

Norma Orientadora

NO.34 – Acreditação em Rede Assistencial



Sistema Brasileiro de Acreditação – SBA
Organização Nacional de Acreditação – ONA

São Paulo, 04 de agosto de 2026

Versão 1

GRUPO DE TRABALHO:

Camila Deister

Daniela Oliveira

Gilvane Lolato

Natalia Matias

Raquel Nakamoto

Péricles Góes da Cruz

Versão	Histórico	Publicação
1	Primeira versão – Reformulação das Normas Orientadoras.	04/08/2026

SUMÁRIO

1. OBJETIVO.....	5
2. APLICABILIDADE.....	5
3. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	5
3.1. Conselho de Administração da ONA	5
3.2. Organização Nacional de Acreditação (ONA).....	5
3.3. Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs).....	5
3.4. Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e Serviços para a Saúde	6
4. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	6
5. DEFINIÇÃO DE ACREDITAÇÃO EM REDE ASSISTENCIAL	6
5.1. Composição de uma Rede Assistencial.....	7
5.2. Estrutura da Acreditação em Rede Assistencial	7
5.3. Princípios da Acreditação em Rede Assistencial	7
5.4. Conceitos da Acreditação em Rede Assistencial	8
5.5. Regulação em Rede Assistencial	8
5.6. Exemplos de Programas da Acreditação em Rede Assistencial	9
6. ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO	10
6.1. Elegibilidade da Acreditação em Rede Assistencial.....	10
6.1.1. Estrutura e Governança da Rede.....	10
6.1.2. Sistema de Gestão Integrado.....	10
6.1.3. Requisitos para o Processo de Avaliação	10
6.2. Amostragem para Avaliação da Rede Assistencial.....	11
6.2.1. Priorização dos Pontos de Atenção à Saúde (PAS) na Avaliação	11
6.3. Taxa de Avaliação	14
6.4. Dimensionamento de Avaliadores	14
6.5. Programação de Visita	15
6.6. Processo de Avaliação	15

6.7. Relatório	16
6.8. Níveis de Acreditação em Rede	16
6.9. Emissão do Certificado.....	16
6.10. Incorporação de Novas Unidades à Rede Acreditada	17
6.11. Etapas Complementares do Processo de Acreditação	17
7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS	17
8. DOCUMENTOS DE APOIO E REGISTROS.....	17
9. REFERÊNCIAS	18

1. OBJETIVO

Esta norma visa orientar as organizações na busca pela Acreditação Assistencial, promovendo um modelo estruturado, padronizado e seguro para a prestação de serviços de saúde em rede. As diretrizes aqui estabelecidas devem ser aplicadas considerando as características e necessidades específicas de cada organização e sua respectiva rede assistencial integrada.

2. APLICABILIDADE

Esta norma se aplica à Organização Nacional de Acreditação (ONA), as Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs), as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) e Serviços para a Saúde acreditadas pela metodologia ONA e aos avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA – ONA).

3. PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

3.1. Conselho de Administração da ONA

- ☑ O Conselho de Administração da ONA é responsável por:
- ☑ Deliberar sobre quaisquer situações ou casos que não estejam expressamente previstos nesta norma, garantindo a adaptação e a equidade das decisões.
- ☑ Decidir sobre as diretrizes e normas do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA).

3.2. Organização Nacional de Acreditação (ONA)

A ONA é responsável por:

- ☑ Promover o entendimento e a correta aplicação desta norma junto às Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs) e acompanhar e monitorar o cumprimento dessas diretrizes.
- ☑ Realizar a revisão e a atualização periódica desta norma, mantendo-a alinhada às melhores práticas e às necessidades do setor de saúde, de forma a garantir a sua pertinência e efetividade.
- ☑ Garantir a ampla divulgação e disponibilização desta norma para todas as partes interessadas, de forma a promover a transparência e o acesso à informação.

3.3. Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs)

As IACs são responsáveis por:

- ☑ Assegurar o cumprimento integral desta norma e de todas as demais deliberações

estabelecidas pela ONA, garantindo que os critérios de avaliação sejam aplicados de maneira uniforme em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) e Serviços para a Saúde.

- ☑ Promover o pleno entendimento e a aplicação correta desta norma pelos avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação, por meio de treinamentos e atualizações contínuas.
- ☑ Fornecer orientação clara e precisa às Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) e Serviços para a Saúde sobre os requisitos e procedimentos desta norma.

3.4. Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e Serviços para a Saúde

As Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS) e Serviços para a Saúde são responsáveis por:

- ☑ Cumprir rigorosamente todas as determinações desta norma em sua versão mais recente. Isso é fundamental para manter a padronização e a qualidade na disseminação da metodologia ONA.
- ☑ Seguir todas as decisões e determinações do Conselho de Administração da ONA. Essa obediência é crucial para a governança e o alinhamento estratégico do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA).

4. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) constitui-se como uma entidade privada e independente, com composição representativa de diversos segmentos sociais, incluindo atores do setor da saúde, da sociedade civil e de seus próprios membros.

Os modelos de acreditação em rede propostos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) fundamentam-se na disseminação das diretrizes e padrões de Qualidade e Segurança do Paciente para todos os sistemas de saúde, sejam eles micro ou macro. Essa abordagem visa integrar os sistemas de forma que busquem os melhores resultados, com ênfase na garantia da qualidade da assistência e na segurança do paciente, considerando os níveis de complexidade e riscos específicos de cada um.

5. DEFINIÇÃO DE ACREDITAÇÃO EM REDE ASSISTENCIAL

A Acreditação em Rede Assistencial é uma estratégia para assegurar a qualidade e segurança do cuidado de saúde em um sistema integrado, abrangendo diferentes unidades. O objetivo é garantir

a continuidade e coordenação do atendimento, promovendo eficiência, equidade no acesso e melhoria contínua dos serviços.

O objetivo de uma Rede Assistencial é integrar de forma contínua, ações e serviços de saúde. Isso permite um atendimento de qualidade, integral, responsável e humanizado. A integração busca melhorar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

5.1. Composição de uma Rede Assistencial

Uma Rede Assistencial é formada por um conjunto de serviços e ações de saúde interligados, que cobrem toda a jornada do paciente. Isso inclui desde a promoção e prevenção até o diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

As unidades que fazem parte dessa rede, como hospitais, UBSs, centros especializados, laboratórios e clínicas, são conectadas por meio de um serviço de regulação que organiza o acesso e a continuidade do cuidado.

Essas redes são arranjos organizacionais que conectam ações e serviços de saúde de diferentes complexidades. A integração é feita através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo principal de garantir a integralidade do cuidado ao paciente.

5.2. Estrutura da Acreditação em Rede Assistencial

A estrutura da Acreditação em Rede Assistencial é composta pelos seguintes elementos:

- ✓ Centro Coordenador da Rede (CCR): É a unidade central (matriz) responsável pela gestão e coordenação estratégica das atividades e padrões da rede de saúde.
- ✓ Pontos de Atenção à Saúde (PAS): São as unidades de serviço ou instalações descentralizadas (filiais) que integram a rede, onde a assistência direta ao paciente é prestada.

5.3. Princípios da Acreditação em Rede Assistencial

A Acreditação em Rede Assistencial é guiada pelos seguintes princípios:

- ✓ Integralidade: Garantia de atendimento a todas as necessidades de saúde do paciente.
- ✓ Continuidade: O fluxo de atendimento não sofre interrupções entre os diferentes níveis de

atenção.

- ✔ **Acessibilidade:** Garante-se o acesso equitativo a todos os serviços de saúde.
- ✔ Para que as redes assistenciais sejam eficientes, de alta qualidade e bem organizadas, a estrutura deve se basear nos seguintes fundamentos:
 - Economia de escala
 - Disponibilidade de recursos
 - Qualidade e acesso
 - Integração horizontal e vertical
 - Processos de substituição
 - Territórios sanitários
 - Níveis de atenção

5.4. Conceitos da Acreditação em Rede Assistencial

- ✔ **Experiência do Usuário:** É a percepção individual do paciente sobre todos os pontos de contato com o serviço de saúde, do primeiro acesso ao resultado.
- ✔ **Coprodução:** Trata-se da construção colaborativa de soluções e cuidados de saúde. Nela, pacientes e profissionais trabalham juntos, com base no diálogo, no respeito mútuo e na responsabilidade compartilhada, para alcançar o melhor resultado.
- ✔ **Letramento em Saúde:** É a capacidade de acessar, entender, avaliar e aplicar informações de saúde. Essa habilidade é essencial para tomar decisões informadas sobre cuidado, prevenção e promoção da saúde.
- ✔ **Cuidado Compassivo:** Consiste em oferecer um cuidado com empatia e sensibilidade, especialmente em momentos de dor, sofrimento ou vulnerabilidade. Inclui uma escuta atenta e uma presença que acolhe e respeita as emoções e necessidades do paciente.

5.5. Regulação em Rede Assistencial

A regulação de redes assistenciais visa organizar o fluxo de pacientes e recursos para garantir um atendimento contínuo e eficaz. Seus principais objetivos incluem:

- ✔ **Planejamento:** Identificar as necessidades de saúde, dimensionar os recursos necessários e definir diretrizes.
- ✔ **Financiamento:** Garantir que os recursos sejam distribuídos de forma equitativa entre os serviços.
- ✔ **Controle:** Monitorar o desempenho da rede, avaliar a qualidade dos serviços e identificar oportunidades de melhoria contínua.

- ☑ **Articulação:** Integrar os serviços e promover a comunicação eficiente entre todos os níveis de atenção.
- ☑ **Gestão Integrada:** Gerenciar leitos, agendas e atendimentos de forma integrada, assegurando que o paciente seja atendido em tempo e condições adequadas.
- ☑ **CrITÉrios ClÍnicos:** Estabelecer critérios de prioridade clínica para a admissão de pacientes, incluindo aqueles provenientes de outras organizações.
- ☑ **Rede de Referência:** Formalizar e manter relações com a rede de referência, garantindo que os casos que a organização não pode resolver sejam transferidos ou referidos corretamente.

5.6. Exemplos de Programas da Acreditação em Rede Assistencial

- ☑ **Rede de Atenção Básica Integrada e Serviços Especializados:** Conecta unidades de saúde da família (USF) e unidades básicas de saúde (UBS) a serviços especializados, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), policlínicas e clínicas de reabilitação.
- ☑ **Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil:** Garante um cuidado completo e contínuo para gestantes e bebês, desde o pré-natal até o acompanhamento pediátrico.
- ☑ **Rede de Urgência e Emergência:** Organiza serviços como o SAMU, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais de referência para emergências e hospitais de referência para traumas e acidentes vasculares cerebrais (AVC).
- ☑ **Rede de Atenção Oncológica:** Integra clínicas, laboratórios, hospitais e centros de reabilitação para um cuidado completo em câncer, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação.
- ☑ **Rede de Atenção Psicossocial:** Articula serviços como CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e unidades de acolhimento para oferecer suporte abrangente em saúde mental.
- ☑ **Rede de Atenção ao Paciente Crônico:** Focada no manejo de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e doenças respiratórias, conectando UBS, hospitais de referência e serviços de diagnóstico.
- ☑ **Rede de Reabilitação e Cuidados Paliativos:** Rede que inclui centros de reabilitação, cuidados paliativos domiciliares e suporte hospitalar para pacientes em fim de vida ou com limitações físicas importantes.
- ☑ **Outros Programas ou Iniciativas Relevantes da Rede.**

6. ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação para a Acreditação em Rede Assistencial da ONA é estruturado em fases sequenciais, projetadas para verificar a conformidade da rede com os padrões de qualidade e segurança estabelecidos.

6.1. Elegibilidade da Acreditação em Rede Assistencial

Para ser elegível ao processo de Acreditação em Rede Assistencial, a organização deve atender aos seguintes critérios, além dos estabelecidos na NA. 002.

6.1.1. Estrutura e Governança da Rede

A rede deve demonstrar uma estrutura organizacional e de governança robusta, caracterizada por:

- ☑ Centro Coordenador da Rede (CCR): Presença de um CCR (escritório central ou sede) formalmente estabelecido, responsável pelo planejamento estratégico, controle e gestão de toda a rede. É fundamental identificar se o CCR possui processos produtivos/assistenciais ou se atua exclusivamente na gestão.
- ☑ Vínculo Legal ou Contratual: Todas as unidades operacionais (Pontos de Atenção à Saúde - PAS) devem estar interligadas por vínculo legal ou contratual formal e idôneo com o Centro Coordenador da Rede (CCR).
- ☑ Estrutura Corporativa Única: A rede deve apresentar uma estrutura corporativa única, sujeita a um sistema de gestão comum e continuamente supervisionado e acompanhado pelo sistema de governança corporativa.

6.1.2. Sistema de Gestão Integrado

A rede deve operar com um sistema de gestão abrangente e integrado, que inclua:

- ☑ Sistema de Gestão Comum: Um sistema de gestão padronizado, monitorado e supervisionado continuamente pelo CCR, abrangendo diretrizes e processos estruturados para todas as unidades da rede.

6.1.3. Requisitos para o Processo de Avaliação

Para a condução da avaliação, aplicam-se os seguintes requisitos específicos:

- ☑ Abrangência da Avaliação: A avaliação deve contemplar todas as subseções obrigatórias e não obrigatórias conforme o perfil de cada unidade, seja a gestão centralizada no CCR ou desdobrada nos PAS.

- ☑ No CCR, se houver processo produtivo/assistencial, as demais seções além da Seção 1 (Gestão) serão habilitadas para avaliação.
- ☑ Avaliação dos Pontos de Atenção à Saúde (PAS): Todos os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) serão avaliados dentro do ciclo de acreditação da rede assistencial.
- ☑ Flexibilidade de Normas: As unidades selecionadas para a Acreditação da Rede Assistencial podem pertencer a Normas de Avaliação (NA) iguais ou diferentes, contemplando 100% das normas existentes no Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA).
- ☑ Ingresso de Novos PAS: Será permitido o ingresso de novos Pontos de Atenção à Saúde (PAS) na Acreditação em Rede com no mínimo 6 meses de constituição.
 - Pré-requisitos para novos PAS: A unidade matricial do grupo deve estar acreditada há, no mínimo, 6 meses, e pelo menos 50% das demais PAS da rede já devem estar acreditadas. Adicionalmente, a organização deve estar regularizada e sem pendências legais vigentes.

6.2. Amostragem para Avaliação da Rede Assistencial

A avaliação de acreditação da rede assistencial será conduzida por meio de um modelo de amostragem que considera os seguintes critérios:

- ☑ Ciclo Contínuo de Avaliação: Os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) serão avaliados de forma contínua ao longo do ciclo de acreditação da rede.
- ☑ Representatividade dos PAS: A seleção das unidades para amostragem deve priorizar:
 - Unidades com maior impacto assistencial e maior variabilidade de processos.
 - A diversidade na complexidade, risco e características funcionais dos PAS.
 - Unidades com diferentes perfis de atendimento (exemplo: diagnóstico por imagem, ambulatório, laboratório), garantindo a avaliação de, no mínimo, uma unidade de cada perfil existente na rede.
- ☑ Aplicação de Padrões de Qualidade:
 - Serão aplicados os mesmos padrões de qualidade a todos os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) da rede.
 - A aplicação dos padrões será ajustada e contextualizada de acordo com o perfil e a função específica de cada Ponto de Atenção à Saúde (PAS) avaliado.

6.2.1. Priorização dos Pontos de Atenção à Saúde (PAS) na Avaliação

Os critérios a seguir serão utilizados para priorizar a seleção dos Pontos de Atenção à Saúde (PAS) no processo de avaliação da rede:

- ☑ Resultados de Avaliações Anteriores:
 - Presença de Não Conformidades (NCs) em requisitos *core*.
 - Maior número de Não Conformidades (NCs) em requisitos gerais.
- ☑ Segurança do Paciente:
 - Registro de Eventos Adversos classificados com dano grave ou óbito.
- ☑ Relevância Operacional e Estrutural:
 - Complexidade e/ou representatividade no volume de atendimento.
 - Baixa maturidade em gestão.
- ☑ Novas Incorporações à Rede:
 - Pontos de Atenção à Saúde (PAS) recém-incorporados à rede.
- ☑ Decisão da IAC:
 - Critérios de priorização definidos pela Instituição Acreditadora Credenciada (IAC), com base nos achados e históricos de avaliações anteriores.

Observação: Postos de coleta e agências transfusionais são elegíveis para acreditação, desde que cumpram com os critérios gerais de elegibilidade da rede.

Ponto de Atenção à Saúde (PAS)	Classificação de Complexidade	Risco (Baixo, Médio ou Alto)	Justificativa	Avaliação por Amostragem
Pontos de Atenção Primária (UBS, Estratégia Saúde da Família) CCR ou PAS	Baixa Complexidade: Atendimento inicial e preventivo, menor probabilidade de eventos adversos graves.	Baixo Risco: Intervenções de menor complexidade e impacto clínico reduzido, geralmente sem necessidade de suporte emergencial imediato.	Representa a porta de entrada do sistema de saúde e deve resolver a maioria dos problemas sem necessidade de encaminhamento.	Os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) poderão ser selecionados de forma amostral ao longo do ciclo de acreditação, desde que todas as unidades sejam avaliadas integralmente dentro do período de validade do certificado. 100% das PAS serão avaliados na 1ª certificação. Avaliação de no mínimo 50% na avaliação para acreditação/recertificação. Avaliação de no mínimo 25% em cada manutenção.

Ponto de Atenção à Saúde (PAS)	Classificação de Complexidade	Risco (Baixo, Médio ou Alto)	Justificativa	Avaliação por Amostragem
Pontos de Atenção Secundária (Ambulatórios especializados, clínicas de especialidades) CCR ou PAS	Média Complexidade: Maior exposição a diagnósticos diferenciais, procedimentos invasivos leves e necessidade de encaminhamentos especializados.	Médio Risco: Procedimentos especializados que envolvem maior probabilidade de complicações ou necessidade de acompanhamento contínuo.	Inclui especialidades médicas e exames mais detalhados, servindo como suporte à atenção primária.	Os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) poderão ser selecionados de forma amostral ao longo do ciclo de acreditação, desde que todas as unidades sejam avaliadas integralmente dentro do período de validade do certificado. 100% das PAS serão avaliados na 1ª certificação. Avaliação de no mínimo 50% na avaliação para acreditação/recertificação. Avaliação de no mínimo 25% em cada manutenção.
Pontos de Atenção Terciária e Quaternária (Hospitais-dia, Hospitais gerais, hospitais de alta complexidade, serviços de alta complexidade) CCR ou PAS	Alta Complexidade: Atendimento de pacientes críticos, necessidade de suporte intensivo, cirurgias de alta complexidade e maior probabilidade de eventos adversos graves.	Alto Risco: atendimentos críticos, cirurgias e serviços que podem impactar diretamente a segurança do paciente caso não sigam protocolos rigorosos.	Representam a linha de cuidado de maior densidade tecnológica, voltadas para procedimentos complexos e suporte intensivo	Todos os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) deverão ser avaliados integralmente em cada avaliação (acreditação, manutenção, upgrade), não sendo permitida a amostragem ou seleção parcial das unidades.
Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Laboratórios, centros de imagem, bancos de sangue) CCR ou PAS	Média/Alta Complexidade: O risco varia conforme o tipo de procedimento: exames laboratoriais e diagnósticos por imagem têm médio risco, enquanto hemoterapia, exames invasivos e serviços de banco de sangue apresentam alto risco.	Médio Risco: Procedimentos especializados que envolvem maior probabilidade de complicações ou necessidade de acompanhamento contínuo.	Seu nível varia de acordo com o tipo de exame/procedimento realizado e o impacto na tomada de decisão clínica	Os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) poderão ser selecionados de forma amostral ao longo do ciclo de acreditação, desde que todas as unidades sejam avaliadas integralmente dentro do período de validade do certificado. 100% das PAS serão avaliados na 1ª certificação. Avaliação de no mínimo 50% na avaliação para acreditação/recertificação. Avaliação de no mínimo

Ponto de Atenção à Saúde (PAS)	Classificação de Complexidade	Risco (Baixo, Médio ou Alto)	Justificativa	Avaliação por Amostragem
				25% em cada manutenção.
Postos de Coleta	Para efeito de cálculo da amostra mínima de postos de coleta a serem avaliados na visita de certificação, deve-se considerar a raiz quadrada do total destas unidades. A escolha das unidades deverá ser por produtividade, ou seja, unidades que realizam o maior número de coletas. Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.			
Agências Transfusionais	Para efeito de cálculo da amostra mínima de agências transfusionais a serem avaliadas na visita de certificação, deve-se considerar a raiz quadrada do total destas unidades. A escolha das unidades deverá ser por produtividade, ou seja, unidades que realizam o maior número de transfusões. Para as visitas de manutenção, devem ser considerados 50% do N da amostra definida na visita de certificação.			

6.3. Taxa de Avaliação

O cálculo da taxa de avaliação será regido pela Norma Orientadora específica.

6.4. Dimensionamento de Avaliadores

O dimensionamento da equipe de avaliadores será regido pela Norma Orientadora específica.

A equipe designada para a condução do processo de Acreditação em Rede Assistencial deverá observar as seguintes disposições:

- ✔ Será obrigatoriamente composta por um Coordenador de Avaliação, que atuará como líder e responsável pelo acompanhamento integral do projeto.
- ✔ O Coordenador poderá integrar a equipe executora da avaliação ou dedicar-se exclusivamente à gestão do projeto, conforme deliberação da Instituição Acreditadora Credenciada (IAC).
- ✔ É um requisito fundamental que o Coordenador demonstre domínio conceitual sobre rede assistencial e epidemiologia.
- ✔ A IAC deverá assegurar a manutenção de, no mínimo, 50% da equipe de avaliadores de nível pleno ou sênior ao longo de todo o processo de avaliação da rede.
- ✔ A Organização Nacional de Acreditação (ONA) participará obrigatoriamente da avaliação, exercendo o acompanhamento técnico da condução do processo de Acreditação em Rede Assistencial.

6.5. Programação de Visita

A programação da visita para a avaliação da Acreditação em Rede Assistencial deve abranger não apenas a avaliação individual de cada Ponto de Atenção à Saúde (PAS) participante, mas também o Centro Coordenador da Rede (CCR), que engloba a matriz ou a sede administrativa.

Para as instituições que aderem ao modelo, a avaliação do CCR será realizada duas vezes durante o processo de certificação inicial:

- ✔ No início da visita: Com o objetivo de identificar o modelo de governança, as diretrizes integradas, os processos corporativos e os sistemas de informação e apoio comuns às unidades da rede.
- ✔ Ao final da visita: Focando na integração das evidências coletadas, no alinhamento estratégico e na validação dos mecanismos de suporte à jornada do paciente em rede.

Após a concessão da acreditação em rede assistencial, a avaliação do CCR passará a ser realizada anualmente. Esta avaliação fará parte do processo de monitoramento e manutenção do modelo de governança e integração da rede, seguindo os critérios estabelecidos no ciclo de certificação vigente.

6.6. Processo de Avaliação

O processo de avaliação para a Acreditação em Rede Assistencial deverá contemplar os seguintes aspectos:

- ✔ Avaliação do Centro Coordenador da Rede (CCR): Análise da gestão da rede, regulação, processos organizacionais e governança, verificando a centralização das diretrizes e o suporte às unidades.
- ✔ Avaliação dos Pontos de Atenção à Saúde (PAS): Avaliação individual de cada unidade, considerando sua estrutura, os serviços prestados e a aplicação local das diretrizes da rede.
- ✔ Processos Transversais da Rede: Verificação dos requisitos comuns a todas as unidades.
 - Desdobramento Local dos Processos Transversais: Os requisitos transversais serão avaliados no CCR, mas as PAS são responsáveis pelo desdobramento e aplicação local desses processos transversais, considerando o perfil dos pacientes e as necessidades específicas da unidade.
 - Conclusão dos Processos Transversais: A avaliação e conclusão sobre a efetividade dos processos transversais somente será finalizada após a análise tanto do CCR quanto dos PAS.

- ☑ Comunicação e Integração: Será fundamental verificar a comunicação e a integração entre o CCR e os PAS em todos os níveis (estratégico, tático e operacional), assegurando a consistência na gestão e na assistência prestada em rede.
- ☑ Utilização de Relatórios de Serviços de Terceiros: Relatórios de serviços de terceiros (seja da mesma IAC ou de uma IAC diferente) poderão ser disponibilizados à equipe de avaliadores, desde que dados sensíveis sejam devidamente ocultados para proteger a privacidade e confidencialidade.

6.7. Relatório

A estrutura dos relatórios de Acreditação em Rede Assistencial deverá seguir os seguintes critérios:

- Relatório Consolidado da Rede: Oferecerá uma visão sistêmica da rede, integrando a avaliação do Centro Coordenador da Rede (CCR) e de todos os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) avaliados.
- Relatório Consolidado dos Pontos de Atenção à Saúde (PAS): Apresentará um resumo consolidado dos achados de todas as unidades PAS avaliadas.
- Relatório Específico do CCR: Detalhará exclusivamente os resultados da avaliação do Centro Coordenador da Rede (CCR).
- Relatórios Individuais dos PAS: Serão emitidos relatórios específicos para cada Ponto de Atenção à Saúde (PAS) avaliado, detalhando seus resultados individuais.

6.8. Níveis de Acreditação em Rede

As unidades que compõem a rede assistencial podem possuir diferentes níveis de acreditação. No entanto, é mandatório que o Centro Coordenador da Rede (CCR) atinja e mantenha o nível de acreditação mais elevado que seja requerido pelo escopo total da certificação da rede.

A avaliação da governança e dos processos transversais da rede deverá ocorrer anualmente, independentemente do nível de acreditação das unidades.

6.9. Emissão do Certificado

- ☑ Será emitido um certificado de acreditação específico para o Centro Coordenador da Rede (CCR) e um certificado individual para cada Ponto de Atenção à Saúde (PAS) que for acreditado.
- ☑ No certificado de Acreditação da Rede Assistencial, será explicitada a relação de todos os Pontos de Atenção à Saúde (PAS) acreditados que a integram, confirmando a certificação do conjunto.

6.10. Incorporação de Novas Unidades à Rede Acreditada

Novas unidades (Pontos de Atenção à Saúde - PAS) podem ser incorporadas à rede já acreditada, desde que os seguintes requisitos sejam atendidos:

- ☑ Conformidade com Padrões: A nova unidade deve atender e demonstrar conformidade com os mesmos padrões de acreditação estabelecidos na certificação inicial da rede.
- ☑ Avaliação Extraordinária: A unidade incorporada deverá passar por uma avaliação extraordinária, realizada dentro do ciclo de certificação vigente da rede.
- ☑ Monitoramento Contínuo pelo CCR: O Centro Coordenador da Rede (CCR) deverá assegurar o monitoramento contínuo da nova unidade para garantir a manutenção da conformidade com os padrões da rede e da acreditação.

6.11. Etapas Complementares do Processo de Acreditação

Para as demais etapas do processo de acreditação, incluindo, mas não se limitando a cadastro, agendamento, programação, pesquisa e homologação, deverão ser observadas as normas específicas aplicáveis.

7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Informações detalhadas sobre os requisitos, procedimentos e orientações específicas sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA podem ser consultadas nas normas orientadoras correspondentes, disponíveis na biblioteca online do portal oficial: <https://www.ona.org.br>.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a Equipe de Acreditação através do e-mail ona@ona.org.br.

8. DOCUMENTOS DE APOIO E REGISTROS

- ☑ Estatuto da Organização Nacional de Acreditação
- ☑ Normas Orientadoras
- ☑ Normas de Avaliação
- ☑ Manual para Organizações Prestadoras dos Serviços de Saúde - OPSS
- ☑ Manual dos Serviços para a Saúde - Selo de Qualificação ONA

9. REFERÊNCIAS

As diretrizes desta norma estão baseadas nas seguintes regulamentações e referências:

- ☑ Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Portaria nº 2.436/2017.
- ☑ Política Nacional de Redes de Atenção à Saúde (RAS) - Portaria nº 4.279/2010.
- ☑ Resolução RDC nº 63/2011 - ANVISA.
- ☑ Mendes, E. V. "As Redes de Atenção à Saúde". Ciência & Saúde Coletiva, 2010.