5.2.2 *Nível 2*

#### Padrão

Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.

#### Itens de Orientação:

- identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- estabelecimento dos procedimentos;
- documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- definição de indicadores para os processos identificados;
- medição e avaliação dos resultados de processos;
- programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

### 5.2.3 *Nível 3*

#### Padrão

Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

#### Itens de Orientação:

- define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes;

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 8/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

- estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

### 5.3 Equipe de Avaliadores

Para realizar o processo de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear, será necessário uma equipe de avaliadores formada por no mínimo dois membros sendo: um avaliador líder, com experiência em avaliações e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (conforme as Normas Técnicas – NO 6) e um profissional especialista devidamente habilitado com domínio no processo específico a ser avaliado e devidamente treinado na metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação.

As visitas/avaliações aos setores, unidades ou serviços da organização deverão ser conduzidas sempre por, no mínimo, dois avaliadores.

Caso a Organização Prestadora de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear possua como peculiaridade a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação ou a ausência de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, serão consideradas as formas de avaliação previstas na Norma NA 6, como por exemplo, a possibilidade de inclusão na equipe de avaliadores de especialistas (Norma NO 6/2) para verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

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

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 9/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

É permitido à organização de saúde solicitar a participação de observador da ONA para acompanhar o processo de avaliação, desde que a referida organização assumam os custos correspondentes.

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

O dimensionamento de recursos humanos para o processo de avaliação deve ser calculado tomando por base as seguintes referências:

1ª – No caso de unidade isolada, o critério adotado deverá ser o valor do resultado obtido na aplicação da tabela I coluna C:

Tabela I: Número de pessoas envolvidas na força de trabalho (modelo do IAF).

Número de Pessoas (força de trabalho)	Avaliação	
	Tempo de Avaliador (avaliador*dia)	Mínimo no Local de Visita (90%)
A	B	C
		0.9*B
1-10	2	1.5
11-25	3	2.5
26-45	4	3.5
46-65	5	4.5
66-85	6	5.5
86-125	7	6.0
126-175	8	7.0
176-275	9	8.0
276-425	10	9.0
426-625	11	10.0
626-875	12	11.0
876-1175	13	12.0
1176-1550	14	12.5
1551-2025	15	13.5
2026-2675	16	14.5

<b>Sugerido por:</b> ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b> Fábio Leite Gastal 31/03/2006	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b> Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 10/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

2676-3450	17	15.0
3451-4350	18	16.0
4351-5450	19	17.0
5451-6800	20	18.0
6801-8500	21	19.0
8501-10700	22	20.0
>10700	Seguir o mesmo modelo de progressão	

2ª – Caso a organização se configure como unidade principal e unidade descentralizada ou outras configurações, aplicar a tabela I coluna C, considerando-se a totalidade da força de trabalho.

3ª - No caso de sistemas complexos (unidade principal, unidades descentralizadas, etc.) com unidades repetidas de mesmo tipo, porte e padrão de atividades, pode ser elaborado um processo amostral, com a seguinte base de cálculo: unidades a serem visitadas = raiz quadrada de n (n = unidades de mesmo tipo). Aplicar a tabela I coluna C para a unidade principal e para a amostra obtida das unidades similares (unidade principal + amostra). Neste caso específico, todo o processo de planejamento de visita deve ser submetido e possuir a supervisão da ONA.

4ª – Os seguintes fatores deverão incidir em aumento do número de avaliadores\*dia em qualquer das configurações anteriormente mencionadas:

- terceiros fora de sede;
- logística para deslocamento da equipe.

Nota:

- a) Dia – é considerada uma jornada diária de no mínimo 08 horas de trabalho, podendo ser estendida por conta da IAC;
- b) Avaliador\*Dia – é um valor numérico que representa o tempo de disponibilidade de avaliadores para um processo de visita/avaliação. A IAC pode, a seu critério, atingir este valor aumentando o número de avaliadores na equipe e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de visita, contudo, deverá sempre ser respeitada a configuração mínima da equipe definida nesta norma.
- c) Casos omissos deverão ser elaborados com supervisão da ONA.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/1	Pág: 11/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	


### 5.5 Eventos-Sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear

Lista de eventos-sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear \*:

1. óbito no serviço;
2. acidentes com material radioativo;
3. incêndio;
4. explosão.

\*Esta lista de eventos será periodicamente revisada pelo Conselho de Administração da ONA, tomando por base a literatura internacional e as orientações dos Comitês Técnicos Assessores.

<b>Sugerido por:</b> ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b> Fábio Leite Gastal 31/03/2006	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b> Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 6/2	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV RADIOLOGIA, DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, RADIOTERAPIA, MEDICINA NUCLEAR		Data desta Revisão:	

## 6. Documentos de Apoio e Registros

### Normas Técnicas

- ❖ NO 1/3.8 – Preparação da Avaliação
- ❖ NO 6/2 - Definições
- ❖ NA 1 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- ❖ NA 6 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear


### Manual Brasileiro de Acreditação - ONA

- ❖ Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

### Outros Documentos

- ❖ Atas do Conselho de Administração da ONA
- ❖ Atas do CTA-Dirigentes

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

## AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO

### 1. Objetivo

Sistematizar a metodologia de Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento. Esta definição torna-se necessária para garantir a padronização do processo de avaliação desenvolvido pelas Instituições Acreditoras, independente da complexidade ou especialidade do serviço.

### 2. Referências

Normas Orientadoras

Manual Brasileiro de Acreditação


### 3. Aplicabilidade

Este procedimento se aplica à Organização Nacional de Acreditação, às Instituições Acreditoras Credenciadas, às Instituições Conveniadas para Atividades de Ensino e Aprendizagem e às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.

### 4. Responsabilidades

Não se aplica.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 1/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

## 5. Procedimentos

### 5.1 Processo de Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento

O processo de avaliação e visita deve ser orientado pela aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação, considerando as seções e subseções de aplicação obrigatória, bem como aquelas que devem ser aplicadas de acordo com as características e perfil da Organização de Saúde avaliada. Contudo, podem surgir algumas peculiaridades a serem consideradas como a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação, a ausência na Organização de Saúde de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação ou a presença de setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e terceirizados pela Organização de Saúde.

#### 5.1.1 Seções e Subseções de Aplicação Obrigatória

As seções e subseções abaixo serão aplicadas obrigatoriamente em todas as Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento avaliadas, independente das suas características e perfil.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

- MA 1/1 Direção e Liderança
- MA 1/2 Gestão de Pessoas
- MA 1/3 Gestão Administrativa e Financeira
- MA 1/4 Gestão de Materiais e Suprimentos
- MA 1/5 Gestão da Qualidade


#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

- MA 2/1 Corpo Clínico
- MA 2/2 Enfermagem

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

- MA 3/1 Atendimento ao Cliente
- MA 3/3 Transferência, Referência e Contra-Referência

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 2/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

#### MA 3/4 Atendimento Ambulatorial

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

Vide item 5.1.2

#### MA 5 APOIO TÉCNICO

MA 5/1 Sistema de Informação do Cliente/Paciente

MA 5/2 Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar

MA 5/3 Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos

MA 5/4 Segurança e Saúde Ocupacional

#### MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/3 Qualidade da Água

MA 6/4 Materiais e Suprimentos

MA 6/6 Higiene

MA 6/7 Gestão da Segurança

MA 6/8 Gestão de Resíduos

#### MA 7 INFRA-ESTRUTURA

MA 7/1 Gestão de Projetos Físicos

MA 7/2 Gestão da Estrutura Físico-Funcional

MA 7/3 Gestão de Manutenção Predial

#### MA 8 ENSINO E PESQUISA


MA 8/1 Educação Continuada

#### *5.1.2 Seções e Subseções de Aplicação Conforme as Características e Perfil da Organização Prestadora de Serviço Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento*

As seções e subseções abaixo serão obrigatoriamente aplicadas de acordo com as características e perfil das Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento avaliadas e seguindo as orientações definidas a seguir nos itens 5.1.4 e 5.1.5. As

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006



	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 3/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

exclusões serão consideradas na medida em que não interfiram no enfoque sistêmico, no controle dos riscos específicos, na segurança dos clientes e na responsabilidade pelo serviço prestado.

#### MA 1 LIDERANÇA E ADMINISTRAÇÃO

Vide item 5.1.1

#### MA 2 ORGANIZAÇÃO PROFISSIONAL

MA 2/3 Corpo Técnico-Profissional

#### MA 3 ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE

MA 3/5 Atendimento de Emergência

MA 3/6 Atendimento Cirúrgico

MA 3/7 Anestesiologia

MA 3/11 Reabilitação e Atenção Multiprofissional

MA 3/14 Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos

MA 3/15 Terapia Dialítica

MA 3/18 Quimioterapia

MA 3/19 Cardio-angiologia Invasiva e Hemodinâmica

MA 3/20 Assistência Farmacêutica

MA 3/21 Assistência Nutricional

#### MA 4 DIAGNÓSTICO

MA 4/1 Processos Pré-Analíticos

MA 4/2 Processos Analíticos

MA 4/3 Processos Pós-Analíticos

MA 4/4 Métodos Diagnósticos Cardiológicos

MA 4/5 Métodos Diagnósticos Neurológicos


MA 4/6 Anatomia Patológica e Citopatologia

MA 4/7 Diagnóstico por Imagem

MA 4/8 Radiologia

MA 4/9 Endoscopia

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 4/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

## MA 5 APOIO TÉCNICO

Ver item 5.1.1

## MA 6 ABASTECIMENTO E APOIO LOGÍSTICO

MA 6/1 Processamento de Roupas – Lavanderia

MA 6/2 Processamento de Materiais e Esterilização

MA 6/5 Armazenamento e Transporte

## MA 7 INFRA-ESTRUTURA

Ver item 5.1.1

## MA 8 ENSINO E PESQUISA

MA 8/2 Ensino

MA 8/3 Pesquisa

### *5.1.3 Presença na Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento de Setores, Unidades ou Serviços não Incluídos no Instrumento de Avaliação*


Caso a Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento possua setores, unidades ou serviços que não estão incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. caso existam setores, unidades ou serviços não presentes no instrumento de avaliação, a equipe de avaliação realizará o processo de visita, levando em consideração os princípios orientadores dos **padrões** de cada **nível**, ou seja, Nível 1 segurança, Nível 2 segurança e organização e Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade, e a Norma NA 7 (item 5.2).

### *5.1.4 Ausência na Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento de Setores, Unidades ou Serviços Incluídos no Instrumento de Avaliação*

Se a Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento não possuir setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 5/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	


- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, o adequado atendimento aos princípios gerais da avaliação para Acreditação (enfoque sistêmico e avaliação global da organização);
- b. em caso dos referidos setores, serviços ou unidades não existirem em função da vocação específica da organização e estando assegurados os princípios gerais do processo de avaliação, a equipe de avaliadores deverá verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

#### 5.1.5 *Presença de Setores, Serviços ou Unidades Constantes no Instrumento de Avaliação e Terceirizados pela Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento*

Caso a Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento possua setores, unidades ou serviços constantes no instrumento de avaliação e se estes forem terceirizados pela organização, o processo de avaliação para a Acreditação será conduzido da seguinte forma:

- a. a equipe de avaliadores no processo de preparação da visita (Norma NO 1/3.8) verificará de modo antecipado, os serviços terceirizados existentes na Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento, sua importância no conjunto de serviços prestados e que é de sua competência e o possível impacto em termos dos princípios orientadores do processo de avaliação para a Acreditação, de modo a assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação;
- b. coerentemente com o modelo adotado pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (Acreditação da organização de modo global e sistêmico – vide Norma NA 1), **sempre** se buscará junto à organização avaliada, a possibilidade de verificação in loco, inclusive dos serviços terceirizados, do atendimento aos requisitos do processo de avaliação (manual, padrões e níveis), mesmo que isto possa repercutir nos custos do processo;
- c. poderão ser dispensados do processo de avaliação in loco, aqueles setores, serviços ou unidades de baixo volume (baixo número de procedimentos, pequena expressão no perfil da organização etc.) ou de baixo impacto em termos de riscos para os usuários da organização, exceto os mencionados no item 5.1.1, mediante apresentação de evidências objetivas destes aspectos e da existência de um

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 6/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

gerenciamento satisfatório da relação com estes terceiros em caso de realização dos processos ou procedimentos em questão.

As Instituições Acreditadoras, em qualquer momento durante o processo de preparação da visita ou durante o processo de avaliação/visita da Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento, poderão recorrer à ONA e ao fórum de jurisprudência, a fim de esclarecer aspectos omissos nas Normas Técnicas ou no Manual Brasileiro de Acreditação - ONA.

## 5.2 Guia de Referência para Avaliação de Serviços, Setores ou Unidades sem Subseção Específica

Os padrões e itens de orientação a seguir apresentados foram estruturados de forma genérica de acordo com cada nível, de modo a servir de guia básico, conforme o disposto nesta Norma.

Os requisitos dos níveis 1 e 2 serão aplicáveis aos serviços, setores ou unidades e estes deverão ser alocados em alguma das oito (08) seções gerais do instrumento; o Nível 3 será aplicado à seção correspondente.

### 5.2.1 Nível 1


#### Padrão

Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.

#### Itens de Orientação:

- responsabilidade técnica conforme legislação;
- corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço;
- condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo);
- identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 7/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

### 5.2.2 *Nível 2*

#### Padrão

Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.

#### Itens de Orientação:

- identificação, definição, padronização e documentação dos processos;
- identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica;
- estabelecimento dos procedimentos;
- documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada;
- definição de indicadores para os processos identificados;
- medição e avaliação dos resultados de processos;
- programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos;
- grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

### 5.2.3 *Nível 3*


#### Padrão

Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

#### Itens de Orientação:

- define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade);
- sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes;

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 8/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

- estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão;
- análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos;
- análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações;
- identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos;
- sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos.

### 5.3 Equipe de Avaliadores

Para realizar o processo de avaliação para a Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento, será necessária uma equipe de avaliadores formada por no mínimo dois membros sendo: um avaliador líder, com experiência em avaliações e conhecimento da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação (conforme as Normas Técnicas – NO 6) e um avaliador (NO 6) médico ou enfermeiro devidamente treinado na metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação.


As visitas/avaliações aos setores, unidades ou serviços da organização deverão ser conduzidas sempre por, no mínimo, dois avaliadores.

Caso a Organização Prestadora de Serviços Ambulatoriais e/ou Pronto Atendimento possua como peculiaridade a presença de setores, unidades ou serviços não incluídos no instrumento de avaliação ou a ausência de setores, unidades ou serviços incluídos no instrumento de avaliação, serão consideradas as formas de avaliação previstas na Norma NA 7, como por exemplo, a possibilidade de inclusão na equipe de avaliadores de especialistas (Norma NO 6/2) para verificar e assegurar o atendimento aos requisitos técnicos e éticos do Processo de Acreditação.

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

É permitido à organização de saúde solicitar a participação de observador da ONA para acompanhar o processo de avaliação, desde que a referida organização assumam os custos correspondentes.

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 9/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

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

O dimensionamento de recursos humanos para o processo de avaliação deve ser calculado tomando por base as seguintes referências:

1ª – No caso de unidade isolada, o critério adotado deverá ser o valor do resultado obtido na aplicação da tabela I coluna C:

Tabela I: Número de pessoas envolvidas na força de trabalho (modelo do IAF).

Número de Pessoas (força de trabalho)	Avaliação	
	Tempo de Avaliador (avaliador*dia)	Mínimo no Local de Visita (90%)
A	B	C
		0.9*B
1-10	2	1.5
11-25	3	2.5
26-45	4	3.5
46-65	5	4.5
66-85	6	5.5
86-125	7	6.0
126-175	8	7.0
176-275	9	8.0
276-425	10	9.0
426-625	11	10.0
626-875	12	11.0
876-1175	13	12.0
1176-1550	14	12.5
1551-2025	15	13.5
2026-2675	16	14.5
2676-3450	17	15.0
3451-4350	18	16.0

#### Sugerido por:

ONA; IACs

#### Aprovação da Superintendência/Data:


Fábio Leite Gastal

31/03/2006

#### Aprovação Conselho de Administração/Data:

Luiz Plínio Moraes de Toledo

03/04/2006

	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 10/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

4351-5450	19	17.0
5451-6800	20	18.0
6801-8500	21	19.0
8501-10700	22	20.0
>10700	Seguir o mesmo modelo de progressão	

2ª - Caso a organização se configure como unidade principal e unidade descentralizada ou outras configurações, aplicar a tabela I coluna C, considerando-se a totalidade da força de trabalho.

3ª – Os seguintes fatores deverão incidir em aumento do número de avaliadores\*dia em qualquer das configurações anteriormente mencionadas:

- terceiros fora de sede;
- logística para deslocamento da equipe.

Nota:

- a) Dia – é considerada uma jornada diária de no mínimo 08 horas de trabalho, podendo ser estendida por conta da IAC;
- b) Avaliador\*Dia – é um valor numérico que representa o tempo de disponibilidade de avaliadores para um processo de visita/avaliação. A IAC pode, a seu critério, atingir este valor aumentando o número de avaliadores na equipe e, conseqüentemente, diminuindo o tempo de visita, contudo, deverá sempre ser respeitada a configuração mínima da equipe definida nesta norma.
- c) Casos omissos deverão ser elaborados com supervisão da ONA.


### 5.5 Eventos-Sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento

Lista de eventos-sentinela para Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento \*:

1. óbito no serviço;
2. cirurgia em paciente errado;
3. cirurgia em parte errada do corpo;
4. mortes relacionadas à falta/demora no atendimento;
5. mortes ou danos relacionados com procedimento de contenção mecânica de paciente;

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006




	<b>Normas</b> <b>Técnicas</b>	NR: NA 7/1	Pág: 11/11
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

6. suicídio de paciente na unidade;
7. rapto infantil;
8. agressão/estupro/homicídio na unidade;
9. incêndio;
10. explosão.

\*Esta lista de eventos será periodicamente revisada pelo Conselho de Administração da ONA, tomando por base a literatura internacional e as orientações dos Comitês Técnicos Assessores.

<b>Sugerido por:</b>	
ONA; IACs	
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>	<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>
Fábio Leite Gastal 31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo 03/04/2006

	<b>Normas Técnicas</b>	NR: NA 7/2	Pág: 1/1
		Data de Emissão: 03/04/2006	
NORMAS PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO		Revisão nº:	
AVAL ORG PREST SERV AMBULATORIAIS, TERAPÊUTICOS E/OU PRONTO ATENDIMENTO		Data desta Revisão:	

## 6. Documentos de Apoio e Registros

### Normas Técnicas

- ❖ NO 1/3.8 – Preparação da Avaliação
- ❖ NO 6/2 - Definições
- ❖ NA 1 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde
- ❖ NA 7 – Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e/ou Pronto Atendimento

### Manual Brasileiro de Acreditação - ONA

- ❖ Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

### Outros Documentos

- ❖ Atas do Conselho de Administração da ONA
- ❖ Atas do CTA-Dirigentes

<b>Sugerido por:</b>			
ONA; IACs			
<b>Aprovação da Superintendência/Data:</b>		<b>Aprovação Conselho de Administração/Data:</b>	
Fábio Leite Gastal	31/03/2006	Luiz Plínio Moraes de Toledo	03/04/2006