

MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Manual de
DIRETRIZES
para o
AVALIADOR

MANUAL DE DIRETRIZES PARA O AVALIADOR

Método de Avaliação

Editora: Organização Nacional de Acreditação

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) **(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Método de avaliação [livro eletrônico] : manual de diretrizes para o avaliador / [organização: Organização Nacional de Acreditação]. -- São Paulo : Linotec Produção Editorial, 2026. PDF

Vários colaboradores.

ISBN 978-65-82985-21-8

1. Avaliação - Métodos 2. Entrevistas 3. Pacientes - Atendimento 4. Pacientes - Medidas de segurança 5. Perspectiva 6. Qualidade - Controle 7. Saúde I. Organização Nacional de Acreditação.

26-388101.0

CDD-610

Índices para catálogo sistemático:

1. Pacientes : Medidas de segurança : Ciências médicas 610
Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB - SP-010133/O



ONA

Rua Bela Cintra, 986 – Conj. 101

01415-002 – São Paulo/SP

Fone: (11) 3121.3232

Portal ONA: www.ona.org.br

E-mail: ona@ona.org.br

MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Manual de
DIRETRIZES
para o
AVALIADOR

ON A

Organização Nacional de Acreditação



Colaboradores do Manual de Diretrizes para o Avaliador

Grupo de Trabalho

Ana Claudia Mandolesi	Katiane Mascarenhas Barrios
Adriana Cristina Marcon	Letícia Santana
Adriana Daum	Lucianna Novaes
Aline Lima	Mara Cristina Martins Moraes
Ana Carla Restitute	Maria Ludimila
Ana Carolina Silveira	Marília Damasceno
Ana Flávia	Marina Ferrari Fabro
Angelina Franscisco	Michel Matos
Audrey Rippel	Natalia Matias
Camila Deister	Paula Heberle
Cibele Baldinato Azeredo	Paula Nahas
Claudia Mara	Raquel Oliveira Rocha de Freitas Hatem
Cristiane Siqueira	Renata Guerra
Daniela Akemi Costa	Renata Lamônica
Doris Bordini Gozi	Revetria Portela
Eliana Maria Castiglioni	Rosana Maria Passos Ribeiro Medeiros
Elizabeth Reis	Rosana Medeiros
Ethel M. S. Torelly	Sérgio Ruffini
Fabiana da S Rigolo Kanegusuke	Taise Jordão
Fernanda Guimaraes	Tatiana Lourenço
Gilvane Lolato	Thais Helena Vieira Medeiros
Isabela Caiaffa	Thaiza Cristina Afonso

Sumário

Colaboradores do Manual de Diretrizes para o Avaliador	5
Método de Avaliação	
Manual de Diretrizes para o Avaliador	
1. Introdução.....	11
2. Competências, Habilidades e Atitudes.....	13
2.1. Competência do Avaliador ONA.....	13
2.2. Conhecimento	13
2.3. Atitude.....	14
3. As Perspectivas.....	15
3.1. Primeira Perspectiva: O Que a Organização Diz que Faz.....	15
3.2. Segunda Perspectiva: O Que a Organização Realmente Faz	15
3.3. Terceira Perspectiva: O Que o Paciente Sente e Percebe	15
4. A Jornada do Paciente	17
5. O Método de Avaliação: a Triangulação como Fundamento.....	19
5.1. O Trabalho Conforme Imaginado.....	19
5.2. O Trabalho Executado.....	20
5.3. A Experiência de Serviço.....	20
5.4. Técnicas de Avaliação.....	21
5.5. Raciocínio de Avaliação	22
5.6. Definição dos Termos Utilizados no Método de Avaliação	23
6. Regras e Recomendações para o Rastreamento e Entrevistas.....	25
6.1. Regras mínimas para realização de rastreamentos e entrevistas.....	25
6.1.1. Organizações Hospitalares	25
6.1.2. Organizações Não Hospitalares.....	25
6.1.3. Entrevistas.....	25
6.1.4. Recomendações para aplicação do método.....	25
6.1.5. Objetivo e propósito do rastreamento.....	26
6.1.6. Orientações técnicas para entrevista com pacientes e familiares.....	26
6.1.7. Orientações técnicas para entrevista com colaboradores da ponta	27
7. Referências.....	29

8. Método de Avaliação	31
8.1. Método de Avaliação – Estratégia Organizacional.....	31
8.2. Método de Avaliação – Diretriz Organizacional.....	34
8.3. Método de Avaliação – Jornada do Paciente – Parte I.....	38
8.4. Método de Avaliação – Jornada do Paciente – Parte II.....	44
8.5. Método de Avaliação – Requisitos Transversais Seção 2.....	50
8.6. Método de Avaliação – Requisitos Transversais Seção 3.....	57
8.7. Método de Avaliação – Requisitos Transversais Seção 4.....	73



Método de Avaliação

Manual de Diretrizes para o Avaliador

1.

Introdução

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) representa, há mais de duas décadas, o pilar de sustentação da qualidade e da segurança assistencial no Brasil. Nascida do anseio de diversas instituições do setor por um padrão de excelência genuinamente brasileiro, a ONA transcendeu seu papel inicial para se tornar uma força motriz na evolução da gestão em saúde. Sua missão é aprimorar a gestão, qualidade e a segurança da assistência no Setor Saúde, por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação. A acreditação, sob a égide da ONA, não é um mero selo de conformidade, mas um reconhecimento público de que uma organização atingiu um patamar de maturidade que a habilita a oferecer um cuidado seguro, eficaz e centrado nas necessidades de seus pacientes.

Neste ecossistema, o Avaliador ONA assume um papel de protagonista. Sua atuação se distancia da auditoria tradicional, que se limita a inspecionar a conformidade de forma binária, para abraçar a avaliação, que busca compreender, comparar e emitir juízo de valor sobre o serviço de saúde.

Longe da figura do auditor, o avaliador é um educador, um mentor e um catalisador de mudanças. Sua missão não é apenas verificar a aderência a padrões, mas sim instigar a reflexão crítica, identificar oportunidades de melhoria e, acima de tudo, avaliar a capacidade da organização de aprender e evoluir. O avaliador tem a responsabilidade de demonstrar a credibilidade do Sistema Brasileiro de Acreditação, devendo possuir competências técnicas, sociais, comportamentais, éticas e visão sistêmica.

2.

Competências, Habilidades e Atitudes

2.1. Competência do Avaliador ONA

- Trabalho em equipe.
- Boa comunicação.
- Administração do tempo.
- Bom relacionamento interpessoal.
- Proatividade.
- Saber administrar conflitos.
- Ética mantendo a confidencialidade e a segurança das informações obtidas.
- Postura adequada diante das situações e relações entre os profissionais.

Organização e planejamento.

- Condução e gestão de equipes.
- Antecipar e prevenir problemas e conflitos.
- Capacidade de síntese das informações.
- Relacionamento interpessoal: respeitando costumes culturais e sociais do avaliado.
- Conhecer a legislação sanitária vigente.
- Conhecer princípios de gestão da qualidade.
- Conhecer ferramentas de gestão da qualidade e sua aplicação.
- Conhecer a terminologia da saúde.
- Conhecer as características técnicas dos processos e serviços do setor saúde.

2.2. Conhecimento

- Conhecimento na área da saúde.
 - Conhecimento em Gestão da Qualidade.
 - Conhecimento em Segurança do Paciente.
 - Conhecimento em Acreditação em Saúde.
 - Conhecimento das Normas Orientadoras da ONA.
 - Conhecimento dos Manuais da ONA.
 - Conhecimento dos processos de Avaliação.
 - Vivência na gestão da qualidade, segurança do paciente e acreditação em saúde.
 - Experiência na gestão da qualidade, segurança do paciente e acreditação em saúde.
- Habilidades Pessoais (saber fazer):
- Ética;
 - Organização;

- Planejamento;
- Bom negociador;
- Trabalho em equipe;
- Boa comunicação;
- Administração do tempo;
- Bom relacionamento interpessoal;
- Saber administrar conflitos.

2.3. Atitude

- Responsabilidade.
- Comprometimento.
- Visão inovadora.
- Empatia.
- Humildade.
- Cooperação.
- Participativo.
- Garra, coragem, determinação e automotivação.
- Gerar transformação nas organizações de saúde através da avaliação.
- Proatividade.
- Capacidade de aplicação do conhecimento e habilidades, adquiridos através de educação, experiência profissional, treinamento em avaliação e experiência em processos de avaliação.

Com a maturidade do Sistema Brasileiro de Acreditação, e através de uma visão contemporânea alinhada aos contextos atuais do sistema de saúde brasileiro e das necessidades de pacientes, evolui também o nosso olhar. Embora o foco em processos sempre tenha sido a espinha dorsal da gestão organizacional, a ONA avança para fortalecer ainda mais a visão sistêmica e transversal.

Ao estruturar a avaliação com base em padrões e requisitos, o método incentiva a adoção de uma visão sistêmica, o fortalecimento da liderança e a gestão por processos, que são a espinha dorsal da organização. O aprimoramento dos aspectos relacionados à Gestão Organizacional, como o planejamento e diretrizes estratégicas alinhados ao impacto social, ambiental e relacionado às pessoas, assim como a introdução da Jornada do Paciente como eixo metodológico aprofunda essa perspectiva, convidando a gestão a enxergar a organização com os olhos de quem recebe o cuidado. Essa abordagem alinha, conecta e humaniza os processos, permitindo que os gestores identifiquem falhas nas interações e promovam um sistema de cuidado verdadeiramente coerente e integrado. Dessa forma, a acreditação orienta a gestão para a melhoria contínua e para a entrega de desfechos que realmente importam para o paciente.

A incorporação dos padrões e requisitos da metodologia deve ser incentivada a impactar na jornada do paciente na ponta do cuidado. Superamos a fase da auditoria tradicional, focada em tarefas isoladas e em uma visão fragmentada, para adotar uma abordagem multidimensional. O novo método busca compreender como os processos de cuidado se integram para formar uma jornada do paciente coesa e segura. Para o avaliador, isso significa operar em três níveis de perspectiva, cada um mais profundo que o anterior, garantindo que os padrões e requisitos sejam efetivamente vistos, sentidos e que atinjam os pacientes.

3.

As Perspectivas

3.1. Primeira Perspectiva: O Que a Organização Diz que Faz

Esta é a camada fundamental da avaliação, o nosso ponto de partida. Corresponde ao “Trabalho Conforme Imaginado”, onde analisamos a estrutura formal da organização: seus padrões, protocolos e procedimentos. Aqui, nosso papel como avaliadores é compreender a arquitetura do sistema de gestão. Verificamos se as diretrizes estão alinhadas às boas práticas e se os processos de cuidado estão logicamente desenhados. Esta perspectiva é essencial, pois revela a intenção da organização. Contudo, uma avaliação que se encerra aqui é incompleta, pois o planejamento dos processos no papel não garante que eles não sejam executados como tarefas isoladas na prática.

3.2. Segunda Perspectiva: O Que a Organização Realmente Faz

Aqui, damos um passo crucial do plano teórico para a execução prática. Esta perspectiva corresponde ao “Trabalho Executado”, e nosso foco se desloca para as ações e comportamentos observados. O avaliador vai para o local onde o cuidado acontece para verificar se os processos de cuidado planejados são de fato seguidos e, mais importante, se eles se conectam de forma integrada ou se são executados como tarefas isoladas. É nesta etapa que identificamos a congruência ou a dissonância entre o que está escrito e o que é praticado, o cerne da avaliação.

3.3. Terceira Perspectiva: O Que o Paciente Sente e Percebe

Esta é a perspectiva culminante e o verdadeiro objetivo da acreditação. É aqui que medimos o resultado de todo o esforço organizacional através da jornada do paciente. A forma como os processos de cuidado são executados gera um impacto direto no que o paciente sente em sua experiência, segurança e desfecho clínico. O papel do avaliador, nesta fase, é conectar os pontos: usar a entrevista com o paciente e seus familiares como uma ferramenta poderosa para validar se as ações da organização estão, de fato, gerando o valor esperado ao longo de toda a sua jornada do paciente.

4.

A Jornada do Paciente

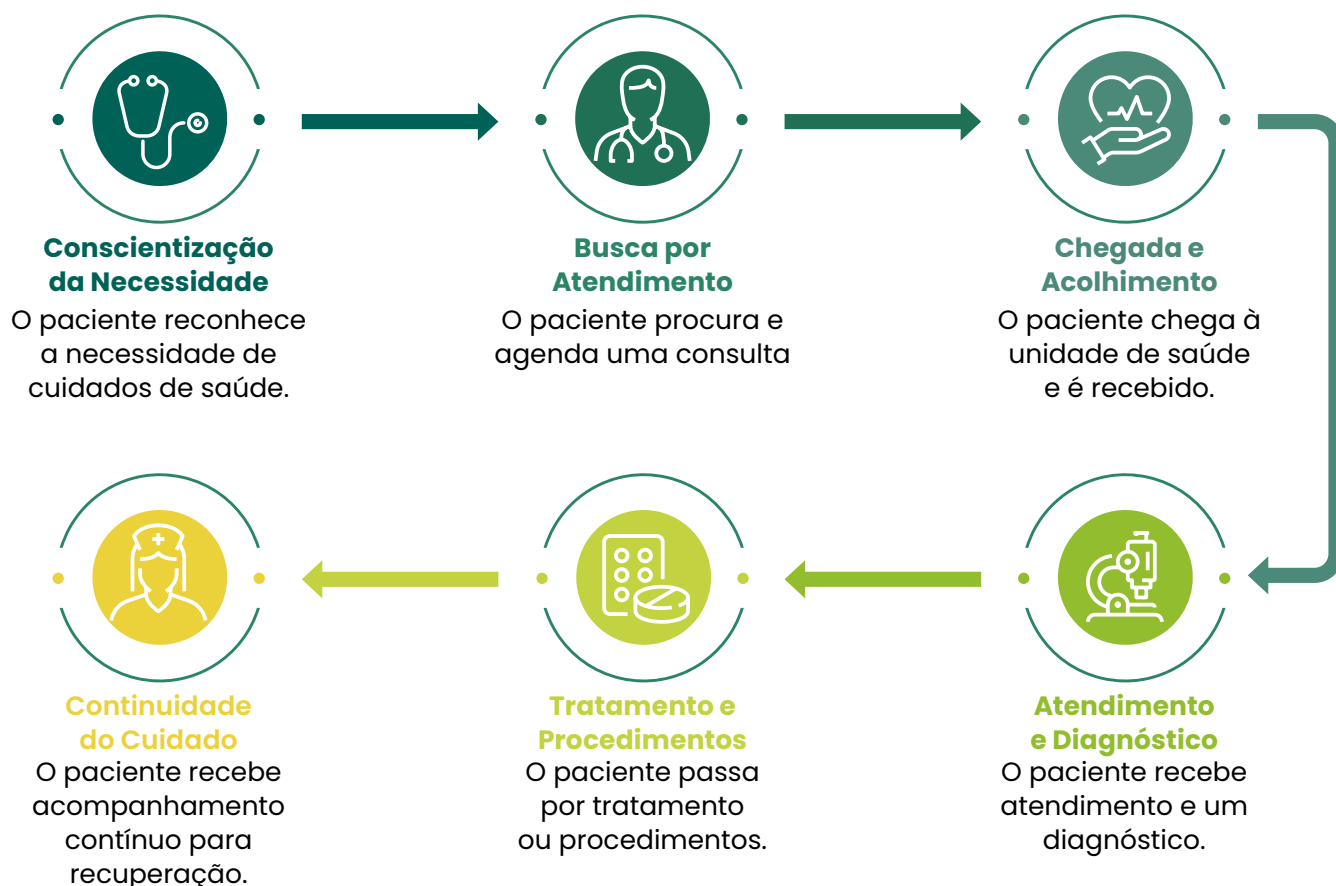


Imagem 1 – Jornada do Paciente: Manual OPSS 2026

A JORNADA DO PACIENTE consiste na miríade de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde, profissionais de saúde (formais e informais) e famílias e amigos e entre si. Essas interações ocorrem ao longo do tempo e em vários ambientes de saúde, como clínicas e hospitais, e dentro das comunidades. As interações espaço-temporais e as transições no cuidado vivenciadas por uma pessoa constituem a essência da jornada do paciente. Carayon et al. SEIPS 3.0: Human-Centered Design of the Patient Journey for Patient Safety. Appl Ergon. 2020 April; 84: 103033. doi:10.1016/j.apergo.2019.103033

A estruturação do Método de Avaliação com base na avaliação da Jornada do Paciente, nos convida a enxergar o cuidado com os olhos de quem mais importa, analisando a miríade de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde ao longo do tempo e em vários ambientes. Este método inovador troca a visão fragmentada de tarefas isoladas pela filmagem dinâmica do fluxo de cuidado, permitindo-nos enxergar o que realmente importa: a segurança das transições, a clareza da comunicação e a continuidade da assistência.

5.

O Método de Avaliação: a Triangulação como Fundamento

O método de avaliação ONA se baseia na triangulação para construir uma análise coerente, robusta e fidedigna. Esta abordagem consiste em proceder à avaliação sob três perspectivas distintas e complementares, permitindo ao avaliador cruzar informações para formar uma visão completa e precisa da realidade do cuidado. As três perspectivas que compõem a triangulação são: o trabalho conforme imaginado, o trabalho executado e a experiência de serviço.

O trabalho conforme imaginado	O trabalho executado	A experiência de serviço
• é avaliado pela revisão de políticas, procedimentos, diretrizes e instruções documentados; • por meio de entrevistas com lideranças responsáveis, mas não diretamente envolvidas no processo assistencial propriamente dito; • suposições, explícitas ou implícitas, que as pessoas têm sobre como o trabalho delas ou dos outros deve ser feito; • incluem suposições embutidas na cultura de uma organização ou na mente de pessoas individuais.	• é avaliado por observações durante traçadores; • por meio de entrevistas com lideranças e equipes diretamente envolvidas nos processos assistenciais reais; • pela revisão dos registros de como os cuidados realmente foram prestados; • ou pela revisão de indicadores numéricos de processo, preferencialmente gerados como parte natural do processo (em vez de documentar apenas para fins de avaliação externa).	• é avaliada por entrevistas com clientes e seus familiares ou grupos focais de clientes; • ou pela revisão de dados numéricos coletados de questionários, incluindo pesquisas sobre força de trabalho, cultura de segurança e engajamento da equipe. A experiência não é apenas sobre satisfação ou resultado, mas também sobre o que realmente aconteceu na perspectiva do cliente durante todo o processo de entrega do serviço.

Imagem 2 – Método de Avaliação

5.1. O Trabalho Conforme Imaginado

Esta perspectiva representa o plano ideal, a intenção da organização. É o que a instituição idealizou, planejou e formalizou para ser implementado. Para o avaliador, compreender esta camada é o primeiro passo para entender a estrutura sobre a qual o cuidado é construído. A avaliação do trabalho conforme imaginado inclui:

- A revisão de diretrizes, procedimentos e instruções documentadas.
- Entrevistas com lideranças que são responsáveis pelos processos, mas que não estão diretamente envolvidas na assistência propriamente dita.
- A identificação de suposições, tanto explícitas quanto implícitas, que as pessoas têm sobre como o trabalho deve ser feito.
- A análise de suposições que estão embutidas na cultura da organização ou na mentalidade de indivíduos específicos.

5.2. O Trabalho Executado

Esta é a perspectiva da realidade prática, onde o planejamento encontra a ação. Aqui, o avaliador investiga o que de fato acontece no dia a dia do serviço de saúde, comparando a prática real com o que foi documentado na primeira perspectiva. A avaliação do trabalho executado é realizada por meio de:

- Observações diretas no processo, no local onde o cuidado acontece.
- Entrevistas com as lideranças e, fundamentalmente, com as equipes que estão diretamente envolvidas nos processos assistenciais reais.
- A revisão dos registros que demonstram como os cuidados realmente foram prestados aos pacientes.
- A revisão de indicadores numéricos de processo, que preferencialmente devem ser gerados como parte natural do processo, e não apenas para fins de avaliação externa.

5.3. A Experiência de Serviço

Esta é a perspectiva culminante, pois avalia o impacto final de todo o trabalho da organização na experiência do serviço. Ela vai além dos resultados clínicos e busca compreender a percepção e o sentimento do cliente (pacientes e clientes internos) ao longo de sua jornada. A avaliação da experiência de serviço é validada por:

- Entrevistas com clientes e seus familiares ou pela realização de grupos focais de clientes.
- A revisão de dados numéricos coletados de questionários, incluindo pesquisas sobre a força de trabalho, a cultura de segurança e o engajamento da equipe, que impactam diretamente na experiência do cliente.

É fundamental compreender que a experiência não é apenas sobre satisfação ou resultado, mas sim sobre o que realmente aconteceu na perspectiva do cliente durante todo o processo de entrega do serviço.

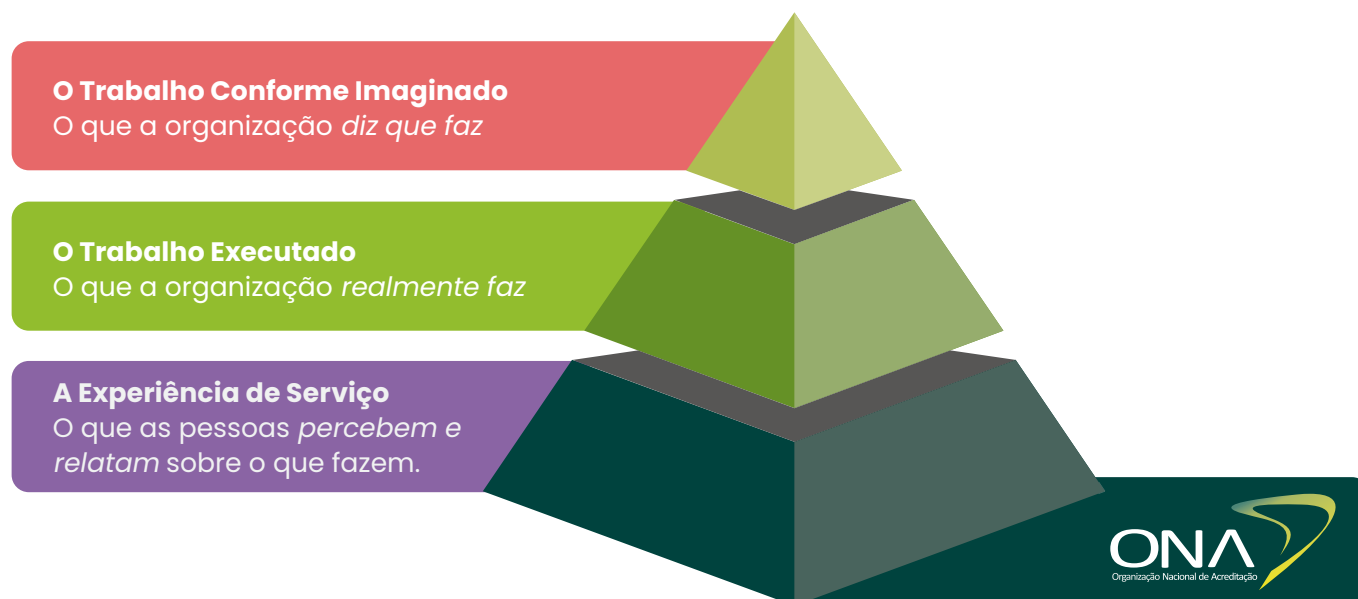


Imagem 3 – A triangulação do Método de Avaliação

O raciocínio do avaliador consiste em conectar essas três perspectivas. Uma organização de alta confiabilidade é aquela onde o trabalho imaginado, o executado e a experiência de serviço são congruentes e alinhados com as melhores práticas. A identificação de lacunas entre essas camadas é o que gera os achados mais significativos e as oportunidades de melhoria mais relevantes.

5.4. Técnicas de Avaliação

Para realizar uma avaliação sistêmica e profunda, o avaliador da ONA dispõe de um conjunto de ferramentas e técnicas que, quando combinadas, permitem a coleta de evidências robustas para a triangulação. Cada técnica oferece uma perspectiva única sobre a organização, e o seu uso articulado é o que garante a qualidade da avaliação. O avaliador possui diversas ferramentas à sua disposição para investigar a realidade da organização. A maestria está em saber qual ferramenta usar em cada momento e como conectar as informações obtidas por cada uma delas. As técnicas incluem:

- **Análise de Documentos.** Esta técnica consiste na revisão de políticas, protocolos, procedimentos, atas e outros registros formais da organização. É a principal forma de compreender “O Trabalho Conforme Imaginado”, ou seja, a estrutura e as intenções planejadas pela instituição.
- **Entrevistas.** A entrevista é uma ferramenta essencial para captar as percepções, o conhecimento e a cultura da organização. Realizadas com lideranças, profissionais da ponta e pacientes, as entrevistas ajudam a validar se os processos documentados são compreendidos e aplicados, além de serem fundamentais para avaliar a “Experiência de Serviço”.
- **Rastreamento/Avaliação da Jornada do Paciente na Prática.** Esta é a técnica central da nova metodologia, também conhecida como rastreamento. Consiste em seguir a trajetória de um paciente, sob seu ponto de vista (olhar de fora para dentro da organização), desde a Conscientização/Acesso (antes de chegar) até o Pós-Alta/Reabilitação. O avaliador pode caminhar pelas áreas da organização, entrevistar profissionais da linha de frente e entrevistar pacientes e familiares para avaliar, na prática, como os diferentes processos se conectam, como as transições de cuidado ocorrem e como o sistema funciona de forma integrada sob a perspectiva de quem recebe o cuidado. O rastreamento da jornada é uma técnica diferente do tracer tradicional.
- **Tracer Tradicional.** Técnica de rastreio que pode ser utilizada para avaliar a integração entre os processos de cuidado ou mesmo para rastrear equipamentos, exames e outros. A avaliação é realizada considerando o ponto de vista da cadeia produtiva da Instituição de Saúde (Visão de dentro para fora). Quando utilizado para avaliar a assistência, pode ser realizado desde a Admissão (porta para dentro) até a Alta médica/hospitalar/saída. Tradicionalmente busca evidências em checagens burocráticas: “O formulário de transferência está assinado?” “Comunicação entre a equipe multiprofissional (registros em prontuário).”
- **Observação Direta.** Através desta técnica, o avaliador observa os processos e as interações em tempo real, no local onde acontecem. É a ferramenta mais poderosa para avaliar “O Trabalho Executado”, permitindo comparar o que está documentado com o que é efetivamente praticado no dia a dia.

- **Análise de Indicadores.** Consiste na avaliação de dados quantitativos que medem o desempenho de processos e resultados. A análise de indicadores permite ao avaliador identificar tendências, pontos de melhoria e verificar se as metas de qualidade e segurança da organização estão sendo atingidas.
- **Análise de Prontuários.** Uma forma específica e crucial de análise documental. O prontuário é o registro legal e cronológico do cuidado prestado. Sua análise detalhada permite ao avaliador reconstruir a jornada clínica, verificar a adesão a protocolos, a qualidade dos registros e a segurança da assistência.
- **Análise de Mapas de Processo.** Esta técnica envolve a revisão dos fluxogramas e mapas desenhados pela própria organização. Ajuda o avaliador a compreender rapidamente o fluxo pretendido de um processo, identificar etapas críticas, interfaces entre setores e potenciais pontos de falha.
- **Análise de Resultados de Protocolos.** Vai além de verificar se um protocolo clínico existe. Esta técnica foca em analisar os desfechos e os resultados obtidos com a aplicação de protocolos específicos (ex.: Sepsis, AVC, Dor Torácica), avaliando se eles são, de fato, efetivos.
- **Grupos Focais com Profissionais, Lideranças e Pacientes.** Uma modalidade de entrevista estruturada, realizada com um grupo de pessoas com perfis semelhantes. Os grupos focais são uma excelente técnica para coletar percepções coletivas, discutir temas complexos em profundidade e compreender a cultura organizacional sob a ótica de diferentes atores.

5.5. Raciocínio de Avaliação

Contudo, a aplicação de técnicas e o conhecimento do método seriam insuficientes sem o desenvolvimento da competência mais essencial do avaliador: o Raciocínio de Avaliação.

Não se trata de uma verificação linear de itens, mas de uma abordagem diagnóstica sistêmica que conecta a expectativa de um padrão (o Requisito) com a realidade da assistência (a Jornada do Paciente), validando os achados pela Triangulação. É a habilidade de responder a três perguntas fundamentais:

- “O que exatamente estou procurando?” (O Requisito)
- “Onde e como este requisito impacta o paciente na prática?” (A Jornada)
- “Como posso provar o que encontrei?” (A Triangulação)

PROCESSO DE RACIOCÍNIO DE AVALIAÇÃO

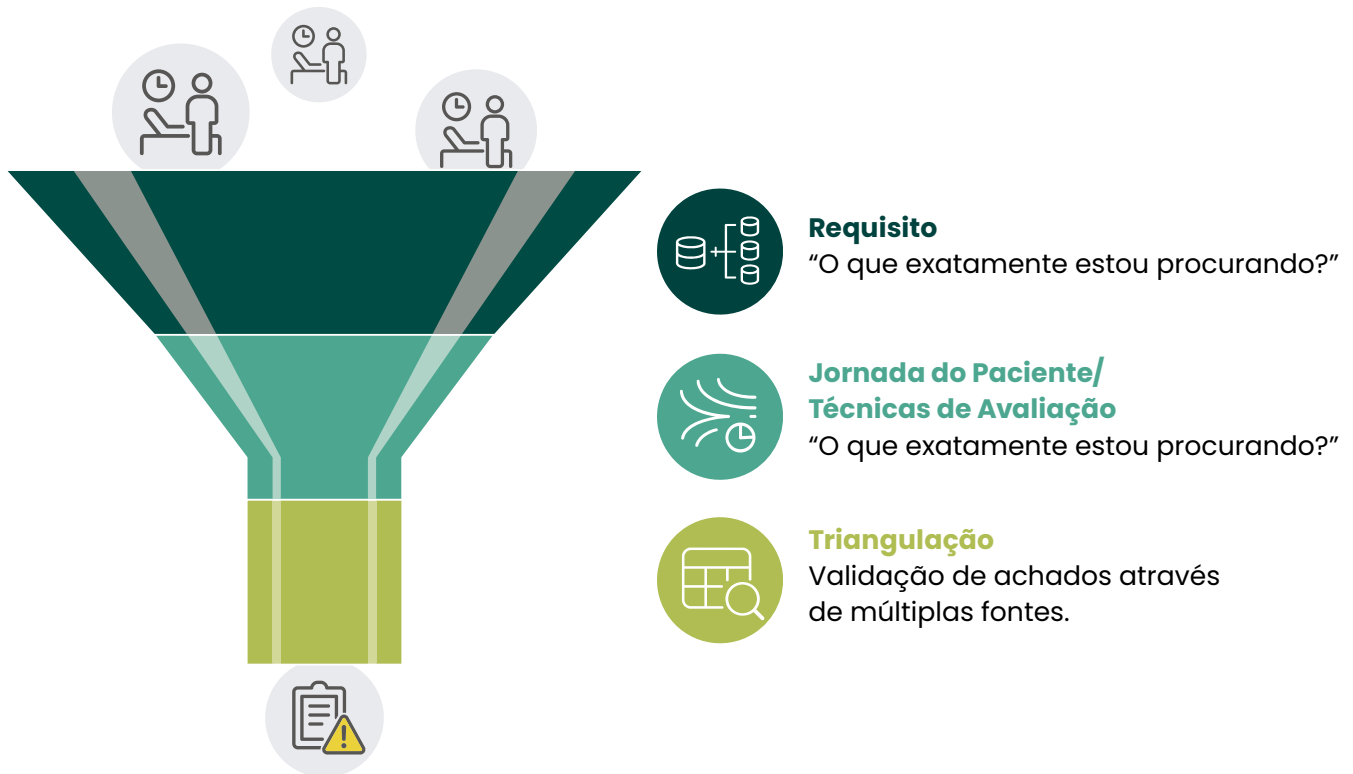


Imagem 4 – Raciocínio Lógico da Avaliação

O Raciocínio de Avaliação, no contexto da metodologia ONA, é o processo mental estruturado e investigativo que o avaliador emprega para analisar a conformidade e a maturidade de uma organização de saúde. Não se trata de uma verificação linear de itens, mas de uma ABORDAGEM DIAGNÓSTICA SISTÊMICA que conecta a expectativa de um padrão (o Requisito) com a realidade da assistência (a Jornada do Paciente), validando os achados através de múltiplas fontes de informação (a Triangulação).

Este manual foi desenhado para ser seu companheiro nesta jornada de desenvolvimento. Nos capítulos a seguir, vamos desdobrar cada um desses conceitos, oferecendo ferramentas, exemplos e estudos de caso para aprimorar sua prática e fortalecer seu papel como agente de transformação da saúde no Brasil.

5.6. Definição dos Termos Utilizados no Método de Avaliação

Para garantir o alinhamento de toda a equipe de avaliação e a correta aplicação das ferramentas fornecidas, os termos estruturais utilizados nas planilhas deste manual são definidos da seguinte forma:

- **Raciocínio de Avaliação:** É o processo mental estruturado e investigativo que o avaliador emprega para analisar a conformidade e a maturidade de uma organização de saúde. Consiste numa abordagem diagnóstica sistêmica que conecta a expectativa do padrão (o Requisito) com a realidade da assistência (a Jornada do Paciente), validando os achados através de múltiplas fontes de informação (a Triangulação).
- **Riscos e Pontos Críticos:** Refere-se a rastreadores (pontos de rastreamento/gatilhos) críticos, com potencial de fragilidades e de riscos iminentes, onde o avaliador deve concentrar atenção redobrada para a busca de conformidades.

- **Sinergia entre os Requisitos:** É a compreensão de como os requisitos e processos de cuidado se integram e se conectam para formar uma jornada do paciente coesa e segura. Representa a quebra da visão fragmentada de avaliação de requisitos isolados, evidenciando o fortalecimento da visão sistêmica e transversal dentro da avaliação.
- **Sugestões de Questões para Gestores e Equipes:** São ferramentas essenciais de entrevista desenhadas para captar as percepções, o conhecimento e a cultura da organização. **Não devem ser lidas mecanicamente, mas utilizadas como guias para investigar o dia a dia do serviço**, atestando se o que foi documentado é de fato compreendido e seguido de forma integrada pelas lideranças e profissionais da ponta.
- **Abordagem a partir da Perspectiva do Paciente:** Busca, através da avaliação, compreender a percepção do paciente ao longo de sua jornada, indo além dos resultados clínicos isolados e passando a enxergar sua experiência. Consiste em enxergar o cuidado com os olhos de quem o recebe, medindo o impacto das interações vivenciadas em vários contatos e ambientes de saúde.
- **Sugestões de Perguntas aos Pacientes e Familiares:** São gatilhos a serem utilizados nas entrevistas para validar a “Experiência de Serviço”. O intuito destas perguntas é ajudar o avaliador a conectar os pontos e verificar se as ações da organização estão realmente gerando o valor esperado, a segurança e o impacto positivo aos pacientes. **Não devem ser lidas mecanicamente, mas utilizadas como guias para investigar o dia a dia do serviço.**
- **Ajustar as perguntas para o nível de entendimento dos entrevistados (lideranças, colaboradores, profissionais, pacientes e familiares).**

Este manual foi desenhado para ser seu companheiro nesta jornada de desenvolvimento. Nos capítulos e planilhas a seguir, vamos desdobrar cada um destes conceitos, oferecendo ferramentas e exemplos para aprimorar sua prática e fortalecer seu papel como agente de transformação da saúde no Brasil.

6.

Regras e Recomendações para o Rastreamento e Entrevistas

6.1. Regras mínimas para realização de rastreamentos e entrevistas

6.1.1. Organizações Hospitalares

Para as Organizações Hospitalares, deverão ser observadas as seguintes regras mínimas:

Avaliações de Certificação:

- Realização de, no mínimo, 2 rastreamentos durante o processo avaliativo.

Avaliações de Manutenção Ordinária:

- Realização de, no mínimo, 1 rastreamento durante o processo avaliativo.

6.1.2. Organizações Não Hospitalares

Para as Organizações Não Hospitalares, deverão ser observadas as seguintes regras mínimas:

Avaliações de Certificação:

- Realização de, no mínimo, 1 rastreamento durante o processo avaliativo.

Avaliações de Manutenção Ordinária:

- Realização de, no mínimo, 1 rastreamento durante o processo avaliativo.

6.1.3. Entrevistas

Além dos rastreamentos, deverão ser realizadas, no mínimo:

- 1 entrevista com paciente e/ou familiar, sempre que aplicável ao perfil e à natureza do serviço avaliado;
- 1 entrevista com colaborador, preferencialmente profissional envolvido diretamente na assistência, operação ou execução do processo analisado.

6.1.4. Recomendações para aplicação do método

O Manual deverá reforçar a diferença conceitual e metodológica entre tracer e rastreamento, assegurando alinhamento entre os avaliadores quanto ao objetivo, à condução e à finalidade de cada abordagem no processo de avaliação.

Os pacientes, familiares e colaboradores selecionados para entrevista deverão, preferencialmente, estar de alguma forma envolvidos com o perfil de paciente ou jornada escolhida para o rastreamento. A seleção deve favorecer a análise da coerência entre a prática assistencial, os registros, os protocolos institucionais, os fluxos de cuidado e a experiência relatada pelas pessoas envolvidas.

Em cada rastreamento deverá ser realizada, sempre que aplicável e oportuno, entrevista com o paciente e/ou familiar, considerando o perfil do paciente, sua condição clínica, a natureza do serviço e a jornada selecionada. Essa entrevista tem como finalidade compreender se as orientações, os planos de cuidado, os protocolos e as informações registradas alcançaram efetivamente o paciente e seus familiares.

Também deverá ser realizada entrevista com profissionais envolvidos diretamente na assistência/operação, na operação ou na execução dos processos relacionados à jornada analisada, de modo a verificar a compreensão, a execução e os resultados dos processos na perspectiva das equipes que atuam na ponta.

A quantidade mínima de rastreamentos e entrevistas não possui finalidade estatística. O objetivo é assegurar que o método seja efetivamente aplicado e que os avaliadores obtenham evidências suficientes para analisar a jornada do paciente, a integração dos processos, a segurança da assistência e a coerência entre o planejado, o registrado, o executado e o percebido.

Os pacientes selecionados deverão ser compatíveis com o perfil assistencial, a complexidade da organização e as principais linhas de cuidado. Sempre que possível, deverão ser priorizados pacientes presentes na instituição no momento da avaliação, permitindo verificar se as orientações, os protocolos, os planos de cuidado e as informações registradas em prontuário foram efetivamente comunicados, compreendidos e aplicados na prática assistencial.

Sempre que possível, a seleção dos prontuários, pacientes, familiares e colaboradores entrevistados deverá ser realizada pelos avaliadores, de forma independente e alinhada ao objetivo do rastreamento.

6.1.5. Objetivo e propósito do rastreamento

O rastreamento deve possuir objetivo e propósito claramente definidos, considerando especialmente:

- a experiência, a percepção e o desfecho na perspectiva do paciente e de seus familiares;
- o desfecho esperado e a compreensão dos profissionais que atuam diretamente na assistência, operação ou execução dos processos;
- a coerência entre protocolos, registros, práticas observadas e informações relatadas;
- as transições do cuidado e os diferentes pontos de contato da jornada do paciente;
- a integração entre áreas, equipes, serviços de apoio, lideranças e processos assistenciais;
- a identificação de riscos, barreiras, fragilidades e boas práticas ao longo da jornada analisada.

6.1.6. Orientações técnicas para entrevista com pacientes e familiares

A entrevista com pacientes e/ou familiares deve ser conduzida de forma respeitosa, acolhedora, ética e compatível com a condição clínica, emocional, cognitiva e social da pessoa

entrevistada. O avaliador deve apresentar-se de maneira clara, explicar brevemente o objetivo da conversa e reforçar que a participação é voluntária, sem qualquer impacto no cuidado recebido.

As perguntas devem ser simples, objetivas e preferencialmente abertas, permitindo que o paciente ou familiar relate sua experiência de forma espontânea. O avaliador deve evitar linguagem técnica, julgamentos, indução de respostas ou qualquer postura que possa gerar constrangimento. Sempre que necessário, a entrevista deve ser interrompida ou adaptada em razão da condição do paciente, da presença de dor, desconforto, fadiga, privacidade ou preferência manifesta.

A entrevista deve buscar compreender a experiência do paciente ao longo da jornada, incluindo acolhimento, comunicação, orientações recebidas, participação nas decisões, compreensão do plano de cuidado, segurança percebida, transições assistenciais, preparo para alta ou continuidade do cuidado, quando aplicável. As respostas devem ser analisadas em conjunto com os registros, protocolos, práticas observadas e demais evidências coletadas durante o rastreamento.

6.1.7. Orientações técnicas para entrevista com colaboradores da ponta

As entrevistas com colaboradores deverão contemplar, sempre que possível, diferentes categorias profissionais envolvidas na jornada ou processo avaliado, considerando a natureza da organização, o perfil assistencial, a complexidade do cuidado e os riscos associados.

O avaliador poderá entrevistar mais colaboradores ao longo das diferentes fases da jornada, mesmo quando o mínimo estabelecido já tiver sido cumprido, sempre que entender necessário para aprofundar a análise, confirmar evidências, compreender a execução dos processos ou esclarecer inconsistências identificadas entre registros, práticas observadas e relatos.

As entrevistas devem buscar compreender como os profissionais executam os processos na prática, como reconhecem riscos, como utilizam protocolos e barreiras de segurança, como registram informações, como se comunicam com outras áreas e como percebem os resultados do cuidado ou da operação sob sua responsabilidade.

A entrevista com colaboradores da ponta deve ser conduzida de forma técnica, respeitosa e não punitiva, com foco na compreensão da prática real, da execução dos processos e das condições que favorecem ou dificultam a segurança e a qualidade da assistência ou operação. O avaliador deve esclarecer que a entrevista tem finalidade avaliativa e educativa, voltada à análise do sistema e dos processos, e não à responsabilização individual.

As perguntas devem permitir que o profissional descreva como realiza suas atividades, como acessa e utiliza protocolos, como identifica riscos, como comunica intercorrências, como registra informações, como atua nas transições do cuidado e como percebe os resultados do processo em que está envolvido. O avaliador deve observar a coerência entre o relato do colaborador, os registros disponíveis, as práticas observadas, os fluxos institucionais e as informações obtidas com pacientes, familiares e demais profissionais.

Sempre que possível, devem ser entrevistados colaboradores de diferentes categorias, turnos, áreas e níveis de atuação relacionados à jornada selecionada. O objetivo é compreender se os processos estão disseminados, compreendidos e aplicados de forma consistente na prática cotidiana, bem como identificar oportunidades de melhoria, fragilidades operacionais, barreiras de segurança e boas práticas existentes na organização.

7.

Referências

- Clarifying the concept of external evaluation. Ellen Joan van Vliet, Jacqui Stewart e Carsten Engel. International Society for Quality in Health Care (ISQua). Dublin 2. ISBN: 978-0-9955479-1-9. 2021. Jeffrey Braithwaite, PhD – Presidente, Sociedade Internacional de Qualidade em Cuidados de Saúde (ISQua) e Avaliação Externa ISQua Associação (ISQua EEA).
- Manual para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde Versão 2026.
- Norma Orientadora para Avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação.
- Curso de Preparação de Avaliadores do Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA.
- ISQua EEA's Standards for Surveyor Training Programmes.

8.

Método de Avaliação

A seguir você encontra o método de Avaliação com foco nos seguintes padrões:

- Planejamento Estratégico
- Diretrizes Estratégicas
- Jornada do Paciente
- Requisitos Transversais

8.1. Método de Avaliação – Estratégia Organizacional

Método

- Entrevistar a alta administração.
- Entrevistar 2 lideranças do nível tático.
- Entrevistar dois profissionais da linha de frente.
- Entrevistar pacientes e acompanhantes em unidades priorizadas naquele ciclo do PE.

Verificar a formalização da estratégia:

- Analisar resultados apresentados: Indicadores e projetos estratégicos
- Analisar desdobramento das Pesquisas de satisfação como foco em ciclos de melhoria e retroalimentação do PE

Ao entrevistar os profissionais da linha de frente direcione as perguntas para projetos em que eles estejam diretamente envolvidos, pois se perguntar de forma ampla sobre contexto, formulação estratégica, etc, muito provavelmente terão dificuldades em responder. Verificar a linguagem em que a estratégia é desdobrada até a ponta para que saibam falar no que estão incluídos e no que contribuem.

Nível	Código / Requisito	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos	Questões para entrevista de gestores e equipe	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista com pacientes e familiares
Nível 1	1.1.1.1 – Analisar o Contexto da Organização	Avaliar se a organização compreende, de forma estruturada e baseada em evidências, seu contexto interno e externo, considerando fatores regulatórios, demográficos, epidemiológicos, sociais, econômicos e tecnológicos, bem como riscos estratégicos e assistenciais. O avaliador deve empregar raciocínio diagnóstico sistêmico, analisando como o contexto é utilizado para orientar decisões estratégicas e assistenciais, e não apenas se ele está descrito formalmente. A avaliação conecta o requisito à jornada do paciente, verificando se	Análise superficial ou meramente descritiva. Uso de dados genéricos ou desatualizados. Desconexão entre contexto analisado e realidade assistencial. Não consideração de riscos regulatórios e assistenciais. Planejamento dissociado das necessidades da população. Ausência de periodicidade para revisar as análises, não integração com o orçamento/plano de investimentos e não consideração de impactos ambientais e de integridade/compliance.	Base estruturante para a identidade organizacional, a estratégia, a gestão de riscos e a definição de prioridades assistenciais. Sem compreensão adequada do contexto, os demais requisitos perdem coerência e efetividade. Requisitos de gestão financeira, ambiental, satisfação do cliente e gestão de informações.	Como a organização analisa seu contexto interno e externo? Quais riscos e oportunidades mais impactam hoje a estratégia e a assistência? Como as necessidades da população influenciam decisões estratégicas? Como a instituição analisa o impacto destas necessidades em sua própria sustentabilidade e busca o equilíbrio entre demandas da população e perenidade institucional. Como demonstram análise do contexto para atender ao perfil epidemiológico e necessidades dos pacientes. Como o contexto analisado impacta as prioridades	O contexto organizacional deve refletir as necessidades reais dos pacientes e da comunidade, traduzindo-se em serviços adequados, acessíveis e relevantes.	O serviço entende as necessidades da comunidade que atende? Você sente que o atendimento considera sua realidade e necessidades? Você teve oportunidade de demonstrar suas necessidades, como, por exemplo: Acesso ao Sistema de Atendimento, Pesquisas etc. Alguma manifestação que você realizou, ou ainda de algum conhecido seu, foi atendida? Você percebeu alguma melhoria/ampliação nos serviços nos últimos anos? Nem toda necessidade do cliente será atendida, vai depender do perfil do hospital, das regras do plano de saúde etc.

Nível	Código / Requisito	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos	Questões para entrevista de gestores e equipe	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista com pacientes e familiares
		as necessidades reais da população atendida são reconhecidas e consideradas no planejamento organizacional. O avaliador pode incentivar que a instituição vá além da "SWOT", incluindo análise de partes interessadas, fatores ESG, capacidade instalada etc.			do orçamento e dos investimentos (infraestrutura, tecnologia, pessoas)? Como as partes interessadas (pacientes, colaboradores, fontes pagadoras, fornecedores e comunidade) são consideradas nessa análise de contexto?		
Nível 1	1.1.1.2 – Estabelecer a Identidade Organizacional	Verificar se missão, visão e valores estão formalmente definidos, atualizados e, principalmente, vivenciados na prática organizacional. O avaliador deve analisar se a identidade organizacional orienta comportamentos, decisões e o cuidado prestado, conectando discurso institucional à experiência real do paciente ao longo da jornada assistencial. Analisar se há referência à segurança do trabalho, sustentabilidade financeira e ambiental, ética e integridade.	Identidade apenas formal ou institucional. Desconhecimento da identidade pelas equipes. Desalinhamento entre valores declarados e práticas assistenciais. Impacto negativo na cultura e na segurança do paciente.	Sustenta a cultura organizacional, a estratégia, a segurança do paciente e o modelo assistencial, influenciando diretamente a experiência do cuidado.	Quais são a missão, visão e valores da organização? Como esses elementos se refletem nas decisões estratégicas e assistenciais? Como foi construída a identidade organizacional (participação)? Ela contempla o olhar para o cuidado dos profissionais? Que comportamentos você espera da equipe com base na missão, visão e valores institucionais, e como isso é monitorado (avaliação de desempenho, clima, ouvidoria)?	A identidade organizacional deve ser percebida pelo paciente por meio de respeito, comunicação clara, acolhimento e coerência no cuidado.	Você se sentiu respeitado e acolhido durante o atendimento? Percebeu coerência no cuidado prestado?
Nível 1	1.1.1.3 – Estabelecer a Estratégia Organizacional (CORE)	Avaliar se a estratégia organizacional é formal, priorizada e alinhada à qualidade, à segurança do paciente e à geração de valor em saúde. O avaliador deve investigar como a estratégia orienta decisões reais e se ela se conecta à jornada do paciente, promovendo melhorias perceptíveis no cuidado. A estratégia deve articular-se com a sustentabilidade financeira, gestão de pessoas e ESG.	Estratégia genérica ou excessivamente financeira. Ausência de priorização clara. Desalinhamento com qualidade e segurança. Estratégia desconectada da prática assistencial. Estratégia não contempla o olhar para os profissionais.	Integra identidade organizacional, indicadores, governança e modelo assistencial, orientando o desdobramento estratégico e o monitoramento de resultados.	Quais são os objetivos estratégicos prioritários? Como a estratégia considera qualidade e segurança do paciente? A estratégia também precisa abordar questões de segurança dos profissionais. Como a estratégia integra metas clínicas (desfechos, eventos adversos) com metas operacionais, financeiras e de gestão de pessoas?	A estratégia deve resultar em melhorias percebidas no cuidado, no acesso e na segurança.	Você percebe melhorias no serviço ao longo do tempo? Sente que sua segurança é priorizada? Você percebe que o serviço se modernizou ou está mudando algo importante nos últimos anos (estrutura, tecnologia, fluxo de atendimento) que melhorou seu cuidado?
Nível 2	1.1.1.4 – Desdobrar a Estratégia Organizacional	Avaliar se a estratégia é traduzida em metas, planos, indicadores e responsabilidades claras em todos os níveis da organização. O avaliador deve analisar se há coerência entre estratégia definida e prática operacional, observando impactos diretos na organização do cuidado ao paciente.	Desconexão entre estratégia e operação. Estratégia restrita à alta liderança. Metas não compreendidas pelas equipes. Metas desafiadoras sem análise de capacidade.	Integra liderança, processos, equipes e assistência, conectando planejamento estratégico à execução do cuidado.	Como a estratégia é desdobrada nas áreas e equipes? Como cada área contribui para os objetivos estratégicos? Explorar o entendimento dos profissionais da operação, não só lideranças, sobre sua contribuição para a estratégia. Para liderança tática – Quais metas da sua área estão diretamente ligadas aos objetivos estratégicos, e como você acompanha isso? Para linha de frente – Que metas ou projetos você acompanha no seu setor e como entende que eles impactam o cuidado ao paciente?	O desdobramento estratégico deve resultar em cuidado organizado, coordenado e padronizado.	O atendimento parece organizado e coordenado? Você percebe padrões claros no cuidado?
Nível 2	1.1.1.5 – Acompanhamento da Estratégia (CORE)	Verificar se a organização utiliza indicadores estratégicos, realiza análise crítica sistemática e toma decisões baseadas em dados. O avaliador deve analisar como o monitoramento da estratégia gera ajustes reais na prática assistencial, conectando indicadores à melhoria da jornada do paciente.	Indicadores analisados apenas formalmente. Ausência de ações corretivas. Reuniões sem tomada de decisão. Dados não utilizados para melhoria. Descontinuidade de monitoramento por troca de lideranças.	Base para melhoria contínua, gestão de riscos, governança clínica e consolidação da estratégia.	Quais indicadores estratégicos são analisados e com que frequência? Que decisões recentes foram tomadas a partir desses dados? Participação das lideranças, formalização de planos de ação e constância dos rituais de análise. Quais são os principais painéis ou relatórios usados para	O monitoramento eficaz deve resultar em correções percebidas no cuidado.	Você percebe que problemas são identificados e corrigidos? Já notou melhorias após falhas ou reclamações?

Nível	Código / Requisito	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos	Questões para entrevista de gestores e equipe	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista com pacientes e familiares
		Necessário demonstrar uma sistemática estruturada (rituais de acompanhamento, priorização de problemas, planos de ação e avaliação de efetividade), com clara responsabilização.			acompanhar a estratégia? Conte um exemplo em que um indicador ruim levou a uma decisão concreta (plano de ação, revisão de processo, investimento) e como foi acompanhada a efetividade.		
Nível 3	1.1.1.6 – Demonstrar Melhorias e Efetividade da Estratégia	Avaliar se a organização demonstra, por meio de evidências consistentes e sustentáveis, que a estratégia gera impacto positivo na assistência, na segurança do paciente e na experiência do cuidado. O avaliador deve analisar tendências, resultados e aprendizados, validando achados por triangulação entre dados, entrevistas e observação da prática.	Melhorias pontuais sem sustentação. Ausência de análise de tendência. Resultados desconectados da estratégia. Foco excessivo em processos e não em desfechos.	Consolida estratégia, valor em saúde, experiência do paciente e sustentabilidade organizacional.	Quais resultados melhoraram nos últimos ciclos estratégicos? Como os aprendizados são incorporados ao planejamento seguinte? Existem indicadores que mostraram piora e como a organização respondeu a isso?	O paciente deve perceber ganhos reais em segurança, qualidade e confiança no cuidado.	Você recomendaria este serviço? Por quê? O cuidado atendeu suas expectativas? Você percebe que, ao longo dos anos em que utiliza este serviço, houve melhorias no atendimento, estrutura ou organização?

8.2. Método de Avaliação – Diretriz Organizacional

Recomendação Geral

As diretrizes serão avaliadas inicialmente na liderança, mas a conclusão da classificação somente será feita ao término da visita, pois precisa observar como elas estão na organização.

Método

- Entrevistar a alta administração.
- Entrevistar 2 lideranças do nível tático.
- Entrevistar dois profissionais da linha de frente.
- Verificar a formalização das diretrizes.

Requisito	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
1.1.2.1 – Gestão da Qualidade e Riscos	Avaliar se a diretriz de qualidade e riscos está documentada, implantada e integrada às decisões estratégicas e assistenciais. Se a alta Administração entende sua responsabilidade não somente apoiando, mas provendo os recursos necessários para a implementação. Provocar a reflexão se de fato a diretriz é considerada transversal, sistêmica e alinhada à estratégia. Compreender se a diretriz está de acordo com o contexto, realidade e maturidade da organização.	Gestão reativa; riscos tratados apenas após eventos; ausência de análise sistêmica. Ausência do olhar preventivo. Diretriz com métodos e ferramentas muito além da complexidade, maturidade e cultura da organização.	Toda a sistemática definida deve carregar a segurança do paciente. Esta diretriz é sistêmica e permeia todas as subseções e níveis da metodologia, considerando os conceitos em cada nível. No planejamento estratégico a organização está levando em consideração questões que vão além da sustentabilidade e financeiro e sim considerando a qualidade na estratégia e alinhamento à identidade organização. Gestão de Pessoas. A gestão da qualidade está posicionada estrategicamente na organização, e seus objetivos estão explícitos no planejamento estratégico.	Quais são os processos estratégicos? Como os riscos estratégicos e assistenciais são priorizados pela liderança? Como decisões são tomadas a partir desses riscos? Como são tratadas as falhas dos processos? Quais dados são coletados? Como a liderança utiliza os dados para realizar análises e promover ciclos de melhoria mitigando os riscos? Por exemplo erros diagnósticos, <i>near miss</i> , resultados de protocolos gerenciados quais são os momentos em que a alta liderança pondera sobre as prioridades de implementação, a partir de todas as informações obtidas?	Como você identifica riscos no seu dia a dia? O que acontece quando um risco é comunicado? O que acontece quando uma falha é identificada? Existe um padrão estabelecido em sua atividade (ou no seu processo)? Tem algo que impede ou dificulta o seguimento deste padrão? Você foi envolvido na avaliação dos riscos do seu setor? Você se lembra de alguma melhoria implementada a partir de uma fragilidade identificada?	Paciente deve perceber um cuidado seguro, organizado e com prevenção de falhas.	Você sentiu segurança durante o atendimento? Percebeu preocupação da equipe em realizar um atendimento com atenção e cuidado? Questionar sobre identificação do paciente, quando conferem o nome, se na administração de medicamentos, na entrega de refeições, na coleta de sangue. Perguntar se as orientações foram claras, se tiveram dúvidas. Se sabem sobre os riscos assistenciais elencados para eles. Se houver painel assistencial questionar se foi explicado sobre os riscos ali presentes. Você se lembra de alguma melhoria implementada a partir de uma queixa ou sugestão que tenha feito?
1.1.2.2 – Segurança do Paciente	Verificar se a diretriz de segurança do paciente está centrada na pessoa e incorporada à cultura organizacional. Observar a relevância e preocupação da liderança com a segurança do paciente. A alta administração realmente se importa e traz o olhar para as necessidades do paciente na estratégia e diretriz? Existe clareza dos riscos relacionados à assistência, bem como o que é tolerável e intolerável? Analisar o contexto atual, maturidade e cultura para compreender o que realmente precisa ser priorizado. Avaliar se as prioridades estão relacionadas ao que gera maior impacto	Foco apenas documental; baixa notificação; cultura punitiva. Foco no erro. Questões assistenciais não entram como prioridades. Não há investimento em capacitação com foco na segurança do paciente. A Segurança do Paciente não é sistêmica e transversal. A segurança do profissional de saúde também é vista como prioridade, e isso inclui cuidar de estresse e fadiga. O quanto os processos assistenciais são revisitados em relação à demanda de trabalho (link com gestão de pessoas).	Gestão de riscos, modelo assistencial, comunicação. Esta diretriz é sistêmica e permeia todas as subseções e níveis da metodologia, considerando os conceitos em cada nível. Alinhar a estratégia organizacional.	Como a liderança promove uma cultura justa e não punitiva? Quais são os riscos assistenciais considerados como intoleráveis? Quando estes riscos acontecem, como são tratados? Existe um olhar para os colaboradores que identificam e registram estes riscos? Como a Liderança está envolvida nas ações relacionadas à Segurança? Como a Liderança contribui para sua equipe participar das ações de segurança institucionais? Como a cultura de segurança e o clima organizacional estão correlacionados?	Você se sente seguro para relatar erros ou quase erros? Quando os erros são relatados como é a tratativa? Você percebe que a organização aprende com os erros? Com que frequência os processos de trabalho são revisitados visando reduzir retrabalhos e valorizar as atividades que agregam valor ao cuidado?	Paciente deve sentir que sua segurança é prioridade em todas as etapas do cuidado.	Você percebeu conferências, orientações ou checagens voltadas à sua segurança? De que maneira você participa das confirmações de segurança do seu tratamento?

Requisito	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
	para a assistência ao paciente. As barreiras e contingências estão estabelecidas para evitar eventos adversos.						
1.1.2.3 – Modelo Assistencial Centrado na Pessoa	Avaliar se o modelo assistencial está claramente definido, disseminado e aplicado com foco na individualidade e dignidade. O modelo assistencial foi definido com base no perfil dos pacientes.	Cuidado fragmentado; decisões sem participação do paciente. Modelo confuso, sem clareza. Fluxos e ferramentas complexas para comunicação entre equipes e coordenação do cuidado.	Jornada do paciente. Segurança do paciente, escuta ativa e comunicação. Alinhar a estratégia.	Qual é o perfil dos pacientes? Vocês mapearam as principais necessidades e vulnerabilidades dos pacientes para definição do modelo assistencial? Como o modelo assistencial garante decisões compartilhadas com o paciente? Como os profissionais são preparados para a escuta ativa? Como você avalia o desempenho dos processos da sua área em relação ao cuidado centrado no paciente/pessoa?	Como você adapta o cuidado às necessidades individuais do paciente? Como você escuta as necessidades e preocupações dos pacientes, seus familiares? O que você faz com estas preocupações? Que método você usa para acompanhar os cuidados específicos dos pacientes?	Paciente deve sentir-se ouvido, respeitado e incluído nas decisões.	Você participou das decisões sobre seu cuidado? Suas preferências foram respeitadas? Você foi questionado sobre suas preferências e necessidades? Você se lembra se a equipe de cuidados justificou por que algo não poderia ser feito, ou teve que ser modificado em relação ao seu tratamento?
1.1.2.4 – Comunicação	Avaliar se a diretriz de comunicação assegura clareza, continuidade e compreensão das informações. A alta administração reconhece quem são as partes interessadas e consegue visualizar de forma clara as estratégias, técnicas, métodos e ferramentas para uma comunicação assertiva. Esta diretriz está definida de acordo com a realidade, maturidade e contexto desta organização?	Falhas de comunicação entre equipes e com o paciente. Conflitos são comuns. As lideranças e equipe desconhecem as estratégias, técnicas, métodos e ferramentas de comunicação. Ferramentas complexas de passagem de plantão que refletem retrabalho e perdesse o foco do que é importante.	Comunicação ao longo da Jornada do paciente, entre processos, entre equipes, das equipes para com os pacientes, passagem de plantão, passagem de informação, transferências, dentre outros.	Como a liderança garante comunicação clara entre áreas e com o paciente? Como as equipes são capacitadas para a utilização adequada das estratégias, técnicas, métodos e ferramentas. Como a Liderança repassa as informações Institucionais e estratégicas às equipes? Como a comissão de prontuários e o NSP avaliam a qualidade da informação em prontuários e apoiam as ações de melhoria e otimização?	Você recebe informações suficientes para orientar o paciente corretamente? Você foi capacitado para utilizar corretamente as estratégias, técnicas, métodos e ferramentas? Você recebe frequentemente orientações de sua Liderança? Você se lembra de quais processos e fluxos de comunicação foram melhorados e que resultaram em tempo de assistência mais efetivo?	Paciente deve compreender seu cuidado, riscos e orientações.	As informações foram claras? Você teve oportunidade de tirar dúvidas? Você percebe que existe escuta ativa? Suas preocupações são ouvidas? Você entendeu as orientações que foram repassadas? Você poderia me dizer se algum termo técnico foi explicado em linguagem mais simples para facilitar sua compreensão sobre seu tratamento/cuidados?
1.1.2.5 – Gestão da Informação	Verificar se há diretriz para integridade, confidencialidade, rastreabilidade e uso seguro das informações. A alta administração reconhece e identifica todas as informações da organização? Ela compreende que vai muito além de prontuários e documentos no servidor? Entende que envolve as informações que circulam nos e-mails, nas comunicações, nos corretores, nos grupos de WhatsApp.	Vazamento de dados; informações inconsistentes. Falta de controle das informações que circulam na organização. Falta de controle e padrão das ferramentas utilizadas na organização. Prontuários de fácil acesso ou com informações disponíveis a pessoas não envolvidas no cuidado. Acesso a informações que não são do seu paciente (por exemplo, senha única para acesso a laudos e exames).	Compliance, comunicação, transferência de informação e tomada de decisão.	Como a liderança assegura a confiabilidade e segurança das informações? Como padroniza as ferramentas, tecnologias, soluções utilizadas na organização? Como garante que informações assistenciais repassadas pelos meios padronizados (ex.: WhatsApp) são reportadas no prontuário?	Você confia nos sistemas e dados que utiliza no cuidado? A organização disponibiliza recursos e soluções para que estes dados sejam utilizados de forma segura? Você sabe quais ferramentas pode utilizar na Instituição? A Liderança repassa informações sobre segurança e vazamento de dados?	Paciente deve confiar que seus dados estão protegidos.	Você confia que suas informações pessoais e de saúde estão seguras aqui?
1.1.2.6 – Gestão de Pessoas	Avaliar se a diretriz de gestão de pessoas está formalmente definida, implantada e integrada à estratégia organizacional e ao modelo assistencial. Compreender se a alta administração reconhece a gestão de pessoas como eixo estruturante da qualidade, segurança do paciente e sustentabilidade organizacional, provendo recursos, condições de trabalho e mecanismos de desenvolvimento contínuo.	Equipes despreparadas ou com lacunas de competência; sobrecarga de trabalho; alta rotatividade; absenteísmo; fragilidade na liderança intermediária; capacitações pontuais e desconectadas da prática; avaliação de desempenho meramente formal; impacto direto na segurança do paciente, na experiência do cuidado e na continuidade assistencial.	A diretriz de gestão de pessoas é transversal e sustenta diretamente o modelo assistencial, a segurança do paciente, a gestão da qualidade e riscos, a comunicação organizacional e a cultura de integridade. Pessoas capacitadas, engajadas e cuidadas são condição essencial para a efetividade de todas as demais diretrizes e níveis da metodologia.	Como a liderança avalia necessidades de competências frente à estratégia e ao modelo assistencial? Como são identificadas e tratadas lacunas de desempenho e sobrecarga das equipes? De que forma o desenvolvimento das pessoas é priorizado nas decisões estratégicas? Como a organização cuida do bem-estar, saúde mental e segurança psicológica das equipes?	Você recebeu capacitação adequada para exercer sua função com segurança? As orientações e treinamentos refletem a realidade do seu dia a dia? Você se sente apoiado pela liderança quando enfrenta dificuldades? Há espaço para diálogo, escuta e sugestão de melhorias? O volume de trabalho permite prestar um cuidado seguro e de qualidade?	O paciente deve perceber profissionais tecnicamente preparados, seguros, acolhedores e disponíveis, com comunicação clara, atitudes respeitadas e coerência no cuidado. A gestão de pessoas se reflete diretamente na confiança do paciente, na continuidade do cuidado e na sensação de ser bem assistido por equipes organizadas e engajadas.	Os profissionais demonstraram preparo técnico e segurança no atendimento? Você se sentiu acolhido e respeitado pela equipe? Percebeu organização, atenção e disponibilidade dos profissionais? Sentiu confiança nas orientações recebidas?

Requisito	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
	Avaliar se a diretriz considera o contexto, a complexidade assistencial, o perfil da força de trabalho e a maturidade organizacional, promovendo competência técnica, engajamento, bem-estar, segurança psicológica e alinhamento cultural.			Como os líderes são preparados para exercer seu papel de gestão e cuidado com as pessoas? Como a Liderança capacita e garante que o colaborador está apto à sua função (sobretudo requisitos de setores que exigem maior especialidade como ex.: UTI, hemodinâmica, etc.)	Você recebeu feedback da sua liderança no último período? Você teve avaliação de desempenho/experiência?		
1.1.2.7 – Gestão Financeira	Avaliar se a diretriz de gestão financeira está formalmente definida, implantada e integrada à estratégia organizacional e ao modelo assistencial, garantindo sustentabilidade econômico-financeira sem comprometer a qualidade, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. Verificar se a alta administração compreende o impacto das decisões financeiras sobre a assistência, priorizando alocação responsável de recursos, equilíbrio entre eficiência e valor em saúde, e capacidade de resposta às necessidades assistenciais e regulatórias.	Decisões financeiras de curto prazo impactando negativamente a assistência; contingenciamento de recursos essenciais; interrupções de serviços; desabastecimento de insumos críticos; ausência de análise de impacto assistencial nas decisões financeiras; fragilidade na previsibilidade e sustentabilidade do cuidado.	A diretriz de gestão financeira sustenta a estratégia organizacional, o modelo assistencial, a gestão de pessoas, a segurança do paciente e a continuidade do cuidado. É elemento estruturante para a efetividade das demais diretrizes e para a geração de valor em saúde de forma sustentável.	Como as decisões financeiras consideram impactos diretos e indiretos na assistência e na segurança do paciente? Como a liderança equilibra eficiência financeira e qualidade do cuidado? Como são priorizados investimentos em áreas críticas assistenciais? Como riscos financeiros que possam comprometer o cuidado são monitorados e mitigados? A Liderança tem conhecimento sobre custos do seu setor? A liderança é envolvida na alocação/decisões/acionamento de recursos?	Você percebe falta ou restrição de recursos que impactem sua capacidade de prestar um cuidado seguro? As decisões financeiras afetam seu processo de trabalho ou a continuidade da assistência? Existe canal para sinalizar impactos assistenciais decorrentes de restrições de recursos?	O paciente deve perceber continuidade do cuidado, acesso oportuno aos serviços e ausência de interrupções ou improvisações decorrentes de restrições financeiras. A sustentabilidade financeira se traduz em segurança, previsibilidade e confiança no serviço prestado.	Você enfrentou atrasos, cancelamentos ou interrupções no atendimento? Teve dificuldade de acesso a exames, medicamentos ou procedimentos necessários? Percebeu continuidade no seu cuidado ao longo do tratamento?
1.1.2.8 – Gestão Ambiental	Verificar se a diretriz de gestão ambiental está documentada, implantada e integrada à estratégia organizacional e à gestão de riscos, promovendo ambiente seguro, saudável e sustentável. Avaliar se a organização identifica, monitora e controla riscos ambientais e sanitários que possam impactar a segurança do paciente, dos profissionais e da comunidade.	Riscos ambientais e sanitários não controlados; falhas no gerenciamento de resíduos; impactos ambientais não monitorados; não conformidades legais; ambiente físico inseguro, com potencial impacto na assistência e na segurança do paciente.	A diretriz ambiental se articula com a segurança do paciente, a gestão de riscos, a responsabilidade social, a gestão de fornecedores e a integridade institucional, fortalecendo a abordagem ESG e a sustentabilidade organizacional.	Como a liderança identifica e monitora riscos ambientais e sanitários? Como são garantidas conformidade legal e melhoria contínua das práticas ambientais? Como decisões estratégicas consideram impactos ambientais e assistenciais? Como a Liderança repassa a seus liderados o papel deles em relação à gestão ambiental? Como as estratégias ambientais são repassadas às equipes operacionais?	Você conhece e aplica as práticas ambientais adotadas pela organização? O que no seu dia a dia você enxerga que contribui para a gestão ambiental? Recebe orientações sobre descarte de resíduos, uso racional de recursos e segurança ambiental? Sente-se seguro no ambiente de trabalho?	O paciente deve perceber um ambiente limpo, organizado, seguro e saudável, transmitindo confiança, cuidado e responsabilidade com sua saúde e com o meio ambiente.	O ambiente parecia limpo, seguro e bem organizado? Você se sentiu confortável e seguro nos ambientes de atendimento? Percebeu cuidados com higiene e organização? Você percebe os colaboradores preocupados com questões ambientais como jogar resíduo no local correto?
1.1.2.9 – Gestão de Fornecedores	Avaliar se a diretriz de gestão de fornecedores está formalmente definida, implantada e integrada à gestão de riscos e à segurança do paciente, assegurando seleção, avaliação e monitoramento sistemático de fornecedores críticos de produtos e serviços, com foco em qualidade, continuidade e confiabilidade.	Materiais inadequados; falhas na qualificação de fornecedores; interrupção de serviços críticos; dependência excessiva de terceiros sem planos de contingência; impacto direto na segurança do paciente e na continuidade assistencial.	A gestão de fornecedores se articula com a gestão de riscos, segurança do paciente, gestão financeira, gestão ambiental, integridade e modelo assistencial, sendo essencial para a confiabilidade dos processos assistenciais e de apoio.	Como fornecedores críticos são selecionados, avaliados e monitorados? A Liderança que recebe o serviço é envolvida nesta avaliação? Os terceiros que estão na Instituição são envolvidos nas ações de segurança do paciente? Como riscos relacionados a terceiros são identificados e tratados? Existem planos de contingência para falhas de fornecedores?	Você confia na qualidade dos materiais, medicamentos e serviços terceirizados utilizados? Você notifica formalmente problemas relacionados com fornecedores/terceiros? Sabe como proceder diante de falhas ou não conformidades de fornecedores? Há comunicação eficaz quando ocorre um problema com insumos ou serviços?	O paciente deve perceber confiabilidade, qualidade e segurança nos materiais, medicamentos e serviços utilizados em seu cuidado, sem improvisações ou falhas perceptíveis.	Você percebeu qualidade nos materiais, equipamentos ou serviços utilizados no seu atendimento? Alguma falha ou atraso comprometeu seu cuidado? Sentiu confiança nos recursos utilizados durante o atendimento?

Requisito	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
1.1.2.10 – Integridade, Ética e Compliance	Verificar se a diretriz de integridade, ética e compliance está formalmente definida, implantada e incorporada à cultura organizacional, orientando condutas, decisões e relacionamentos internos e externos. Avaliar se a alta administração atua como referência ética, garantindo conformidade legal, transparência, prevenção de conflitos de interesse e tratamento adequado de dilemas éticos. Observar se entendem o que envolve esta diretriz.	Riscos éticos e legais; conflitos de interesse; fragilidade nos mecanismos de denúncia; cultura de medo ou silêncio; não conformidades legais; perda de confiança institucional e impacto na reputação.	A diretriz de integridade e ética sustenta a governança organizacional, a confiança institucional, a segurança do paciente, a gestão de pessoas e a relação com fornecedores e parceiros. Alinhada com cultura de segurança e cultura justa (segurança psicológica).	Como a liderança trata dilemas éticos e garante conformidade legal? Como são prevenidos e tratados conflitos de interesse? Como a cultura de integridade é disseminada e monitorada?	Você sabe como agir diante de uma situação ética ou conflito de interesse? Você se sente seguro caso precise notificar alguma questão ética? Conhece os canais de denúncia e sente-se seguro para utilizá-los? A organização demonstra coerência entre discurso e prática ética?	O paciente deve perceber transparência, respeito, confidencialidade e condutas éticas em todas as interações, fortalecendo a confiança na organização e no cuidado prestado.	Você se sentiu tratado com respeito e transparência? Suas informações foram tratadas com confidencialidade? Sentiu confiança na postura ética da organização? Você sabe como comunicar um problema em relação à postura ética na organização?

8.3. Método de Avaliação – Jornada do Paciente – Parte I

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos
2.1.1	Conscientização e Identificação da Necessidade	2.1.1.1	Desenvolve atividades voltadas à promoção de saúde de acordo com o perfil epidemiológico.	Analisar os dados do perfil epidemiológico, considerar as necessidades da população atendida para elaborar o raciocínio de avaliação (prevalência, gravidade, riscos e vulnerabilidades). Analisar a correlação da "missão", "diretrizes", posicionamento estratégico (PE) e governança clínica da organização em relação ao perfil da demanda de pacientes (Direcionam/posicionam a assistência para atender às necessidades dos pacientes?) Analisar se existem programas/planejamento formal voltados à promoção da saúde. Buscar evidências da operacionalização dos programas/planejamento voltados à promoção da saúde (entrevistas com profissionais da equipe multiprofissional, entrevistas com pacientes, registros em prontuário, cronogramas, atas, etc.) Analisar se há indicadores de monitoramento e desempenho, avaliar o impacto nas populações alvo do programa. Analisar o impacto das ações na jornada do paciente. IMPORTANTE: As ações de promoção à saúde não são exclusividade do nível primário de atenção à saúde	Risco ao Paciente: Oportunidade perdida de prevenção; Agravamento de doenças crônicas; Percepção de um cuidado puramente reativo. Ponto Crítico: Verificar se as ações são planejadas e contínuas, não apenas eventos isolados ("para inglês ver"). Checar se o perfil epidemiológico alegado é baseado em dados reais.	2.1.1.4 (Escopo): As ações devem ser coerentes com o escopo. 2.1.5.12 (Desfechos): O impacto das ações pode ser medido em desfechos de longo prazo. 2.1.6.1 (Continuidade): Pacientes em programas de promoção podem necessitar de cuidado contínuo.
		2.1.1.2	Estabelece e implementa meios e canais de comunicação com a sociedade para divulgação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças.	Verificar a existência e a diversidade dos canais de comunicação. Analisar se a escolha dos canais é coerente com o perfil da comunidade atendida (ex: uso de rádio comunitária em áreas rurais, redes sociais para público mais jovem). Avaliar a clareza e acessibilidade da linguagem utilizada. Buscar evidências de planejamento (cronogramas, campanhas) e execução. Analisar se há parcerias que amplifiquem a mensagem.	Risco ao Paciente: Desinformação sobre prevenção; Dificuldade de acesso a conhecimento em saúde; Falta de engajamento da comunidade. Ponto Crítico: Avaliar se os canais escolhidos são de fato utilizados pelo público-alvo. Verificar se a linguagem é acessível e não apenas técnica/institucional.	2.1.1.1 (Promoção): É o canal para divulgar as ações planejadas. 2.1.2.5 (Canais de Orientação): A comunicação externa (sociedade) deve ser coerente com a comunicação direta (paciente).
		2.1.1.3	Disponibiliza orientações atualizadas para promoção da saúde e prevenção de doenças, em linguagem acessível às condições de atendimento individuais e coletivas.	Analisar a qualidade e a pertinência dos materiais educativos. Verificar se o conteúdo é baseado em evidências científicas e diretrizes atuais. Avaliar a adequação da linguagem e do formato ao letramento em saúde da população. Investigar se existe um processo formal para criação, validação (com equipe multiprofissional) e atualização periódica dos materiais.	Risco ao Paciente: Baixa adesão por falta de compreensão; Erros no autocuidado; Ansiedade e insegurança geradas por informações complexas. Ponto Crítico: Pedir para ver os materiais. Avaliar se há um processo de revisão periódica ou se os materiais estão desatualizados.	2.1.5.3 (Educação ao Paciente): Este requisito é a base dos materiais que serão usados durante o tratamento. 2.1.3.2 (Características Individuais): Os materiais devem ser adaptados às diversas condições (culturais, letramento) dos pacientes.
		2.1.1.4	Define escopo de atendimento para acesso aos usuários de acordo com o perfil epidemiológico.	Verificar a clareza e a acessibilidade do documento que define o escopo de serviços. Analisar se essa definição está alinhada ao perfil epidemiológico. Avaliar como essa informação é comunicada ao público. Investigar se a equipe (recepção, enfermagem, etc.) está treinada para orientar os pacientes corretamente sobre o que a organização oferece e para onde ir caso a necessidade não seja atendida ali.	Risco ao Paciente: Frustração ao buscar um serviço inexistente; Atraso no acesso ao cuidado correto; Descredito na organização. Ponto Crítico: Verificar se a equipe da linha de frente (recepção, telefone) conhece o escopo e sabe orientar corretamente quando um serviço não é oferecido.	2.1.1.1 (Promoção): O perfil epidemiológico que baseia as ações de promoção também define o escopo. 2.1.4.5 (Transição): Conhecer o escopo é fundamental para saber para onde transferir ou encaminhar um paciente.

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos
		2.1.1.5	Estabelece e orienta a população em relação às diretrizes para atendimento por telessaúde.	Verificar a existência e o conteúdo das diretrizes de telessaúde. Analisar se as regras são claras para o paciente (quando usar, como acessar, o que pode e o que não pode ser tratado remotamente). Avaliar se as informações sobre limitações e segurança são transparentes. Investigar o treinamento da equipe para orientar e conduzir o atendimento por telessaúde.	Risco ao Paciente: Insegurança digital; Risco de exclusão de quem não tem acesso/habilidade com tecnologia; Confusão sobre quando usar o serviço. Ponto Crítico: Analisar se as diretrizes abordam claramente o que fazer em caso de falha tecnológica ou de piora clínica durante uma teleconsulta.	2.1.2.2 (Gestão de Agendas): A telessaúde deve estar integrada à gestão geral de agendas. 2.1.3.1 (Acolhimento): O acolhimento e a triagem por telessaúde devem seguir critérios tão rigorosos quanto o presencial.
2.1.2	Busca por Atendimento e Agendamento	2.1.2.1	Define fluxos e critérios clínicos de precedência para admissão de pacientes/clientes, incluindo os provenientes de outras organizações e serviços.	Analisar a robustez e a clareza dos fluxos de admissão. Verificar se os critérios de precedência são estritamente clínicos e bem definidos. Avaliar a integração de pacientes de outras fontes (transferências, regulação). Investigar se o protocolo de telessaúde está integrado a esse fluxo, com critérios claros para conversão em atendimento presencial quando necessário.	Risco ao Paciente: Paciente mais grave esperando mais que um menos grave; Inequidade no acesso; Atraso no diagnóstico e tratamento de urgências. Ponto Crítico: Verificar a adesão aos critérios clínicos na prática. Analisar casos reais para ver se o fluxo foi seguido.	2.1.3.1 (Acolhimento): Este fluxo é a base para o acolhimento com classificação de risco. 2.1.2.3 (Gestão de Filas): A gestão da fila operacionaliza os critérios definidos aqui.
		2.1.2.2	Gerencia os leitos, agendas e atendimentos de forma integrada, com disponibilização em tempo e condições adequadas ao paciente/cliente.	Avaliar a existência de um sistema ou processo de gestão integrada (leitos, agendas, salas). Analisar se essa gestão resulta em tempos de espera adequados à necessidade clínica. Verificar se a telessaúde está incluída no sistema de agendamento de forma organizada. Buscar evidências de que as decisões de alocação de recursos são baseadas em prioridades clínicas institucionais.	Risco ao Paciente: Longas esperas por consultas ou leitos, com potencial agravamento clínico; Desorganização da jornada; Cancelamentos por falta de recursos. Ponto Crítico: Analisar indicadores de tempo de espera e taxa de ocupação. Questionar como a organização lida com a sobrecarga de agendas e leitos.	2.1.2.3 (Gestão de Filas): Uma má gestão integrada gera filas e longos tempos de espera. 2.1.5.12 (Desfechos): A eficiência desta gestão impacta diretamente a satisfação do paciente e a segurança.
		2.1.2.3	Gerencia filas, disponibilidade de agendamentos e tempo de espera com base em critérios estabelecidos para priorizar o acesso aos diferentes serviços.	Verificar a existência de monitoramento sistemático das filas e do tempo de espera (TME). Analisar se os critérios de priorização são aplicados na prática. Buscar evidências de que os dados de TME são analisados criticamente e geram ações de melhoria. Avaliar a gestão da "fila virtual" na telessaúde.	Risco ao Paciente: Agravamento do quadro clínico pela demora; Aumento da ansiedade e estresse; Abandono do serviço; Perda de confiança. Ponto Crítico: Observar a sala de espera em horários de pico. Analisar relatórios de TME e questionar ações de melhoria concretas.	2.1.3.1 (Acolhimento): Depende da eficácia da classificação de risco para priorizar. 2.1.5.12 (Desfechos): Impacta diretamente a satisfação e segurança. 2.1.2.1 (Fluxos): É a operacionalização dos critérios de precedência.
		2.1.2.4	Estabelece, implementa e mantém uma sistemática de sinalização clara e compreensível nas áreas internas e externas de circulação, acessibilidade e localização da organização.	Realizar uma "caminhada do paciente" para avaliar a clareza, a lógica e a suficiência da sinalização interna e externa. Verificar se a sinalização contempla acessibilidade (altura, contraste, tamanho da fonte). Avaliar a "sinalização digital": a plataforma de telessaúde é intuitiva e fácil de navegar para um leigo?	Risco ao Paciente: Estresse, ansiedade e confusão; Atrasos para chegar ao local do atendimento; Risco de queda para pacientes frágeis; Sensação de desorganização. Ponto Crítico: Fazer o "caminho do paciente" desde a entrada. Verificar a acessibilidade para pessoas com deficiência (visual, motora).	2.1.3.1 (Acolhimento): Uma má sinalização pode atrasar a chegada do paciente ao ponto de acolhimento, especialmente em urgências. 2.1.1.5 (Telessaúde): A "sinalização" digital (navegabilidade da plataforma) é o equivalente deste requisito no mundo virtual.
		2.1.2.5	Oferece canais de comunicação e orientação aos pacientes (preparo, especialidades, cobertura e convênios etc.).	Verificar a diversidade e a proatividade dos canais de orientação (telefone, WhatsApp, portal). Analisar se as informações essenciais (preparo de exames, documentos necessários, convênios) são completas, claras e fáceis de encontrar. Avaliar se as orientações para telessaúde (consentimento, privacidade etc.) são fornecidas previamente.	Risco ao Paciente: Erros no preparo de exames levando a cancelamentos; Dúvidas sobre cobertura gerando problemas financeiros; Insegurança sobre o que esperar. Ponto Crítico: Testar os canais de comunicação. Ligar ou mandar mensagem para ver o tempo e a qualidade da resposta.	2.1.1.2 (Canais com a Sociedade): Os canais devem ser consistentes. 2.1.5.8 (Consentimento): Orientações claras sobre o procedimento são um pré-requisito para um consentimento informado.
2.1.3	Chegada e Acolhimento	2.1.3.1	Estabelece diretrizes de acolhimento e critérios de priorização de atendimento.	Avaliar se as diretrizes de acolhimento vão além da triagem e englobam uma postura humanizada. Verificar se os critérios de priorização (clínicos e legais) estão formalizados e são de conhecimento da equipe. Investigar como a equipe multiprofissional é envolvida desde o primeiro contato e como isso se aplica à telessaúde.	Risco ao Paciente: Não identificação de gravidade (atraso no atendimento); Sensação de des-caso e impessoalidade; Perda de confiança na equipe. Ponto Crítico: Observar a postura da equipe de recepção/triagem. Verificar se os critérios de priorização são seguidos ou se há "jeitinhos".	2.1.2.1 (Fluxos de Admissão): É a aplicação prática dos fluxos definidos. 2.1.4.1 (Avaliação do Paciente): O acolhimento é o início da avaliação integral. 2.1.4.6 (Sinais de Instabilidade): Uma boa triagem identifica precocemente esses sinais.

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos
2.1.4		2.1.3.2	Considera características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes.	Investigar se o processo de cuidado vai além do biológico. Buscar evidências no prontuário ou no plano terapêutico de que aspectos psicossociais, culturais e de valores do paciente foram considerados. Entrevistar a equipe para entender como essas individualidades são capturadas e utilizadas no planejamento do cuidado. Avaliar como a empatia é demonstrada no atendimento remoto.	Risco ao Paciente: Plano de cuidado inadequado à realidade do paciente (baixa adesão); Desrespeito a valores e crenças; Experiência desumanizada. Ponto Crítico: Buscar no prontuário registros que vão além do biológico (ex.: anotações do serviço social, psicologia, preferências do paciente).	2.1.4.1 (Avaliação do Paciente): Este requisito é o “como” da avaliação integral. 2.1.5.2 (Decisão Compartilhada): Respeitar as individualidades é fundamental para compartilhar decisões.
		2.1.3.3	Fornece orientações aos pacientes e familiares relacionadas ao atendimento, decisões e seguimento.	Analisar a qualidade e a sistematicidade das orientações. Verificar se são claras, objetivas e registradas em prontuário. Avaliar se há um modelo colaborativo, ou seja, se a equipe checa a compreensão do paciente e da família. Investigar como o seguimento do cuidado é comunicado (próximos passos, retornos, etc.).	Risco ao Paciente: Incerteza e medo sobre o futuro; falha na continuidade do cuidado por falta de informação; Despreparo da família para apoiar. Ponto Crítico: Verificar se as orientações são registradas e se há checagem de compreensão (ex.: “teach-back”).	2.1.5.9 (Plano de Alta): As orientações fornecidas aqui culminam no plano de alta. 2.1.4.2 (Decisão Compartilhada): Orientar sobre o plano é parte do processo de compartilhar a decisão.
		2.1.3.4	Fornece as orientações aos pacientes e familiares relacionadas aos direitos e deveres.	Verificar a visibilidade e acessibilidade da Carta de Direitos e Deveres. Avaliar se a equipe vai além da simples exposição do documento, explicando ativamente os pontos mais importantes. Investigar se há um processo para garantir que o paciente compreendeu seus direitos (ex.: no termo de consentimento).	Risco ao Paciente: Desconhecimento de seus direitos, levando à submissão a condutas indesejadas; Constrangimento em questionar a equipe. Ponto Crítico: Avaliar se a Carta de Direitos é apenas um quadro na parede ou se a equipe demonstra conhecer e aplicar esses direitos no dia a dia.	2.1.5.8 (Consentimento): O direito à recusa ou à informação, expresso aqui, é a base do consentimento informado. 2.1.5.2 (Decisão Compartilhada): O direito a participar das decisões é um dos mais importantes.
	Atendimento e Diagnóstico	2.1.4.1	Avalia o paciente considerando suas expectativas, necessidades, individualidades, riscos, condição clínica, histórico e condições econômicas.	Analisar a abrangência da anamnese e da avaliação inicial. Buscar no prontuário evidências de uma abordagem biopsicossocial (não apenas a queixa principal). Verificar se a avaliação de riscos (clínicos e sociais) é sistemática e documentada. Avaliar como essa avaliação integral é adaptada para as limitações do atendimento remoto.	Risco ao Paciente: Diagnóstico incorreto ou incompleto; Plano terapêutico que não considera a realidade do paciente; Riscos não identificados. Ponto Crítico: Analisar a qualidade da anamnese no prontuário. Verificar se há uma abordagem multiprofissional na avaliação inicial.	2.1.4.3 (Identificação de Riscos): A avaliação integral é o momento de identificar os riscos. 2.1.4.4 (Discussão Multiprofissional): Uma avaliação rica fornece subsídios para uma discussão de caso mais eficaz.
		2.1.4.2	Toma decisões baseadas em evidência científica.	Verificar se a organização disponibiliza acesso a diretrizes clínicas e bases de dados científicos. Analisar prontuários em busca da rastreabilidade da decisão (ex.: “conduta baseada na diretriz X”). Avaliar se há evidências de que a decisão foi compartilhada com o paciente (termos de consentimento, anotações sobre a conversa, etc.).	Risco ao Paciente: Tratamento obsoleto ou inadequado; Sensação de imposição do tratamento; Baixa adesão por não se sentir parte da decisão. Ponto Crítico: Verificar a rastreabilidade da decisão no prontuário. Questionar sobre o acesso da equipe a bases de dados e diretrizes.	2.1.5.2 (Proposta Terapêutica): Este requisito é o gêmeo do 2.1.4.2, focando na implementação da decisão compartilhada. 2.1.5.8 (Consentimento): A decisão compartilhada é o pilar ético que precede a assinatura do consentimento.
		2.1.4.3	Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção, para redução da probabilidade de incidentes.	Verificar a aplicação sistemática de escalas e protocolos para identificação de riscos (queda, lesão por pressão, broncoaspiração, etc.). Analisar se a identificação do risco gera um plano de prevenção individualizado e registrado no prontuário. Avaliar como os riscos específicos do ambiente domiciliar são considerados na telessaúde.	Risco ao Paciente: Queda, lesão por pressão, broncoaspiração, desnutrição, etc. Incidentes que poderiam ser prevenidos. Ponto Crítico: Verificar se a aplicação das escalas de risco é sistemática e se os planos de prevenção são de fato implementados e monitorados.	2.1.4.4 (Discussão Multiprofissional): Os riscos identificados são o principal insumo para a discussão. 2.1.5.5 (Plano Interdisciplinar): O plano de cuidados deve conter as ações de prevenção aos riscos identificados.
		2.1.4.4	A equipe multiprofissional discute os riscos dos pacientes para contribuição na tomada de decisão.	Investigar a existência de fóruns formais para discussão de casos (rounds, reuniões clínicas). Analisar atas e prontuários para ver a frequência e a qualidade dessas discussões. Entrevistar profissionais de diferentes áreas para entender como a comunicação interdisciplinar ocorre na prática e como ela influencia a tomada de decisão.	Risco ao Paciente: Visão fragmentada do cuidado; Decisões não otimizadas; Aumento do risco de eventos adversos por falha de comunicação. Ponto Crítico: Não se contentar com “a gente conversa no corredor”. Buscar evidências de discussões sistemáticas (atas, rounds, prontuário).	2.1.5.5 (Plano Interdisciplinar): A discussão é o que gera um plano verdadeiramente integrado. 2.1.5.4 (Reavaliação do Plano): A discussão é crucial para reavaliar e adequar os planos.

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos
		2.1.4.5	Cumprir diretrizes de transmissão de informação na transição de cuidado, incluindo transferências internas e externas, exames e recursos assistenciais.	Analisar os procedimentos de transição de cuidado (alta, transferência de setor, solicitação de exame). Verificar se a comunicação entre as equipes é padronizada (uso de checklists, SBAR, etc.) e eficaz. Avaliar se as informações essenciais são transmitidas de forma completa para garantir a continuidade e a segurança do cuidado.	Risco ao Paciente: Erro de medicação na transição; Perda de informações importantes; Atraso em exames/procedimentos; Necessidade de repetir informações. Ponto Crítico: Analisar formulários de transição/transferência. Verificar se são preenchidos corretamente e se a comunicação é de mão dupla.	2.1.5.10 (Transição na Alta): Mesma lógica, mas aplicada a diferentes momentos da jornada. O processo deve ser padronizado. 2.1.4.4 (Discussão Multiprofissional): Uma boa transição compartilha as conclusões da discussão.
		2.1.4.6	Identifica sinais de instabilidade ou evolução clínica desfavorável e cumpre protocolo de atendimento.	Verificar a existência de protocolos de resposta rápida (Time de Resposta Rápida, Protocolo de Sepsis, etc.). Analisar se a equipe é treinada para reconhecer os sinais de alerta precocemente. Investigar registros de acionamento e analisar o tempo de resposta e a efetividade do atendimento. Avaliar a diretriz para encaminhamento urgente a partir da telessaúde.	Risco ao Paciente: Atraso no reconhecimento da deterioração clínica, levando a um evento adverso grave ou óbito. Ponto Crítico: Verificar os registros de acionamento do Time de Resposta Rápida. Analisar casos de eventos adversos para ver se houve falha no reconhecimento.	2.1.5.6 (Instabilidade no Tratamento): É o mesmo requisito, aplicado em fases diferentes. O protocolo deve ser único. 2.1.31 (Acolhimento): Sinais de instabilidade devem ser detectados já na triagem.
		2.1.4.7	Utiliza técnicas e ferramentas de comunicação como escuta ativa.	Observar a interação da equipe com os pacientes. Investigar se há treinamento em técnicas de comunicação (escuta ativa, comunicação de más notícias). Procurar no prontuário registros que demonstrem uma comunicação empática. Entrevistar pacientes sobre como se sentiram ouvidos e compreendidos pela equipe.	Risco ao Paciente: Sentimento de não ser ouvido; Ansiedade por falta de informação; Conflitos com a equipe; Baixa confiança na relação terapêutica. Ponto Crítico: Observar a comunicação real. Avaliar se a equipe interrompe o paciente, se usa jargões ou se demonstra empatia.	2.1.3.2 (Características Individuais): A escuta ativa é a principal ferramenta para conhecer as individualidades. 2.1.5.2 (Decisão Compartilhada): Uma boa comunicação é pré-requisito para compartilhar decisões.
		2.1.4.8	Define critérios para indicação adequada de exames e tratamentos.	Avaliar a existência de protocolos ou diretrizes para solicitação de exames e tratamentos. Analisar (por amostragem) a pertinência de solicitações de exames de alto custo ou tratamentos de risco. Verificar se há instâncias de revisão ou auditoria clínica (comitês, grupos) para promover o uso racional de recursos.	Risco ao Paciente: Exposição a riscos de exames/tratamentos desnecessários; Sobrediagnóstico; Custos desnecessários. Ponto Crítico: Verificar a existência de comitês (ex: farmácia e terapêutica, de revisão de prontuários) que analisem a pertinência das solicitações.	2.1.4.2 (Decisão Baseada em Evidência): O uso de diretrizes é a principal forma de garantir a indicação adequada. 2.1.5.1 (Protocolos): Os protocolos devem conter os critérios de indicação.
2.1.5	Tratamento e Procedimentos	2.1.5.1	Estabelece e implementa os protocolos de acordo com o perfil dos pacientes, baseado em evidência científica, considerando a assistência multidisciplinar.	Verificar se os protocolos assistenciais (ex: AVC, IAM, Sepsis) estão alinhados ao perfil epidemiológico e baseados em evidências. Analisar se os protocolos são de conhecimento da equipe e se descrevem claramente o papel de cada profissional (abordagem multiprofissional). Avaliar se a telessaúde é considerada como uma ferramenta em alguma etapa do protocolo.	Risco ao Paciente: Tratamento inadequado para a condição; Aumento da variabilidade do cuidado entre as equipes; Piora nos desfechos clínicos. Ponto Crítico: "Protocolo de gaveta". Verificar se a equipe conhece e adere ao protocolo na prática, através da análise de prontuários.	2.1.4.8 (Critérios de Indicação): Os protocolos devem conter os critérios. 2.1.5.12 (Desfechos): A adesão aos protocolos deve ser correlacionada com a melhoria dos desfechos.
		2.1.5.2	Compartilha e discute com o paciente e família/acompanhante a proposta terapêutica e a condução do cuidado (em tempo hábil).	Analisar registros em prontuário que evidenciem a discussão do plano terapêutico. Verificar a qualidade dos Termos de Consentimento, se são claros e se o processo de assinatura permite dúvidas. Entrevistar pacientes sobre sua participação na decisão do tratamento. Avaliar como o consentimento é obtido e registrado em telessaúde.	Risco ao Paciente: Sentir-se um objeto do cuidado, não um sujeito; Baixa adesão a um plano que não entende ou não concorda; Conflito e quebra de confiança. Ponto Crítico: Analisar se o registro da discussão é padronizado ("paciente orientado") ou se descreve a interação real.	2.1.4.2 (Decisão Baseada em Evidência): São requisitos complementares que formam o pilar da decisão compartilhada. 2.1.5.8 (Consentimento): A discussão é o que dá significado ao ato de consentir.
		2.1.5.3	Estabelece um plano de orientação/educação ao paciente considerando suas individualidades e assistência multidisciplinar.	Verificar a existência de um plano estruturado de educação do paciente. Analisar a diversidade e a adequação dos materiais educativos utilizados. Avaliar se o plano é individualizado e se envolve os diferentes profissionais da equipe. Entrevistar a equipe sobre como as orientações são passadas e reforçadas ao longo do tratamento.	Risco ao Paciente: Incapacidade de gerenciar a própria saúde após a alta; Aumento do risco de reinternação; Ansiedade por despreparo. Ponto Crítico: Verificar se o plano de educação é individualizado ou uma abordagem "tamanho único". Avaliar a participação da equipe multiprofissional.	2.1.5.9 (Plano de Alta): A educação é o principal componente de um plano de alta eficaz. 2.1.6.2 (Orientações para Continuidade): É o reforço da educação no momento da transição.

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos
		2.1.5.4	Estabelece, acompanha, avalia e adequa o plano terapêutico individualizado.	Analisar prontuários para verificar se o plano terapêutico é um documento "vivo", ou seja, se é reavaliado e ajustado conforme a evolução do paciente. Buscar evidências de que a equipe multiprofissional participa dessas reavaliações. Avaliar se as metas do plano são claras e se o progresso em relação a elas é monitorado.	Risco ao Paciente: Manutenção de uma terapia ineficaz ou que está causando danos; Perda da janela de oportunidade para mudar a conduta. Ponto Crítico: Procurar por evidências de reavaliação nos prontuários. Verificar se o plano terapêutico não é do tipo "cópia e cola" dia após dia.	2.1.4.4 (Discussão Multiprofissional): A discussão é a principal ferramenta para uma reavaliação rica e segura. 2.1.5.12 (Desfechos): Os desfechos do paciente são o principal gatilho para a reavaliação.
		2.1.5.5	Estabelece plano de cuidado interdisciplinar com base no plano terapêutico, conforme grau de complexidade e dependência.	Verificar se o plano de cuidados integra as prescrições e planejamentos das diferentes áreas (médica, enfermagem, fisio, etc.) em um documento único ou em seções integradas do prontuário. Avaliar a coerência entre os planos das diferentes especialidades. Buscar evidências de que a comunicação entre os profissionais é fluida para construir esse plano conjunto.	Risco ao Paciente: Condutas conflitantes (ex.: nutrição prescreve dieta e fono indica outra consistência); Cuidado fragmentado; Falhas na segurança. Ponto Crítico: Analisar o prontuário em busca de um plano de cuidados integrado. Entrevistar diferentes profissionais sobre como eles se comunicam.	2.1.4.4 (Discussão Multiprofissional): É o processo que gera o plano integrado. 2.1.5.12 (Transição de Cuidado): Um plano integrado facilita enormemente a transição segura.
		2.1.5.6	Identifica sinais de instabilidade/deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento.	Similar ao 2.1.4.6, mas com foco no período de tratamento. Verificar a aplicação de escores de alerta precoce (NEWS, MEWS) na rotina. Analisar registros de deterioração clínica e a resposta da equipe. Avaliar se a equipe se sente segura e conhece o fluxo a seguir. Investigar como a triagem remota na tele saúde monitora sinais de alerta.	Risco ao Paciente: Atraso no socorro, com aumento da morbimortalidade. Evento adverso grave. Ponto Crítico: Checar a adesão à aplicação das escalas de alerta (ex.: NEWS) nos horários corretos, inclusive no plantão noturno e finais de semana.	2.1.4.6 (Instabilidade no Diagnóstico): Mesmo requisito. O protocolo e a equipe de resposta devem ser os mesmos. 2.1.5.12 (Desfechos): Falhas aqui impactam diretamente os indicadores de mortalidade e eventos adversos.
		2.1.5.7	Monitoramento da adesão ao tratamento.	Investigar como a adesão ao tratamento é verificada (ex.: contagem de comprimidos, questionários, relato do paciente). Problemas sociais e necessidade de cuidador. Verificar se há barreiras de entendimento em relação à proposta de tratamento. Avaliar o papel da equipe multiprofissional (farmacêutico clínico, psicólogo) na identificação e abordagem das barreiras à adesão. Verificar se a tele saúde é usada para acompanhamento e reforço da adesão.	Risco ao Paciente: Ineficácia do tratamento; Desperdício de recursos; Piora da condição clínica por tratamento subótimo. Ponto Crítico: Investigar como a não adesão é abordada. É tratada como "culpa do paciente" ou como um problema clínico a ser resolvido pela equipe?	2.1.5.3 (Educação ao Paciente): A educação é uma das principais estratégias para melhorar a adesão. 2.1.6.1 (Continuidade do Cuidado): O monitoramento da adesão é um pilar do cuidado contínuo.
		2.1.5.8	Aplica termo de consentimento para procedimentos de risco, invasivos e anestesia.	Analisar os modelos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Verificar se a linguagem é clara e se os riscos, benefícios e alternativas são bem descritos. Observar ou questionar como o consentimento é obtido na prática (se é uma mera formalidade ou uma conversa real). Avaliar a validade jurídica do consentimento digital.	Risco ao Paciente: Submissão a um procedimento sem o devido esclarecimento, ferindo sua autonomia. Ponto Crítico: Verificar se o consentimento não é obtido de forma apressada, no último minuto antes do procedimento. Avaliar se a linguagem do termo é clara para um leigo.	2.1.3.4 (Direitos e Deveres): O direito à informação e à recusa é a base legal do consentimento. 2.1.5.2 (Decisão Compartilhada): O consentimento é a formalização da decisão compartilhada.
		2.1.5.9	Planeja e realiza a alta do paciente com plano de continuidade do cuidado.	Avaliar a qualidade e a abrangência do plano de alta. Verificar se ele é multiprofissional e se considera a realidade do paciente pós-alta. Analisar se as orientações são claras e se a articulação com a rede de apoio (APS, AD) é documentada. Verificar se o checklist de alta é utilizado sistematicamente.	Risco ao Paciente: Alta insegura, com risco de complicações e reinternação precoce; Ansiedade e despreparo do paciente e família. Ponto Crítico: Analisar a qualidade dos sumários de alta. Verificar se a articulação com a rede (ex.: UBS) é proativa ou apenas um encaminhamento no papel.	2.1.5.3 (Educação ao Paciente): Um bom plano de alta é, em essência, um plano de educação para o autocuidado. 2.1.6.2 (Orientações para Continuidade): Este é o requisito que garante que as orientações do plano de alta sejam efetivas.
		2.1.5.10	Cumprir diretrizes de transmissão de informação na transição de cuidado (interna e externa).	Similar ao 2.1.4.5, com foco na transição para fora da organização. Analisar formulários de contrarreferência. Verificar a clareza e a completude das informações enviadas para outros serviços (outros hospitais, APS, ILPI). Avaliar se a tele saúde é usada como ferramenta para facilitar essa comunicação entre serviços.	Risco ao Paciente: Cuidado fragmentado; Repetição de exames; Erros por falta de informação completa na instituição de destino. Ponto Crítico: Verificar se o formulário de transferência/contrarreferência é padronizado e se há um processo para garantir que ele chegue ao destino.	2.1.4.5 (Transição Interna): O processo deve ser o mesmo, independentemente de a transição ser interna ou externa. 2.1.6.1 (Continuidade): Uma boa transição é o que possibilita a continuidade do cuidado na rede.

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Requisitos
2.1.6	Continuidade do Cuidado e Reabilitação	2.1.5.11	Acompanha os pacientes após encaminhamento para outros serviços nas transições e transferências.	Buscar evidências de que a organização realiza o acompanhamento ativo de pacientes após a alta ou encaminhamento (contato telefônico, teleconsulta de seguimento, etc.). Analisar os critérios que definem quais pacientes recebem esse follow-up. Avaliar como os resultados desse acompanhamento são registrados e utilizados.	Risco ao Paciente: Complicações pós-alta não detectadas; Dúvidas não esclarecidas; Sensação de abandono após a alta. Ponto Crítico: Buscar evidências do contato ativo (registros de ligações, anotações em prontuário). Verificar se há um protocolo ou se os contatos são aleatórios.	2.1.6.1 (Continuidade do Cuidado): O follow-up é uma das principais ferramentas para garantir a continuidade. 2.1.5.12 (Desfechos): É uma forma de monitorar desfechos como reinternação e satisfação.
		2.1.5.12	Monitoramento do desfecho clínico dos pacientes.	Verificar a existência e a análise crítica de indicadores de desfecho clínico (taxa de mortalidade, reinternação em 30 dias, infecção, etc.). Analisar atas de reuniões onde esses indicadores são discutidos. Investigar se a análise dos desfechos leva a planos de ação e melhorias nos processos assistenciais.	Risco ao Paciente: Manutenção de práticas assistenciais que geram resultados ruins; Falta de aprendizado com os erros; Estagnação da qualidade. Ponto Crítico: Analisar atas de reuniões críticas. Verificar se a análise dos dados gera planos de ação concretos, com prazos e responsáveis.	Todos os requisitos anteriores: Os desfechos são o resultado final de quão bem todos os outros requisitos da jornada foram executados. É o requisito integrador por excelência.
		2.1.6.1	Identifica os pacientes que necessitam de continuidade do cuidado e monitoramento, definindo critérios de acompanhamento com base no perfil e porte da organização, plano terapêutico, metas e desfechos.	Avaliar a clareza e a pertinência dos critérios para elegibilidade ao acompanhamento contínuo. Verificar se a estratificação de pacientes considera aspectos clínicos e sociais. Analisar como a equipe multiprofissional e a tele saúde estão inseridas nesse fluxo de continuidade.	Risco ao Paciente: "Alta para o nada"; Abandono do paciente crônico; Perda dos ganhos obtidos na fase aguda; Reinternações evitáveis. Ponto Crítico: Verificar a clareza dos critérios de elegibilidade para os programas de cuidado contínuo.	2.1.5.9 (Plano de Alta): A identificação da necessidade de continuidade deve ocorrer bem antes da alta. 2.1.5.11 (Follow-up): O acompanhamento pós-alta é uma ferramenta para a continuidade.
		2.1.6.2	Fortalece as orientações aos pacientes/familiares que necessitam de continuidade do cuidado ou monitoramento.	Analisar a qualidade dos materiais e das orientações fornecidas na transição para o cuidado contínuo. Verificar se as informações são reforçadas e se os canais de comunicação para dúvidas permanecem abertos. Avaliar se há um "contrato" claro sobre as responsabilidades do paciente, da família e da equipe nesse acompanhamento.	Risco ao Paciente: Falha na transição do cuidado, com interrupção do tratamento; Insegurança do paciente/família em manejar o cuidado em casa. Ponto Crítico: Avaliar a comunicação com a instituição de destino (outros serviços, ILPIs, etc.). Existe um contato formal?	2.1.5.3 (Educação ao Paciente): A educação é a base para que as orientações sejam efetivas. 2.1.5.9 (Plano de Alta): Este requisito é a execução final do que foi planejado na alta.

8.4. Método de Avaliação – Jornada do Paciente – Parte II

Método

- Realizar 2 rastreamentos da jornada de pacientes
- Entrevistar 2 pacientes
- Entrevistar 2 lideranças do nível tático
- Entrevistar 2 profissionais da linha de frente

Técnicas de Avaliação

- Entrevista
- Revisão de documentos
- Análise de prontuário (prospectivo)

DEIXAR CLARO ONDE É APLICÁVEL OPORTUNIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Questões para entrevista (gestores/equipe)	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista (pacientes/famíliares)
2.1.1	Conscientização e Identificação da Necessidade	2.1.1.1	Desenvolve atividades voltadas à promoção de saúde de acordo com o perfil epidemiológico.	GESTOR: Qual o perfil de pacientes que vocês atendem? Quais ações de promoção e prevenção da saúde são planejadas para o perfil de pacientes/atendimentos? Existe um programa/ planejamento formal voltados à promoção da saúde? Há indicadores de impacto/desempenho? PROFISSIONAL EQUIPE: O perfil epidemiológico de vocês XXXX (explicar sucintamente). O que tem sido realizado como medidas de promoção da saúde para esses perfis de pacientes? Poderia me explicar como funciona? Quais profissionais estão envolvidos nessas medidas de promoção da saúde? Você participou da elaboração ou estruturação desses programas de promoção da saúde? Vocês recebem capacitações ou treinamentos? Como isso impacta no seu trabalho? Há algum dado sobre os resultados/impacto do programa?	Para o paciente, isso significa que a organização de saúde não espera apenas que ele adoça. Ele percebe que a instituição se preocupa com seu bem-estar geral, oferecendo ferramentas para que ele viva de forma mais saudável. Isso gera um sentimento de cuidado proativo e confiança, mostrando que a organização o vê como uma pessoa completa, e não apenas como um futuro paciente.	Além do tratamento que o(a) senhor(a) veio buscar, você já ouviu falar ou participou de alguma campanha, palestra ou grupo organizado por eles sobre como cuidar melhor da saúde (alimentação, pressão alta, parar de fumar, etc.)? Quais ações de promoção foram percebidas pelo paciente? Há um profissional de referência identificado pelo paciente? Houve acompanhamento? O paciente recebeu alguma orientação? Qual tipo de entrega? O paciente refere se pode tirar dúvidas? Foi informado sobre canais para tirar dúvidas? As ações planejadas para a promoção da saúde têm impactado o paciente?
		2.1.1.2	Estabelece e implementa meios e canais de comunicação com a sociedade para divulgação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças.	Quais canais de comunicação são utilizados para divulgar informações de saúde para a comunidade? Como vocês decidiram quais canais seriam mais efetivos? Quem é o responsável por criar e aprovar o conteúdo divulgado? Há uma preocupação em usar uma linguagem que todos possam entender? Podem me dar um exemplo de uma campanha recente e como foi sua divulgação?	O paciente se sente informado e empoderado. Ele não precisa ir até a unidade de saúde para receber orientações valiosas. A informação chega até ele de forma conveniente (no seu celular, no rádio, em cartazes no bairro, em folders de orientação nos serviços de saúde, no site, etc.). Isso demonstra que a organização se esforça para ser presente e acessível, facilitando o acesso ao conhecimento que pode prevenir doenças e melhorar sua qualidade de vida.	"Como o(a) senhor(a) costuma receber notícias ou informações sobre saúde vindas daqui? Já viu algum cartaz, post na internet ou recebeu alguma mensagem deles com dicas de saúde?"

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Questões para entrevista (gestores/equipe)	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista (pacientes/familiares)
2.1.2	Busca por Atendimento e Agendamento	2.1.1.3	Disponibiliza orientações atualizadas para promoção da saúde e prevenção de doenças, em linguagem acessível às condições de atendimento individuais e coletivas.	Como vocês garantem que as orientações de saúde fornecidas aos pacientes estão atualizadas? A equipe assistencial participa da criação desses materiais? Como vocês adaptam a informação para pacientes com diferentes níveis de compreensão ou necessidades especiais? Existe uma rotina para revisar e atualizar esses materiais?	O paciente recebe orientações que ele realmente consegue entender e aplicar no seu dia a dia. Materiais com linguagem simples, imagens e exemplos práticos fazem com que ele se sinta capaz de cuidar da própria saúde. A percepção é de respeito às suas limitações e de um esforço genuíno para que ele se torne um parceiro ativo no seu cuidado, e não um receptor passivo de ordens médicas complexas.	"Em algum momento, alguém da equipe lhe entregou algum folheto ou mostrou algum vídeo para explicar melhor sua condição de saúde ou seu tratamento? O material foi fácil de entender?"
		2.1.1.4	Define escopo de atendimento para acesso aos usuários de acordo com o perfil epidemiológico.	Como um paciente sabe quais tipos de atendimento vocês oferecem aqui? Onde essa informação está disponível? Se um paciente procura por um serviço que vocês não oferecem, qual é o procedimento padrão da equipe da recepção? A definição dos serviços oferecidos foi baseada nas doenças mais comuns da região?	Para o paciente, clareza no escopo significa não perder tempo e não criar falsas expectativas. Ele sabe exatamente o que esperar daquela organização, onde pode ser ajudado e como acessar o serviço. Isso evita a frustração de ir ao lugar errado e demonstra organização e respeito pelo tempo e pela necessidade do paciente.	"Antes de vir para cá, o(a) senhor(a) sabia exatamente que tipo de atendimento ou especialidade encontraria aqui? Essa informação foi fácil de achar?"
		2.1.1.5	Estabelece e orienta a população em relação às diretrizes para atendimento por telessaúde.	A organização oferece telessaúde? Como o paciente é informado sobre essa opção? Quais são os critérios para um paciente ser elegível para o atendimento remoto? Como vocês garantem que o paciente entendeu como usar a plataforma e se sente seguro com a consulta a distância?	O paciente vê a telessaúde como uma opção moderna e conveniente, que economiza tempo e custos de deslocamento. Quando as regras são claras, ele se sente seguro para usar a tecnologia, sabendo quando ela é apropriada e o que fazer se o seu caso precisar de uma avaliação presencial. Isso transmite uma imagem de uma organização atualizada e que pensa na comodidade do paciente.	"O(A) senhor(a) já utilizou ou foi informado sobre a possibilidade de fazer consultas por vídeo ou telefone? Se sim, as instruções de como acessar e o que esperar da consulta foram claras?"
		2.1.2.1	Define fluxos e critérios clínicos de precedência para admissão de pacientes/clientes, incluindo os provenientes de outras organizações e serviços.	Como é decidido qual paciente será atendido primeiro na emergência ou para uma consulta especializada? Existem critérios escritos para isso? Como funciona o fluxo quando recebemos um paciente transferido de outro hospital/UBS? Na telemedicina, como o profissional decide que o caso precisa ser visto presencialmente? A equipe é treinada nesses fluxos?	O paciente percebe que a prioridade é dada a quem mais precisa, com base em critérios técnicos e justos, e não por ordem de chegada ou "quem grita mais alto". Isso gera um sentimento de segurança e equidade, pois ele confia que, em uma situação de gravidade, seu caso será tratado com a urgência necessária.	(Se aplicável a emergências) "Enquanto o(a) senhor(a) aguardava, percebeu se havia uma organização para chamar os pacientes? Sentiu que os casos mais graves eram atendidos mais rápido?"
	Busca por Atendimento e Agendamento	2.1.2.2	Gerencia os leitos, agendas e atendimentos de forma integrada, com disponibilização em tempo e condições adequadas ao paciente/cliente.	Como vocês gerenciam a agenda dos médicos e a ocupação dos leitos para evitar longas esperas? Existe um sistema que integra o agendamento de consultas presenciais e por telessaúde? Quem é responsável por monitorar a disponibilidade de vagas e leitos em tempo real? Como são priorizados os casos cirúrgicos ou de internação?	O paciente sente que a organização é eficiente e organizada. A gestão integrada se traduz em menos tempo perdido em filas, agendamentos mais rápidos e uma jornada mais fluida. Ele percebe que seu tempo é valorizado e que os recursos estão sendo usados de forma inteligente para atendê-lo da melhor maneira possível.	"Como foi a sua experiência para conseguir marcar esta consulta ou procedimento? Foi um processo rápido? As opções de datas e horários eram adequadas para o(a) senhor(a)?"
		2.1.2.3	Gerencia filas, disponibilidade de agendamentos e tempo de espera com base em critérios estabelecidos para priorizar o acesso aos diferentes serviços.	Qual é o tempo médio de espera para uma consulta ou para o atendimento na emergência? Vocês medem isso? O que foi feito no último trimestre para tentar reduzir esse tempo? Como vocês comunicam ao paciente o motivo da espera? Na telessaúde, como é gerenciada a ordem de atendimento?	O paciente se sente respeitado quando a organização se preocupa com seu tempo de espera. Mesmo que precise esperar, a existência de um sistema transparente e de comunicação sobre os prazos reduz a ansiedade e a irritação. A percepção é de uma gestão que não só identifica problemas (filas longas), mas que ativamente trabalha para resolvê-los.	"Me conte sobre sua experiência enquanto aguardava o atendimento. O tempo de espera pareceu razoável? Alguém da equipe conversou com o(a) senhor(a) ou deu alguma previsão durante a espera?"
		2.1.2.4	Estabelece, implementa e mantém uma sistemática de sinalização clara e compreensível nas áreas internas e externas de circulação, acessibilidade e localização da organização.	Um paciente que chega aqui pela primeira vez consegue encontrar facilmente a recepção, os consultórios e os banheiros? A sinalização é clara para todos, incluindo idosos ou pessoas com baixa visão? Vocês já fizeram um teste prático para ver se a sinalização funciona? E a plataforma de telessaúde, ela tem um passo a passo claro para o paciente acessar a consulta?	Uma boa sinalização reduz o estresse e a ansiedade do paciente. Ele se sente mais seguro e autônomo, sem a necessidade de perguntar a todo momento para onde deve ir. Para ele, isso é um sinal básico de acolhimento e organização, mostrando que a instituição se preocupou em facilitar sua locomoção em um momento de vulnerabilidade.	"Foi fácil para o(a) senhor(a) encontrar o caminho aqui dentro? As placas e avisos ajudaram a localizar a sala de espera, os consultórios e os banheiros?"

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Questões para entrevista (gestores/equipe)	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista (pacientes/familiares)
		2.1.2.5	Oferece canais de comunicação e orientação aos pacientes (preparo, especialidades, cobertura e convênios etc.).	Se um paciente tiver uma dúvida sobre o preparo de um exame, como ele pode obter essa informação? Os canais de comunicação são ativamente monitorados? As informações sobre cobertura de convênios estão sempre atualizadas e são fáceis de consultar? Como o paciente é orientado sobre seus direitos de privacidade antes de uma teleconsulta?	O paciente se sente amparado e bem informado antes mesmo do atendimento. Ter acesso fácil a informações sobre preparos e regras evita erros, cancelamentos e a necessidade de refazer procedimentos. Isso demonstra uma preocupação da organização em garantir que tudo corra bem, otimizando o tempo do paciente e garantindo a qualidade do procedimento.	"Antes do seu exame/procedimento, o(a) senhor(a) recebeu orientações sobre o que precisava fazer (jejum, medicação etc.)? Foi fácil entender e tirar dúvidas sobre esse preparo?"
2.1.3	Chegada e Acolhimento	2.1.3.1	Estabelece diretrizes de acolhimento e critérios de priorização de atendimento.	Qual é a primeira coisa que acontece quando um paciente chega à recepção ou pronto-atendimento? Existe um protocolo de acolhimento e classificação de risco? Como a equipe é treinada para um atendimento humanizado? Como vocês garantem que pacientes com direito a atendimento prioritário por lei (idosos, gestantes) sejam rapidamente identificados?	O paciente se sente acolhido e seguro desde o primeiro momento. A percepção de que sua condição é avaliada por critérios técnicos e que ele é tratado com empatia e respeito, independentemente do seu estado emocional, faz toda a diferença. Um bom acolhimento valida seu sofrimento e estabelece uma relação de confiança imediata.	"Me conte como foi sua chegada aqui. Como o(a) senhor(a) foi recebido(a) na recepção ou na triagem? Sentiu que a equipe foi atenciosa com você naquele primeiro momento?"
		2.1.3.2	Considera características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes.	Como vocês levam em conta as crenças, a cultura ou a situação social de um paciente ao planejar o cuidado? A equipe multiprofissional (assistente social, psicólogo) é acionada para ajudar a entender o contexto do paciente? Poderia me dar um exemplo de como o plano de cuidados foi adaptado para respeitar uma preferência ou necessidade individual de um paciente?	O paciente se sente visto como um ser humano único, não como "o leito 10" ou "o paciente com diabetes". Saber que suas crenças, seus valores e sua situação familiar são considerados no tratamento gera um profundo sentimento de respeito e dignidade. Isso fortalece a aliança terapêutica e aumenta a adesão ao tratamento proposto.	"O(A) senhor(a) sentiu que a equipe, em algum momento, se interessou em saber um pouco mais sobre você, seus hábitos, ou suas preocupações além da doença? Sentiu que suas preferências foram ouvidas?"
		2.1.3.3	Fornecer orientações aos pacientes e familiares relacionadas ao atendimento, decisões e seguimento.	Quem é responsável por orientar o paciente e a família sobre o plano de tratamento e os próximos passos? Como vocês garantem que eles entendem as orientações? As instruções são fornecidas por escrito? Como o paciente sabe o que fazer depois que sai daqui?	O paciente e sua família se sentem seguros e participantes do processo de cuidado. Orientações claras sobre o que está acontecendo e o que virá a seguir reduzem a incerteza e o medo. Isso lhes dá um papel ativo, permitindo que se preparem para as próximas etapas e colaborem de forma mais efetiva com a equipe.	"Durante o atendimento, a equipe explicou para o(a) senhor(a) o que estava acontecendo e quais seriam as próximas etapas do seu tratamento? Você se sentiu à vontade para fazer perguntas?"
		2.1.3.4	Fornecer as orientações aos pacientes e familiares relacionadas aos direitos e deveres.	Onde os pacientes podem encontrar informações sobre seus direitos e deveres? A equipe costuma conversar com os pacientes sobre esses direitos? Como vocês garantem que um paciente, ao dar um consentimento, está ciente do seu direito de recusar o procedimento?	O paciente se sente protegido e respeitado em sua autonomia. Conhecer seus direitos (a ter um acompanhante, a pedir uma segunda opinião, a recusar um tratamento) o empodera e equilibra a relação com a equipe de saúde. Isso demonstra transparência e um compromisso ético por parte da organização.	"Em algum momento, alguém lhe informou sobre seus direitos como paciente, como por exemplo, o direito a ter um acompanhante ou a pedir mais informações? O(A) senhor(a) se sentiu seguro(a) sobre isso?"
2.1.4	Atendimento e Diagnóstico	2.1.4.1	Avalia o paciente considerando suas expectativas, necessidades, individualidades, riscos, condição clínica, histórico e condições econômicas.	O que vocês consideram na primeira avaliação de um paciente, além dos sintomas físicos? Vocês perguntam sobre as expectativas do paciente com o tratamento? A situação social ou econômica do paciente é levada em conta ao propor um tratamento? Como a equipe multiprofissional contribui para essa avaliação inicial?	O paciente sente que a equipe quer entender sua história completa, não apenas a doença. Quando perguntam sobre suas expectativas, medos e condições de vida, ele se sente cuidado de forma integral. Isso mostra que o plano de tratamento será realista e adequado à sua vida, e não uma "receita de bolo" genérica.	"Na sua primeira conversa com o médico ou enfermeiro, o(a) senhor(a) sentiu que teve tempo suficiente para explicar tudo o que estava sentindo e suas preocupações?"
		2.1.4.2	Toma decisões baseadas em evidência científica.	Em que vocês se baseiam para tomar as decisões sobre diagnóstico e tratamento? As diretrizes clínicas da instituição são de fácil acesso para a equipe? Como vocês envolvem o paciente e a família na decisão sobre o tratamento? Vocês utilizam algum material para ajudar o paciente a entender as opções?	O paciente se sente mais seguro ao saber que seu tratamento não se baseia em "achismo", mas sim nas melhores práticas científicas disponíveis. Quando a equipe compartilha as opções e o convida a participar da decisão, ele se sente corresponsável e mais comprometido com o sucesso do tratamento. A percepção é de parceria, não de submissão.	"Quando o tratamento foi proposto, o(a) senhor(a) sentiu que as opções foram explicadas de forma clara? Você teve a oportunidade de dar sua opinião e participar da escolha do caminho a seguir?"

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Questões para entrevista (gestores/equipe)	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista (pacientes/familiares)
		2.1.4.3	Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção, para redução da probabilidade de incidentes.	Quais são os principais riscos assistenciais que vocês monitoram em seus pacientes? Como essa identificação é feita? (Ex.: aplicação de escalas). Uma vez que um risco é identificado, o que acontece? Qual é o plano de prevenção? Como a equipe é alertada sobre os riscos de cada paciente?	O paciente sente que a organização está um passo à frente, atuando para prevenir problemas antes que eles aconteçam. A identificação de riscos (como o de queda para um idoso) e a implementação de barreiras de segurança (como uma pulseira de alerta) transmitem uma sensação de cuidado atento e proativo, aumentando a segurança percebida.	(Se aplicável) “Durante sua estadia, a equipe tomou algum cuidado especial para evitar que o(a) senhor(a) caísse ou para proteger sua pele? Eles lhe explicaram o motivo desses cuidados?”
		2.1.4.4	A equipe multiprofissional discute os riscos dos pacientes para contribuição na tomada de decisão.	Existe uma rotina para que diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) discutam juntos os casos dos pacientes? Como essa discussão é registrada? Poderia me dar um exemplo de um caso em que a opinião de outro profissional mudou a conduta que seria tomada? Como isso funciona quando a equipe não está fisicamente no mesmo lugar?	O paciente tem a tranquilidade de saber que seu caso está sendo analisado por múltiplas perspectivas. A percepção é de que “várias cabeças pensam melhor que uma”, o que aumenta a confiança de que o plano de cuidados é o mais completo e seguro possível, considerando todos os ângulos de sua condição de saúde.	“O(A) senhor(a) percebeu que diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) conversavam entre si sobre o seu caso? Sentiu que eles trabalhavam em sintonia?”
		2.1.4.5	Cumprir diretrizes de transmissão de informação na transição de cuidado, incluindo transferências internas e externas, exames e recursos assistenciais.	Como a equipe da UTI comunica o caso de um paciente que está indo para o quarto? Existe um checklist ou um formulário padrão para transferência de pacientes? Como vocês garantem que a equipe que vai realizar um exame tem todas as informações clínicas importantes sobre o paciente?	O paciente não percebe diretamente a “passagem de bastão” entre as equipes, mas ele sente os efeitos de uma transição bem-feita: não precisa repetir sua história várias vezes, os profissionais parecem estar sempre a par do seu caso e não há atrasos ou erros por falha de comunicação. Isso se traduz em uma jornada fluida e segura.	“Ao ser transferido de um setor para outro, ou ao ir fazer um exame, o(a) senhor(a) sentiu que a nova equipe que o recebeu já sabia da sua história e do seu estado de saúde?”
		2.1.4.6	Identifica sinais de instabilidade ou evolução clínica desfavorável e cumpre protocolo de atendimento.	O que acontece se um paciente internado começa a apresentar uma piora clínica súbita? Existe um time ou um protocolo específico para isso? Como a equipe é treinada para identificar esses sinais de alerta? A partir de uma teleconsulta, se você identificar um sinal de gravidade, qual é o procedimento imediato?	O paciente e sua família sentem-se mais seguros sabendo que existe um “plano de emergência” pronto para ser ativado. A existência de uma equipe dedicada a atender rapidamente a piores clínicas inesperadas é um grande fator de tranquilidade, demonstrando que a organização está preparada para o pior cenário e age rapidamente para proteger a vida do paciente.	(Para familiares de pacientes graves) “Em algum momento de piora, o(a) senhor(a) sentiu que a equipe agiu de forma rápida e organizada para atender a emergência?”
		2.1.4.7	Utiliza técnicas e ferramentas de comunicação como escuta ativa.	Vocês recebem treinamento sobre como se comunicar com os pacientes, especialmente em situações difíceis? Como vocês praticam a escuta ativa no dia a dia? Que ferramentas ou técnicas vocês usam para garantir que a comunicação seja clara e empática?	O paciente se sente verdadeiramente ouvido e compreendido. Uma comunicação empática faz com que ele se sinta à vontade para expressar seus medos e dúvidas. A percepção é de que o profissional à sua frente não está apenas tratando uma doença, mas cuidando de uma pessoa, com respeito e humanidade. Isso por si só já tem um efeito terapêutico.	“Como o(a) senhor(a) descreveria a forma como a equipe conversa com você? Sente que eles ouvem com atenção suas dúvidas e preocupações?”
		2.1.4.8	Define critérios para indicação adequada de exames e tratamentos.	Existem critérios na instituição para indicar um exame de ressonância magnética, por exemplo? Quem pode solicitar terapias especializadas ou medicamentos de alto custo? Há alguma forma de auditoria ou discussão para garantir que os exames e tratamentos sejam realmente necessários, evitando excessos?	O paciente se sente protegido contra o excesso de exames e tratamentos desnecessários, que podem trazer riscos, ansiedade e custos. Ele percebe que a indicação é baseada em sua real necessidade clínica, e não em rotinas automáticas ou outros interesses. Isso gera confiança na integridade e na responsabilidade da equipe médica.	“O(A) senhor(a) sentiu que todos os exames que fez foram bem explicados, o motivo pelo qual eram necessários?”
2.1.5	Tratamento e Procedimentos	2.1.5.1	Estabelece e implementa os protocolos de acordo com o perfil dos pacientes, baseados em evidência científica, considerando a assistência multidisciplinar.	Quais são os principais protocolos clínicos que vocês utilizam? Eles são baseados em quais diretrizes (nacionais, internacionais)? Como a equipe é treinada nesses protocolos? O protocolo de AVC, por exemplo, define o que o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo e o enfermeiro devem fazer em cada etapa?	O paciente tem a segurança de que seu tratamento segue um “roteiro” testado e aprovado, que organiza as ações da equipe para o melhor resultado possível. Ele percebe que todos os profissionais sabem exatamente o que fazer e quando fazer, o que se traduz em um cuidado mais ágil, coordenado e eficaz, especialmente em situações críticas.	“O(A) senhor(a) percebeu uma rotina, uma sequência de cuidados organizada pela equipe desde que seu tratamento começou?”

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Questões para entrevista (gestores/equipe)	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista (pacientes/familiares)
		2.1.5.2	Compartilha e discute com o paciente e família/acompanhante a proposta terapêutica e a condução do cuidado (em tempo hábil).	Como vocês apresentam a proposta de tratamento ao paciente e à família? Vocês reservam um tempo para tirar dúvidas? Como vocês documentam que essa conversa aconteceu e que o paciente concordou com o plano? Poderia me mostrar um exemplo de Termo de Consentimento que vocês utilizam?	O paciente se sente protagonista e corresponsável pelo seu tratamento. A oportunidade de discutir, tirar dúvidas e concordar com a proposta terapêutica o empodera e aumenta drasticamente sua confiança e adesão. A percepção é de que sua opinião e seus valores são decisivos no processo de cura.	"Antes de iniciar um tratamento ou realizar um procedimento, a equipe conversou com o(a) senhor(a) sobre os benefícios e os possíveis riscos? Você sentiu que tinha todas as informações para concordar?"
		2.1.5.3	Estabelece um plano de orientação/educação ao paciente considerando suas individualidades e assistência multidisciplinar.	Existe um planejamento para orientar o paciente sobre sua doença e tratamento ao longo da internação? Que tipo de materiais vocês usam para isso (vídeos, cartilhas)? Como vocês adaptam a educação para um paciente idoso com dificuldade de aprendizado, por exemplo? A equipe de enfermagem, nutrição e farmácia participa ativamente desse processo?	O paciente se torna um especialista em sua própria saúde. Receber educação contínua sobre sua condição, medicamentos e autocuidado o torna mais confiante e capaz de gerenciar sua doença, especialmente após a alta. A percepção é de que a organização está investindo para que ele tenha autonomia e qualidade de vida a longo prazo.	"Ao longo do tratamento, a equipe lhe ensinou sobre os cuidados que o(a) senhor(a) mesmo(a) poderia ter, sobre seus medicamentos ou sobre como lidar com sua condição de saúde no dia a dia?"
		2.1.5.4	Estabelece, acompanha, avalia e adequa o plano terapêutico individualizado.	Com que frequência o plano terapêutico de um paciente é reavaliado pela equipe? O que dispara uma reavaliação? Como a evolução do paciente é comparada com as metas definidas inicialmente? Há reuniões ou discussões para ajustar o plano quando o paciente não está evoluindo como o esperado?	O paciente sente que seu tratamento não é rígido e inflexível. A reavaliação constante mostra que a equipe está atenta à sua resposta individual e pronta para ajustar a rota se necessário. Isso transmite segurança, pois o cuidado é dinâmico e personalizado à sua evolução real.	"O(A) senhor(a) sentiu que, conforme ia melhorando ou se algo mudava, a equipe ajustava seu tratamento ou seus cuidados?"
		2.1.5.5	Estabelece plano de cuidado interdisciplinar com base no plano terapêutico, conforme grau de complexidade e dependência.	Como o plano de cuidados da fisioterapia se integra com a prescrição médica e o plano da enfermagem? Eles "conversam" entre si? Existe um local único no prontuário onde todos podem ver o plano completo do paciente? Como vocês evitam condutas conflitantes entre as diferentes áreas profissionais?	O paciente percebe que todos os profissionais que cuidam dele estão "remando na mesma direção". Ele sente que não está recebendo cuidados fragmentados, mas sim um tratamento coeso e integrado, onde cada especialista contribui com sua parte para um objetivo comum. Isso gera uma percepção de cuidado organizado e holístico.	"O(A) senhor(a) sentiu que o fisioterapeuta sabia o que o médico tinha dito e que a enfermeira sabia dos cuidados da nutricionista? Parecia um trabalho de time?"
		2.1.5.6	Identifica sinais de instabilidade/deterioração clínica e cumpre o protocolo de atendimento.	Quais ferramentas vocês utilizam para monitorar continuamente os pacientes e detectar sinais de piora? (Ex.: escores, monitorização). Se a pontuação de um escore de alerta aumenta, qual é a ação imediata do enfermeiro? A equipe se sente preparada para agir rapidamente nessas situações?	A segurança percebida pelo paciente e pela família é imensa. Saber que existe um sistema de vigilância constante, capaz de detectar os menores sinais de piora antes que se tornem um problema grave, oferece uma enorme tranquilidade durante a internação ou tratamento. É a sensação de estar protegido por uma "rede de segurança" invisível.	(Para familiares) "Houve algum momento em que o(a) senhor(a) ficou preocupado com uma piora e sentiu que a equipe percebeu e agiu rapidamente?"
		2.1.5.7	Monitoramento da adesão ao tratamento.	Como vocês sabem se um paciente está tomando os medicamentos corretamente em casa? Se vocês identificam que um paciente não está aderindo ao tratamento, qual é a abordagem? Apenas o médico lida com isso ou outros profissionais se envolvem? Vocês usam algum recurso tecnológico para lembrar ou acompanhar o paciente?	O paciente sente que a preocupação da equipe não termina quando ele sai da instituição. O monitoramento da adesão mostra que a organização se importa com o resultado final do tratamento. Quando as barreiras são discutidas de forma aberta e sem julgamento, ele se sente apoiado para superar suas dificuldades e ter sucesso no tratamento.	"Alguém da equipe conversou com o(a) senhor(a) sobre alguma dificuldade que poderia ter para seguir o tratamento em casa (esquecer o remédio, efeitos colaterais, custo, etc.)?"
		2.1.5.8	Aplica termo de consentimento para procedimentos de risco, invasivos e anestesia.	Poderia me mostrar o termo de consentimento para uma cirurgia ou procedimento invasivo? Como o médico explica os riscos e benefícios ao paciente antes da assinatura? O paciente tem a oportunidade de fazer perguntas? O que acontece se o paciente se recusa a assinar? Como isso funciona para procedimentos indicados via telessaúde?	O paciente se sente respeitado em sua autonomia e direito de escolha. Um processo de consentimento bem conduzido não é apenas uma formalidade legal, mas um diálogo que o informa e lhe dá o poder de decidir sobre o próprio corpo. A percepção é de transparência, ética e respeito absoluto à sua vontade.	"Antes de seu procedimento, o(a) senhor(a) assinou um documento de autorização? Teve tempo para ler, fazer perguntas e se sentiu confortável e sem pressão para assinar?"

N.	Etapas da JP	Nº do requisito	Requisitos	Questões para entrevista (gestores/equipe)	Abordagem a partir da perspectiva do paciente	Questões para entrevista (pacientes/familiares)
		2.1.5.9	Planeja e realiza a alta do paciente com plano de continuidade do cuidado.	Como é planejada a alta de um paciente? Quem participa dessa decisão? O que está incluído no sumário de alta que o paciente leva para casa? Vocês entram em contato com a unidade básica de saúde ou o serviço de atenção domiciliar para garantir a continuidade do cuidado? As orientações de alta são apenas verbais ou também escritas?	A alta deixa de ser um momento de ansiedade ("e agora, o que eu faço?") e se torna uma transição segura e bem planejada. Um bom plano de alta dá ao paciente e à família a confiança de que saberão como continuar o cuidado em casa. A percepção é de que a organização não o está "descartando", mas sim garantindo que ele fique bem após a saída.	"Vamos falar sobre a sua alta. Como foi a preparação? As orientações sobre os cuidados em casa, remédios e sinais de alerta foram claras? O(A) senhor(a) se sentiu seguro(a) para ir para casa?"
		2.1.5.10	Cumprir diretrizes de transmissão de informação na transição de cuidado (interna e externa).	Quando vocês transferem um paciente para outro hospital ou o encaminham de volta para a Atenção Primária, que tipo de documento acompanha o paciente? Como vocês garantem que a equipe que vai recebê-lo terá todas as informações necessárias para continuar o cuidado sem interrupções?	O paciente sente que seu cuidado é uma jornada contínua, mesmo que mude de instituição. A comunicação eficiente entre os serviços garante que ele não "se perca no sistema". A percepção é de um sistema de saúde integrado, onde as diferentes partes trabalham em conjunto para garantir o seu bem-estar, e não de forma isolada.	"Ao ser encaminhado para outro serviço ou de volta ao postinho, o(a) senhor(a) sentiu que as informações sobre seu tratamento foram junto com você?"
		2.1.5.11	Acompanha os pacientes após encaminhamento para outros serviços nas transições e transferências.	A organização tem o hábito de ligar para os pacientes alguns dias após a alta para saber como eles estão? Existe um fluxo para isso? Todos os pacientes recebem esse contato ou há critérios de seleção? O que é feito com as informações coletadas nesses contatos?	O paciente se sente genuinamente cuidado e valorizado. Um contato pós-alta demonstra que a preocupação da organização vai além de suas paredes. Isso transmite uma forte mensagem de responsabilidade e cuidado contínuo, fortalecendo o vínculo de confiança e permitindo o esclarecimento de dúvidas que surgem em casa.	"Depois que o(a) senhor(a) teve alta, alguém da equipe do hospital/clínica entrou em contato para saber como você estava passando?"
		2.1.5.12	Monitoramento do desfecho clínico dos pacientes.	Quais são os principais resultados clínicos que vocês monitoram? (Ex: taxas de reinternação, mortalidade). Com que frequência esses dados são analisados? Poderia me dar um exemplo de uma melhoria que foi implementada a partir da análise de um desfecho clínico negativo? Essas análises são compartilhadas com as equipes assistenciais?	Embora o paciente não veja os relatórios de indicadores, ele vivencia os resultados de uma gestão focada em desfechos: processos mais seguros, tratamentos mais eficazes e uma menor chance de complicações. A percepção de longo prazo é a de estar em uma organização que aprende com seus resultados e está em constante busca pela excelência, o que se traduz em maior segurança e melhores chances de recuperação.	(Pergunta indireta) "Comparando com outras experiências, como o(a) senhor(a) avalia os resultados do seu tratamento aqui? O(A) senhor(a) se sente melhor ou recuperado(a) como esperava?"
		2.1.6.1	Identifica os pacientes que necessitam de continuidade do cuidado e monitoramento, definindo critérios de acompanhamento com base no perfil e porte da organização, plano terapêutico, metas e desfechos.	Como vocês identificam um paciente que vai precisar de acompanhamento mesmo depois da alta (um paciente crônico, por exemplo)? Existem critérios claros para incluí-lo em um programa de monitoramento? Qual o papel da enfermagem, da farmácia ou da psicologia nesse acompanhamento de longo prazo? A tele-saúde é utilizada para monitorar esses pacientes em casa?	O paciente crônico ou em reabilitação não se sente abandonado após o tratamento da fase aguda. Ser incluído em um programa de continuidade significa que a organização estabelece uma parceria de longo prazo para a gestão de sua saúde. A percepção é de amparo contínuo, apoio para o autocuidado e segurança para lidar com sua condição no dia a dia.	(Para pacientes crônicos) "Existe algum programa ou acompanhamento regular oferecido pelo hospital/clínica para ajudar o(a) senhor(a) a cuidar da sua condição de saúde no longo prazo?"
2.1.6	Continuidade do Cuidado e Reabilitação	2.1.6.2	Fortalece as orientações aos pacientes/familiares que necessitam de continuidade do cuidado ou monitoramento.	Na alta de um paciente que precisará de cuidados contínuos, como vocês garantem que ele e a família estão preparados? As orientações são dadas apenas uma vez ou são reforçadas? Existe um canal direto (telefone, app) para onde ele pode ligar se tiver uma dúvida ou um problema em casa? Como é feita a comunicação com outros serviços que darão continuidade a esse cuidado (home CARE, ILPI)?	O paciente e sua família se sentem confiantes e capacitados para dar continuidade ao cuidado. Orientações claras e reforçadas, juntamente com um canal de suporte acessível, diminuem a ansiedade e previnem complicações. A percepção é de uma transferência de cuidado responsável e bem estruturada, que garante a segurança do paciente mesmo fora do ambiente hospitalar.	"O(A) senhor(a) sabe a quem recorrer ou para onde ligar se tiver uma dúvida ou um problema relacionado ao seu tratamento depois de já estar em casa? Essa informação foi fornecida de forma clara?"

8.5. Método de Avaliação – Requisitos Transversais Seção 2

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
2.25.1	Dispor de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço.	Investigar se a competência técnica é tratada como um ativo estratégico pela Alta Administração e não apenas como um processo administrativo de RH. O foco é validar se o perfil técnico contratado e desenvolvido conversa com a gravidade e complexidade dos pacientes atendidos. O avaliador deve buscar evidências de que a liderança prioriza a segurança através das pessoas, garantindo que ninguém assuma uma atividade crítica sem a devida validação de competência, e que a educação permanente é a resposta para as falhas identificadas na jornada.	Lacunas entre a complexidade do paciente e a senioridade da equipe; profissionais em período de experiência sem supervisão em áreas críticas; educação continuada baseada em temas genéricos e não em riscos reais; falta de autonomia da liderança assistencial para vetar profissionais sem perfil.	Liderança. Gestão de Pessoas (retenção e valorização). Segurança do Paciente (competência como barreira de erro). Liderança (cultura de segurança e provisão de recursos).	Como a diretoria garante que o orçamento para treinamento acompanhe as novas tecnologias ou perfis de pacientes que a instituição começou a atender? Em caso de falta de profissionais com o perfil ideal, qual é a diretoria de segurança para manter o serviço operando? Como vocês demonstram que as pessoas são o maior valor da organização nas decisões de investimento?	Quando você foi contratado (ou mudou de setor), como a instituição validou que você estava apto para os riscos específicos desta área? Você sente que a liderança se preocupa com o seu desenvolvimento técnico ou o foco é apenas o cumprimento da escala? Qual treinamento recente foi fundamental para você salvar uma vida ou evitar um erro grave? Você se sente seguro para realizar as suas atividades do dia a dia?	O paciente deve perceber que está em "boas mãos". A competência transparece na segurança dos movimentos da equipe, na clareza das explicações e na agilidade de resposta em intercorrências.	Você sente confiança na equipe que te atende? Quando você faz uma pergunta, os profissionais demonstram segurança na resposta? Em algum momento você sentiu que o profissional estava "aprendendo" ou inseguro durante um procedimento com você?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise a matriz de competências por setor vs. o perfil de complexidade assistencial (ex.: o enfermeiro da UTI tem curso de manejo de ventilação mecânica avançada?). Entrevistas: Questionar a Alta Administração sobre como eles decidem o budget de treinamento e confronte com o que o colaborador na ponta diz receber de apoio. Pergunte para a Liderança do nível tático se ela tem recursos necessários para contratar e manter uma equipe adequada e capacitada. Observação Prática (Jornada): Durante a visita, observe um procedimento crítico. O profissional utiliza a técnica correta? Ele sabe operar os equipamentos instalados? A "capacitação" declarada no papel se traduz em "prática segura" à beira do leito?								
2.25.2	Planejar e estruturar as atividades dos processos assistenciais com base na infraestrutura disponível e no impacto direto na jornada do paciente, assegurando continuidade, integração e segurança do cuidado.	Investigar a coerência entre o que a organização se propõe a fazer (escopo assistencial) e o que a estrutura física/tecnológica suporta. O foco é identificar se os processos foram desenhados para mitigar gargalos estruturais ou se a equipe precisa "improvisar" para garantir a assistência. O avaliador deve buscar o entendimento da liderança sobre a capacidade de carga do serviço e como o desenho do fluxo garante que o paciente não sofra interrupções ou riscos desnecessários por falhas de planejamento ambiental ou logístico.	Superlotação que compromete a vigilância; áreas de isolamento insuficientes para o perfil epidemiológico; fluxos cruzados de limpo/sujo; falta de áreas de apoio próximas ao leito; distâncias excessivas entre diagnóstico e terapia que geram instabilidade no transporte do paciente.	Liderança (Provisão dos recursos). Gestão de Apoio (Insumos, Infraestrutura, equipamentos e Logística). Gestão de Pessoas (Quantidade adequada, qualificação adequada). Disponibilidade. Segurança do Paciente (transporte seguro e barreiras de isolamento). Gestão da Qualidade (eficiência de fluxos).	Como a infraestrutura atual limita ou potencializa a segurança da sua jornada? Como o desenho do fluxo assistencial foi validado para garantir que a infraestrutura atual não gere riscos de queda ou infecção? Qual o limite crítico de ocupação deste setor que exige o acionamento de um plano de contingência para não comprometer a jornada do paciente? Como a alta administração prioriza reformas ou melhorias baseadas nos riscos identificados na ponta?	O desenho físico deste setor facilita ou atrapalha a sua visão direta do paciente crítico? Em situações de lotação máxima, como vocês adaptam o processo para manter a segurança e a privacidade do paciente? Você já precisou improvisar algum atendimento por falta de espaço, equipamento, insumo, pessoas ou recurso estrutural adequado? Como isso foi reportado?	O paciente percebe uma jornada fluida, sem "esperas em corredores" ou ambientes que transmitam sensação de desorganização, insegurança ou falta de privacidade.	Durante o seu deslocamento para exames, você se sentiu seguro e protegido? O ambiente onde você está acomodado oferece a privacidade necessária para o seu tratamento? Você sentiu que o hospital estava preparado para te receber ou pareceu haver alguma confusão com o seu lugar de internação ou atendimento?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise o Plano de Contingência para superlotação e os desenhos de fluxo (plantas/mapeamento de processos). Verifique se os indicadores de "tempo de espera" ou "incidentes no transporte" são monitorados. Entrevistas: Cruze a fala da liderança sobre "planejamento de capacidade" com a percepção dos colaboradores sobre a "sobrecarga de espaço e recursos". Observação Prática (Jornada): Faça o caminho físico que o paciente percorre da admissão ao leito, e do leito ao centro cirúrgico/exames. Onde estão os pontos cegos? Há barreiras físicas que dificultam a higienização ou a resposta rápida em emergências?								
2.25.3	Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura física e dos equipamentos, assegurando suporte contínuo, seguro e eficaz à jornada do paciente.	Investigar se a manutenção é gerida como uma função de apoio à vida e à continuidade assistencial. O avaliador deve buscar evidências de que a organização antecipa falhas (preventiva) em vez de apenas reagir a	Equipamentos de emergência sem teste de prontidão; "canibalização" de peças para consertos improvisados; falta de backup para tecnologias críticas; obsolescência de infraestrutura (elétrica/gases) que gera	Segurança do Paciente (prevenção de eventos adversos tecnológicos); Sustentabilidade Financeira (custo da quebra vs. manutenção); Gestão de Riscos (riscos ocupacionais e ambientais).	Como a diretoria monitora a taxa de disponibilidade dos equipamentos críticos para a jornada do paciente? Qual o critério de priorização para investimentos em renovação tecnológica quando	O que você faz quando um equipamento apresenta falha durante o uso? Quando um equipamento falha, qual o tempo médio de resposta e como você garante a continuidade do cuidado nesse intervalo?	O paciente deve perceber um ambiente funcional, onde os equipamentos operam silenciosamente e sem interrupções, transmitindo a sensação de que a tecnologia está ali para protegê-lo, e não para ser um obstáculo.	Durante o seu tratamento, algum aparelho parou de funcionar ou precisou ser trocado com urgência? Você notou alguma falha nas instalações (luz, ar-condicionado, campainha, banheiro) que tenha

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		quebras (corretiva). É fundamental validar se existe um canal de comunicação ágil entre a assistência e a engenharia/manutenção, e se a Alta Administração provê recursos para que equipamentos críticos (ex.: ventiladores, bombas de infusão, geradores) tenham disponibilidade imediata para o paciente.	paradas não planejadas na jornada; falta de calibração que induz a erros de diagnóstico ou terapia.		um equipamento começa a gerar riscos repetitivos? Como é garantida a segurança do paciente em caso de falha crítica de infraestrutura (ex.: queda de energia ou falta de gases)?	Como você sabe que este equipamento que está usando hoje está com a manutenção e calibração em dia? Você já presenciou algum "quase erro" ou incidente causado por falha de infraestrutura ou equipamento?		dificultado o seu bem-estar? Você sentiu segurança nos aparelhos que foram utilizados em você?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Verifique o Plano de Manutenção Preventiva e os certificados de calibração. Cruze com o Inventário de Equipamentos Críticos. Analise os indicadores de Tempo Médio para Reparo. Entrevistas: Questione a equipe de manutenção sobre como eles priorizam os chamados e cruze com a percepção da enfermagem sobre a agilidade e resolutividade desses reparos. Observação Prática (Jornada): No setor, escolha aleatoriamente um equipamento em uso e procure o selo de calibração/manutenção. Teste itens simples, mas vitais, como a campanha de chamada, o funcionamento das régua de gases e as travas das camas/macac.								
2.25.4	Cumprir os protocolos de prevenção e controle de infecções e de biossegurança.	Investigar se a prevenção de infecções e a biossegurança são vividas como uma responsabilidade coletiva e não apenas uma tarefa do SCIH ou do SESMT. O foco é validar a aderência prática aos protocolos (higienização das mãos, precauções específicas, descarte de resíduos) em tempo real na jornada. O avaliador deve buscar evidências de que a Alta Administração provê os insumos necessários e que a liderança monitora não apenas os desfechos (taxas de infecção), mas os comportamentos (conformidade de processos) para intervir preventivamente.	Baixa adesão à higienização das mãos por falha de fluxo ou insumo; uso inadequado de EPIs (ex.: luvas substituindo a higiene das mãos); quebra de técnica asséptica em procedimentos invasivos; ambiente com higienização precária; falha na identificação precoce de pacientes com necessidade de isolamento.	Segurança do Paciente (prevenção de IRAS). Gestão de Pessoas (saúde ocupacional e treinamento). Sustentabilidade (redução do tempo de internação e custo de antibióticos).	Como a liderança monitora a adesão real aos protocolos de biossegurança? Como a liderança atua quando os indicadores de adesão à higiene das mãos estão abaixo da meta? Como a organização garante que a pressão por produtividade/giro de leito não comprometa o tempo necessário para a desinfecção e biossegurança? Como a diretoria apoia o SCIH na implementação de medidas restritivas ou de isolamento que impactam a operação?	Como você garante a sua segurança e a do paciente contra infecções cruzadas? O que você faz quando percebe um colega (ou médico) descumprindo um protocolo de biossegurança ou higiene? Os insumos necessários (álcool, sabão, EPIs) estão sempre acessíveis no ponto de cuidado ou você precisa se deslocar para obtê-los? Como você é informado sobre a necessidade de precaução específica de um paciente que acabou de chegar?	O paciente e a família percebem o rigor técnico da equipe e sentem-se protegidos. Eles notam que a higienização das mãos é um ritual constante e que o ambiente é mantido limpo e seguro.	Você observa os profissionais limpando as mãos antes de tocar em você ou nos seus acessos? Alguém te explicou por que você (ou seu vizinho de quarto) precisa usar avental ou máscara, se for o caso? Você sente que o seu quarto e os equipamentos ao seu redor são limpos com frequência e cuidado?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise os relatórios do SCIH, mapas de sensibilidade de germes e o histórico de consumo de álcool gel/sabão líquido por paciente/dia. Verifique as atas de reunião onde a Alta Administração discute as taxas de infecção. Entrevistas: Questione a equipe de higienização sobre o treinamento recebido e cruze com a percepção da enfermagem sobre a eficácia da limpeza terminal e concorrente. Observação Prática (Jornada): Faça a "observação direta" (estilo cliente oculto ou auditoria clínica). Observe a técnica de higienização das mãos em momentos críticos. Verifique se as sinalizações de isolamento são claras e se os EPIs estão disponíveis e sendo usados corretamente na entrada desses quartos.								
2.25.5	Aplicar de forma consistente e integrada os protocolos assistenciais e de segurança em todos os pontos da jornada do paciente, conforme perfil do paciente/usuário, promovendo a efetividade e a equidade do cuidado.	Investigar se a medicina baseada em evidências é a força motora da assistência ou se as condutas ainda são baseadas em preferências individuais ("o jeito de cada um"). O avaliador deve validar se os protocolos são vivos e integrados: eles devem se adaptar ao perfil de complexidade do paciente e estar presentes em todas as transições (quando o paciente ainda está em sua casa, à alta e continuidade da assistência). É fundamental buscar o nexo entre o	Protocolos excessivamente complexos que ninguém segue; "protocolos de gaveta" (apenas para a acreditação); falta de adesão médica aos protocolos institucionais; desfechos clínicos muito divergentes entre diferentes equipes ou turnos; ausência de alertas em sistemas de TI para falhas de adesão.	Liderança (Diretriz para Segurança do Paciente). Desfechos Clínicos (análise de eficácia). Tecnologia da Informação (suporte à decisão clínica). Corpo Clínico (engajamento e governança).	Como você gerencia a variabilidade clínica entre as diferentes equipes/plantões? Como a organização monitora a adesão aos protocolos em tempo real para corrigir desvios antes do desfecho negativo? Qual a estratégia da governança clínica para lidar com a resistência de profissionais que não seguem os protocolos institucionais? Como os protocolos são revisados a partir da análise dos desfechos e eventos adversos do último período?	Onde você consulta os protocolos da instituição e como eles guiam seu cuidado? Onde você acessa o protocolo de [ex.: SEPSE ou AVC] quando precisa tomar uma decisão rápida? Como o protocolo te ajuda a garantir que o cuidado não seja fragmentado quando o paciente muda de setor? Você tem autonomia para sugerir melhorias em um protocolo que considera desatualizado para a realidade da jornada?	O paciente percebe coerência. Ele nota que as informações e condutas são padronizadas, independentemente de quem o esteja atendendo, gerando uma sensação de organização e competência técnica superior.	Você sente que as orientações dadas pelo médico, enfermeiro e fisioterapeuta são coerentes entre si? Alguém te explicou as etapas do "passo a passo" do seu tratamento (o plano de cuidado)? Você sente que o tratamento que está recebendo é seguro e segue um padrão de qualidade?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		cumprimento do protocolo e a melhoria dos indicadores de desfecho clínico e segurança.						
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise as auditorias de processo e/ou de prontuário focadas em protocolos (ex.: tempo porta-balão, adesão ao bundle de sepsis). Verifique os indicadores de desfecho: taxa de mortalidade e tempo de permanência vs. o esperado para o perfil do protocolo. Entrevistas: Durante os rounds multidisciplinares, atendimentos multidisciplinares e discussões multidisciplinares, observe se o protocolo é citado como guia para as decisões terapêuticas. Pergunte aos médicos sobre o porquê de variações nas condutas. Observação Prática (Jornada): Selecione um prontuário de um paciente com perfil de protocolo (ex.: Idoso com Fratura de Fêmur). Siga a jornada dele: O protocolo foi aberto na hora certa? Os exames e medicamentos foram feitos conforme o timing previsto? A equipe sabe o que fazer no próximo passo?								
2.25.6	Identificar e monitorar de forma integrada os riscos assistenciais e operacionais ao longo de toda a jornada do paciente, promovendo uma cultura de segurança proativa.	Investigar se a organização possui um “radar” ativo para perigos antes que eles se transformem em danos. Observar se as barreiras foram definidas para cada risco e como elas são monitoradas, pois o foco precisa ser a ação preventiva para evitar o evento adverso. O avaliador deve validar se o monitoramento de riscos não está restrito ao setor de Qualidade, mas se é uma ferramenta de gestão dos líderes de ponta. O foco é a integração: entender como uma falha operacional (ex.: quebra de um ar-condicionado na farmácia) é avaliada sob o impacto assistencial (ex.: perda de estabilidade de medicamentos). Deve-se buscar evidências de que a “Cultura de Segurança” é proativa e que o aprendizado com riscos potenciais gera barreiras de defesa robustas.	Gestão de riscos “em papel” (planilhas desatualizadas); foco apenas em eventos adversos já ocorridos e não em verificar se as barreiras estão sendo seguidas; silos de informação (o setor de manutenção não comunica riscos à assistência); lideranças que não conhecem os riscos críticos do seu próprio setor; falta de ferramentas de proatividade (ex.: HFMEA ou rondas de segurança).	Diretriz para Gestão da Qualidade e Riscos (metodologia). Segurança do Paciente (prevenção de danos). Liderança (priorização de investimentos em segurança). Gestão de Apoio e SADT com foco nas entregas e se as mesmas estão atendendo aos acordos estabelecidos.	Quais são os 3 maiores riscos da jornada do paciente neste setor hoje? Como a alta administração é informada sobre os riscos que ainda não geraram danos, mas que têm alta probabilidade de ocorrer? Qual foi o último risco operacional identificado que gerou uma mudança imediata no processo assistencial? Como vocês garantem que o monitoramento de riscos seja integrado entre as áreas de apoio, o SADT e a assistência?	Quais “quase erros” você observou recentemente e como eles foram tratados? Quais são os riscos que você enfrenta hoje no seu turno que poderiam causar um erro se você não estivesse muito atento? Quando você identifica uma situação de risco (antes de acontecer o erro), como você comunica e o que a chefia faz com essa informação? Você participa de alguma reunião ou ronda para discutir especificamente os riscos do seu setor?	O paciente sente-se em um ambiente controlado e vigilante. Ele percebe que a equipe antecipa suas necessidades e age preventivamente para evitar quedas, erros de medicação ou desconfortos térmicos/ambientais.	Você sentiu que a equipe se preocupou em prevenir problemas antes que eles acontecessem (ex.: colocando grades na cama, conferindo alergias)? Alguém te orientou sobre quais riscos você poderia correr durante a internação/atendimento e como você pode ajudar a evitá-los? Você percebeu alguma falha no hospital que te deixou preocupado com a sua segurança?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise a Matriz de Riscos da unidade e verifique se ela é dinâmica (possui revisões recentes). Procure por relatórios de “Rondas de Segurança” ou atas de comitês onde riscos operacionais e assistenciais foram discutidos de forma conjunta. Entrevistas: Durante a visita aos setores, pergunte ao líder da área: “Qual é o seu maior risco hoje?”. Cruze essa resposta com o que está escrito na Matriz de Riscos e com o que o colaborador da ponta identifica como sua maior dificuldade diária. Observação Prática (Jornada): Procure por “gambiaras” ou improvisos (fios soltos, equipamentos sem trava, sinalizações manuais). Onde há improviso, há um risco identificado pela ponta que a gestão ainda não tratou formalmente. Verifique se as barreiras de segurança (identificação de risco de queda, pulseiras de alergia) estão sendo usadas conforme o risco identificado na admissão.								
2.25.7	Assegurar infraestrutura, recursos e tecnologias adequados para garantir a continuidade, a segurança e a personalização do cuidado em toda a jornada do paciente.	Investigar se a tecnologia e a infraestrutura são facilitadores da jornada ou se criam barreiras. O avaliador deve validar se os recursos (softwares, equipamentos, suprimentos) permitem que o cuidado seja contínuo e personalizado para as necessidades específicas de cada paciente. O foco é a integração: a tecnologia deve garantir que o histórico do paciente esteja disponível no ponto de cuidado, evitando a fragmentação. Deve-se buscar evidências de que a Alta Administração	Perda de informações em trocas de plantão; sistemas de TI que não se comunicam (silos de dados); falta de recursos básicos no ponto de cuidado; tecnologias obsoletas que atrasam o diagnóstico; prontuários incompletos por falhas de sistema; falta de dispositivos para personalização (ex.: kits de acessibilidade, tradutores, tecnologias assistivas).	Tecnologia da Informação (estratégia digital). Recursos e Sustentabilidade (eficiência no uso de recursos). Experiência do Paciente (personalização e conforto).	Como a infraestrutura, recursos e tecnologias atuam como apoio e impedem a fragmentação do cuidado na transição de setores? Como a estratégia tecnológica da organização apoia a redução de erros na transição de cuidados? Qual o critério para a escolha de novas tecnologias, infraestrutura e recursos: apenas custo ou o impacto real na jornada e segurança do paciente? Como vocês garantem que a infraestrutura, recursos e tecnologias sejam	A tecnologia disponível facilita ou dificulta o registro da jornada do paciente? A infraestrutura, os recursos e a tecnologia que você usa hoje ajudam a conhecer melhor as preferências e o histórico do seu paciente ou ela “atrapalha” o tempo que você dedica a ele? Você tem todos os recursos necessários à mão para personalizar o atendimento (ex.: dietas especiais, suportes físicos, alertas de alergia)? O que acontece quando o sistema de informações falha?	O paciente percebe que “o hospital o conhece”. Ele não precisa repetir as mesmas informações várias vezes porque a tecnologia garante que sua história o acompanhe. Sente que os recursos são modernos e adequados à sua condição específica.	Você sentiu que todos os profissionais tinham acesso às suas informações e preferências, sem que você precisasse repetir tudo? Os equipamentos e recursos utilizados no seu quarto ou nos exames pareceram adequados e modernos o suficiente para o seu caso? Alguém utilizou alguma tecnologia ou recurso para explicar melhor o seu tratamento (ex.: imagens, tablets, orientações digitais)?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		investe em recursos que reduzem a carga cognitiva da equipe e aumentam a segurança do paciente.			resilientes a falhas (planos de contingência para queda de sistema)?	Como a continuidade do cuidado é garantida?		
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise o Plano Diretor de Tecnologia da Informação e investimentos em infraestrutura. Verifique os relatórios dos sistemas e a rastreabilidade de suprimentos críticos. Entrevistas: Questione o gestor de TI sobre a interoperabilidade dos sistemas e confronte com a facilidade (ou dificuldade) relatada pela assistência em acessar dados de outros setores (ex.: a enfermagem da unidade de internação consegue ver o exame feito na emergência em tempo real?). Observação Prática (Jornada): Acompanhe um momento de transição (ex.: transferência do Pronto Socorro para a UTI). A informação chegou antes do paciente? O leito já estava preparado com os recursos específicos que aquele paciente precisa (ex.: monitorização, colchão especial)? Os dispositivos tecnológicos funcionam de forma integrada à beira do leito?								
2.25.8	Consolidar práticas de cuidado centrado no paciente em todas as fases da jornada, com abordagem interdisciplinar, personalizada e sensível às diferenças culturais e sociais.	Investigar se o “Paciente no Centro” é uma estratégia operacional ou apenas um conceito filosófico. O avaliador deve validar se as preferências, valores e o contexto social do paciente influenciam o plano de cuidado de forma interdisciplinar. O foco é a personalização: como a equipe adapta o protocolo padrão para respeitar a singularidade (cultura, religião, limitações sociais). Deve-se buscar evidências de que a organização promove a literacia em saúde, capacitando o paciente para a tomada de decisão compartilhada e garantindo a equidade no acesso e no tratamento.	Cuidado padronizado (“receita de bolo”) que ignora as necessidades individuais; barreiras de comunicação (idioma, nível de instrução); desrespeito a crenças religiosas ou identidade de gênero; falta de envolvimento da família em decisões críticas; ausência de mecanismos para capturar o que “importa para o paciente” (ex.: What Matters to You?).	Diretriz para Segurança do Paciente e Modelo Assistencial. Experiência do Paciente (indicadores de satisfação e valor). Ética e Integridade (autonomia e consentimento). Corpo Clínico/Multiprofissional (alinhamento de condutas).	Como a organização garante que o paciente não seja “apenas um número” no fluxo? Como a alta administração garante que a “eficiência operacional” não atropela a necessidade de personalização do cuidado? Quais mecanismos a organização utiliza para identificar e respeitar as diferenças culturais e sociais da sua comunidade? Como os resultados de experiência e desfechos relatados pelo paciente (PROMs/ PREMs) impactam as decisões estratégicas?	Como você personaliza o atendimento para um paciente com necessidades específicas? Além do quadro clínico, como você descobre e registra o que é importante para este paciente durante a internação? Você já precisou adaptar um protocolo assistencial para respeitar uma crença ou valor social de um paciente? Como foi esse processo? De que forma a equipe multiprofissional discute as necessidades sociais e psicológicas do paciente, além da doença física?	O paciente sente-se respeitado, ouvido e protagonista do seu processo. Ele percebe que a equipe conhece sua história e que o tratamento faz sentido dentro da sua realidade de vida.	Você sentiu que seus valores e preferências foram respeitados pela equipe médica e de enfermagem? Alguém te perguntou o que era mais importante para você durante este tratamento ou o que te deixava mais preocupado? Você sente que as explicações foram dadas de uma forma que você e sua família puderam entender e participar das escolhas?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise se no prontuário há registros de preferências do paciente (além da anamnese clínica tradicional). Verifique o manual de acolhimento e se existem protocolos para populações específicas (ex.: atendimento a vulneráveis, diversidade, barreiras linguísticas). Verifique indicadores de reclamações relacionadas a desrespeito ou falha de comunicação. Entrevistas: Durante os rounds multidisciplinares, atendimentos multidisciplinares e discussões multidisciplinares, observe se o plano de metas diárias é construído levando em conta o que o paciente deseja (ex.: “poder caminhar”, “estar sem dor para receber os netos, filhos”). Questione o serviço social sobre como as vulnerabilidades sociais são integradas ao planejamento da alta. Observação Prática (Jornada): Observe a interação da equipe à beira do leito. Os profissionais chamam o paciente pelo nome preferido? Existe contato visual? A família é integrada ou “expulsa” durante os procedimentos? Procure por sinalizações de personalização no ambiente (quadros de comunicação, fotos, objetos pessoais permitidos).								
2.25.9	Promover comunicação clara, segura e contínua com pacientes/usuários, familiares e entre equipes, em todos os pontos de transição e decisão da jornada do cuidado.	Investigar se a comunicação é tratada como uma ferramenta de segurança e não apenas como um ato administrativo. O avaliador deve validar a eficácia das transferências de cuidado (passagens de plantão, transferências entre setores) utilizando técnicas estruturadas (ex.: SBAR). O foco deve estar na segurança da informação: como a organização garante que o plano terapêutico decidido pela manhã é o mesmo que está sendo executado à noite. Deve-se buscar evidências de que a comunicação com o paciente utiliza linguagem simples e técnicas de validação de compreensão.	Ruídos em passagens de plantão gerando erros de medicação ou conduta; uso de siglas não padronizadas; falha na comunicação de resultados críticos de exames; paciente/família sem entender o diagnóstico ou os próximos passos; barreiras linguísticas ou cognitivas não identificadas.	Diretriz para Segurança do Paciente (Metas Internacionais de Comunicação). Experiência do Paciente (redução de ansiedade e literacia). Gestão de Riscos (prevenção de incidentes por falha de informação). Diretriz para a Comunicação.	Quais estratégias de comunicação assertiva são padronizadas na transição de cuidado? Como a liderança monitora a eficácia das passagens de plantão assistenciais e médicas para evitar a fragmentação do cuidado? Quais ferramentas institucionais são padronizadas para a comunicação de valores críticos (ex.: exames laboratoriais urgentes)? Como a organização garante que a comunicação com a família ocorra de forma estruturada e não apenas em momentos de crise?	Como você garante que o paciente entendeu o que foi explicado sobre o tratamento? Qual técnica você utiliza para garantir que nenhuma informação importante seja esquecida quando você transfere um paciente para outro setor? Como você confirma que o paciente realmente entendeu as orientações que você acabou de passar? Se você recebe uma ordem verbal em uma emergência, como você valida essa informação para evitar erros?	O paciente sente-se informado e seguro. Ele percebe que a equipe “fala a mesma língua” e que não há contradições nas informações que recebe de diferentes profissionais.	Você sente que os profissionais conversam entre si sobre o seu caso? Quando a equipe troca de turno, você sente que o novo profissional já sabe o que aconteceu com você anteriormente? As explicações sobre o seu tratamento foram dadas em uma linguagem que você conseguiu entender claramente?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise os formulários de transferência de cuidado e passagens de plantão (cheque se são estruturados). Verifique se existe uma política de Resultados Críticos com registro de tempo de resposta. Procure por indicadores de incidentes cuja causa raiz tenha sido “falha na comunicação”. Entrevistas: Observe uma passagem de plantão real. A equipe utiliza o prontuário como guia? Há espaço para perguntas e esclarecimentos? O paciente é envolvido na conversa (passagem à beira do leito)? Observação Prática (Jornada): Acompanhe o momento da alta ou de uma transferência. As informações passadas verbalmente batem com o que está escrito no relatório? O paciente recebeu um sumário de alta compreensível? Teste o conhecimento da equipe sobre siglas proibidas na instituição.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
2.25.10	Manter um programa de educação permanente alinhado às necessidades da jornada do paciente, promovendo práticas seguras, efetivas e centradas na pessoa.	Investigar se a educação é uma resposta estratégica aos desafios da assistência e se a Alta Administração provê recursos para que o aprendizado ocorra no ponto de cuidado. O avaliador deve validar se o plano de educação permanente é dinâmico: ele nasce da análise de incidentes, de novos perfis epidemiológicos e da necessidade de personalização do cuidado. O foco é o impacto: o aprendizado deve promover competências para o cuidado centrado na pessoa e para a prática segura, garantindo que o colaborador saiba o "porquê" de cada conduta, e não apenas o "como".	Educação "faz de conta" (apenas para assinar lista); treinamentos que não consideram a realidade da ponta; foco exclusivo em técnica, ignorando habilidades comportamentais e de comunicação; falta de tempo liberado para estudo; ausência de avaliação de eficácia (o colaborador treina, mas o erro persiste).	Gestão de Pessoas (desenvolvimento e retenção). Gestão da Qualidade e Riscos (educação como barreira pós-evento). Segurança do Paciente (competência técnica).	Como o plano de educação deste ano foi construído? Baseado em quais falhas? Como o plano de educação deste ano foi priorizado com base nos riscos e eventos identificados no ano anterior? Qual o investimento da organização em metodologias ativas de ensino (ex.: simulação realística) para áreas críticas? Como a liderança garante que o colaborador tenha tempo e condições psicológicas para absorver novos conhecimentos?	Qual foi o último treinamento que mudou a forma como você atende o paciente? Qual foi o último aprendizado que você aplicou diretamente para melhorar a jornada de um paciente específico? Você sente que a instituição te ensina a lidar com as dificuldades reais do dia a dia ou os cursos são muito teóricos? Como você é envolvido na escolha dos temas que precisam ser discutidos ou treinados no seu setor?	O paciente percebe uma equipe atualizada, que utiliza as melhores evidências e que demonstra segurança e "mão treinada". Ele nota que a equipe ensina uns aos outros e também o educa sobre seu autocuidado.	Você sente que os profissionais que te atendem estão bem preparados para usar os aparelhos/equipamentos e realizar os procedimentos? Alguém da equipe te ensinou algo novo sobre como cuidar da sua saúde ou sobre o seu tratamento? Você percebeu se os profissionais mais experientes orientam os mais novos durante o atendimento a você?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise o Plano de Educação Permanente. Cruze-o com a Matriz de Riscos e com os Relatórios de Incidentes. Se houve muitos erros de medicação no semestre anterior, existe um treinamento específico sobre isso no Plano? Verifique a avaliação desses treinamentos. Entrevistas: Questionar o responsável pela Educação Continuada sobre como ele mede se o comportamento mudou após o curso. Cruze com o relato do supervisor de área sobre a melhora técnica da equipe. Observação Prática (Jornada): Durante a visita, identifique uma tecnologia nova ou um protocolo recém-implantado. Pergunte a um colaborador aleatório: "Como você foi preparado para usar isso?". Observe se o que foi ensinado na teoria está sendo executado na prática à beira do leito.								
2.25.11	Sustentar a integração do cuidado e a continuidade assistencial ao longo da jornada do paciente, promovendo transições seguras, coordenação entre níveis de atenção e acompanhamento pós-alta.	Investigar se a organização garante que o plano terapêutico "viaje" com o paciente sem perdas de informação. O avaliador deve validar a eficácia da coordenação entre diferentes níveis de atenção (ex.: UTI para enfermagem, ou hospital para atenção domiciliar). O foco é o planejamento antecipado: o plano de alta deve começar na admissão. Deve-se buscar evidências de que a organização monitora a continuidade do cuidado ao longo da jornada e pós-alta (ex.: follow-up telefônico) e se comunica com o próximo elo da rede de saúde para garantir que o desfecho clínico seja sustentado.	Reinternações precoces por falha na orientação de alta; perda de informações críticas em transferências internas; desarticulação entre as equipes médica e multiprofissional na transição; paciente que recebe alta sem os exames ou prescrições necessárias para o domicílio; falta de reconciliação medicamentosa.	Desfechos Clínicos (prevenção de readmissão). Comunicação (segurança nas transições). Experiência do Paciente (percepção de cuidado contínuo).	Como é feita a coordenação do cuidado com o próximo nível de atenção (ex.: pós-alta)? Como a organização monitora as taxas de reinternação em até 30 dias e quais ações são tomadas para mitigar falhas na continuidade? Existe um fluxo formal de comunicação com médicos externos ou outros serviços de saúde (ex.: Home Care) para onde o paciente é transferido? Como a liderança garante que as barreiras sociais não impeçam a continuidade do tratamento após a saída do hospital?	Quando começa o planejamento da alta desse paciente? Como você garante que o enfermeiro/médico do próximo setor recebeu todas as informações relevantes sobre as intercorrências do seu plantão? Qual o critério utilizado para decidir que um paciente está realmente apto para a alta sob a ótica da segurança? Como é feita a reconciliação medicamentosa para garantir que o paciente não use remédios duplicados ou errados em casa?	O paciente sente-se "conduzido" e não "abandonado". Ele percebe que a equipe seguinte já o esperava e conhece seu caso, e sente-se seguro e orientado para cuidar de si mesmo após sair do hospital.	Quando você mudou de setor, sentiu que a nova equipe já sabia quem você era e o que estava acontecendo com você? Você recebeu orientações claras sobre o que fazer em casa, quais sinais de alerta observar e como tomar seus remédios? Alguém do hospital entrou em contato com você após a alta para saber como você estava evoluindo?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise o Sumário de Alta (está completo e legível?). Verifique os registros de Reconciliação Medicamentosa na admissão, transferência e alta. Verifique indicadores de "Taxa de Reinternação" e relatórios de pós-alta (follow-up). Entrevistas: Questionar o gestor da área, gestor de casos ou a enfermeira navegadora sobre como eles coordenam os casos complexos. Cruze com a fala do paciente sobre o que ele entendeu das instruções de alta. Observação Prática (Jornada): Acompanhe uma transferência interna (transporte do paciente). A equipe que recebe o paciente faz o checklist de segurança? Os dispositivos (sondas, acessos) são conferidos na frente de quem entrega e de quem recebe? Observe se as orientações de alta são dadas apenas no último minuto ou se foram construídas ao longo da internação.								
2.25.12	Estimular a equipe a registrar circunstâncias de risco, quase erros, eventos sem danos, eventos adversos, reações adversas, queixas técnicas (tecnovigilância e farmacovigilância) e não conformidades.	Investigar se a notificação é vista como um ato de proteção ao paciente ou como uma "denúncia". O avaliador deve validar a maturidade da Cultura Justa: a organização diferencia erro humano (falha de sistema) de conduta negligente?	Cultura do medo e punição (medo de represálias); subnotificação severa de eventos sem danos; foco apenas em eventos graves (sentinelas); falta de anonimato ou sigilo no processo; demora ou ausência de feedback para quem	Diretriz de Segurança do Paciente (aprendizado com o erro). Gestão de Riscos (alimentação da matriz de riscos). Liderança (estabelecimento de Cultura Justa).	Qual o percentual de notificações de "quase erro" em relação aos eventos com dano? Como a alta administração garante que os colaboradores não sejam punidos por erros sistêmicos notificados espontaneamente?	Você sente que a chefia te apoia quando você notifica uma falha no processo? Se você cometer um erro que não causou danos ao paciente, você se sente seguro para registrar no sistema? Por quê?	O paciente e a família devem ser encorajados a também relatar riscos ou desconfortos. Eles percebem uma organização transparente, que assume suas falhas e demonstra um compromisso genuíno com a verdade e com a correção de rumos.	Se você notasse algo errado ou perigoso no seu atendimento, você saberia para quem falar? Sentiria liberdade para isso? Alguns profissionais já te agradeceram por você ter alertado sobre algo

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		O foco é a proatividade: a equipe registra “quase erros” (near-misses)? Deve-se buscar evidências de que o fluxo de retorno (feedback) funciona; o colaborador precisa saber que sua notificação gerou uma mudança real, caso contrário, ele para de registrar. O avaliador busca o nexo entre o que é notificado e as ações de melhoria implantadas.	notificou; notificações tratadas apenas de forma estatística, sem análise de causa raiz.	Gestão de Pessoas (aprendizado).	Qual a proporção de “quase erros” em relação aos eventos com dano? (Uma alta taxa de quase erro indica maturidade e transparência). Como os dados de farmacovigilância e tecnovigilância influenciam a escolha de novos fornecedores ou materiais?	Você já recebeu um retorno (feedback) de alguma notificação que fez? O que mudou no seu setor após esse registro? Como a sua chefia reage quando a equipe apresenta uma não conformidade ou uma circunstância de risco?		(ex.: uma alergia ou um medicamento que parecia diferente)? Você sente que o hospital é transparente com você quando as coisas não saem exatamente como o planejado?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Análise das notificações. Muitos eventos sentinelas e poucos quase erros indicam subnotificação. Verifique as atas de análise de Causa Raiz (Protocolo de Londres ou Ishikawa). Procure por evidências de “Feedback ao Notificador” (e-mails, quadros de avisos, reuniões). Entrevistas: Questione o Núcleo de Segurança do Paciente sobre como eles tratam o nome dos envolvidos. Cruze com a fala do colaborador de ponta: “O que aconteceu com o último colega que notificou um erro grave?”. Observação Prática (Jornada): Procure pelos canais de notificação nos setores (computadores, fichas, QR Codes). Eles são acessíveis? São fáceis de usar? Durante a visita, se observar uma situação de risco (ex.: medicação sem identificação), pergunte ao colaborador: “Como você registraria isso agora para que não aconteça com o próximo colega?”.								
2.25.13	Estruturar, qualificar e monitorar a atuação da equipe multiprofissional, de acordo com o perfil de pacientes, de forma integrada e baseada em evidências ao longo da jornada do paciente, promovendo competência clínica e continuidade segura do cuidado.	Investigar se a atuação multiprofissional é colaborativa ou meramente somatória. O avaliador deve validar se existe um plano de cuidado único, onde as metas de cada profissional convergem para o desfecho do paciente. O foco é a interdependência: como o parecer de um profissional (ex.: avaliação da deglutição pela Fono) altera a conduta de outros (ex.: prescrição médica e dieta da Nutrição). Deve-se buscar evidências de que a liderança monitora a competência clínica da equipe e garante que a continuidade do cuidado seja sustentada pela comunicação entre as diferentes especialidades.	Atuação em “silos” (cada um faz sua parte sem falar com o outro); condutas conflitantes entre categorias; equipe multi utilizada apenas para “cumprir protocolo” sem autonomia técnica; falha na integração de informações no prontuário; decisões centradas exclusivamente na figura do médico, ignorando evidências das áreas correlatas.	Desfechos Clínicos (efetividade do tratamento). Gestão de Pessoas (competências técnicas). Diretriz para Comunicação (alinhamento interdisciplinar).	Como ocorre a discussão de casos complexos entre as diferentes categorias? Como a organização garante que o plano terapêutico seja discutido de forma integrada e não como uma sucessão de pareceres isolados? Quais indicadores a liderança utiliza para monitorar a qualidade técnica e a resolutividade da equipe multiprofissional? Como a alta administração apoia a autonomia técnica dos profissionais não médicos nas decisões à beira do leito?	Você sente que sua opinião técnica é considerada pela equipe médica/multiprofissional? Como você participa da construção das metas diárias para este paciente? Você sente que sua avaliação técnica é respeitada e gera mudanças nas condutas dos outros membros da equipe? Como a equipe multi resolve divergências de conduta para garantir que o paciente não receba mensagens contraditórias?	O paciente percebe uma “orquestra”. Ele sente que todos os profissionais sabem o que os outros estão fazendo, que as orientações são unificadas e que sua reabilitação é tratada de forma integral (corpo, mente e função).	Você sente que os diferentes profissionais (fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro) conversam entre si sobre o seu caso? As orientações que você recebe da equipe são parecidas ou cada um fala uma coisa diferente? Você percebe que a equipe trabalha junta para planejar a sua volta para casa?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Análise as atas de rounds multidisciplinares, atendimentos multidisciplinares e discussões multidisciplinares. Verifique no prontuário se há o registro de “Plano de Cuidados Integrado” ou se as evoluções são apenas descritivas. Procure por indicadores de desfecho que dependam da integração (ex.: tempo de desmame ventilatório, tempo para início da dieta enteral, incidência de LPP). Entrevistas: Durante a visita, peça para acompanhar um Round. Observe: Todos os profissionais têm voz? O plano de metas é atualizado conforme a discussão? Existe respeito mútuo? Observação Prática (Jornada): Selecione um paciente complexo. Verifique se as orientações da Fonoaudiologia estão sendo seguidas pela Enfermagem no momento da alimentação, ou se a fisioterapia está alinhada com o controle de dor feito pela equipe médica.								
2.25.14	Identificar, acolher e acompanhar de forma segura e integrada as vulnerabilidades individuais e sociais dos pacientes ao longo da jornada, com protocolos específicos para populações em risco, incluindo vítimas de violência.	Investigar se a organização possui um “radar de proteção” ativo para identificar pacientes em situação de risco ou vulnerabilidade desde a porta de entrada. O avaliador deve validar se existem protocolos claros e sigilosos para o acolhimento de vítimas de violência (crianças, mulheres, idosos, população LGBTQIA+) e se a equipe sabe como proceder sem revitimização. O foco é a integração com a rede externa: como o hospital se	Falha na identificação de sinais sutis de abuso ou negligência; quebra de sigilo que coloca a vítima em risco maior; ausência de notificação compulsória; falta de preparo emocional da equipe para lidar com casos de violência; descontinuidade do apoio social após a alta clínica.	Diretriz para Modelo Assistencial. Ética e Integridade (confidencialidade e dever legal). Experiência do Paciente (acolhimento e empatia). Sustentabilidade (impacto social e equidade).	Qual o fluxo institucional para um caso suspeito de violência doméstica? Como a alta administração garante que a equipe tenha suporte jurídico e psicológico para lidar com casos complexos de violência? Quais são os fluxos formais de notificação e articulação com a rede de proteção social do município? Como a organização monitora a eficácia do acolhimento a populações	Como a equipe acolhe um paciente em situação de vulnerabilidade social extrema? Se você suspeitar que as lesões de um paciente não condizem com a história contada, você sabe qual protocolo deve acionar imediatamente? Como você garante a privacidade e o acolhimento de um paciente que chega em situação de extrema vulnerabilidade social ou emocional?	O paciente sente-se em um “porto seguro”. Ele percebe que o hospital não olha apenas para a sua ferida física, mas o acolhe com dignidade, protege sua identidade e oferece caminhos para a sua segurança e integridade pessoal.	Você sentiu que o hospital te ofereceu um ambiente seguro para conversar sobre suas dificuldades pessoais ou familiares? As orientações que você recebeu incluíram ajuda para situações fora do hospital (ex.: assistência social, apoio jurídico)? Você foi tratado com respeito e sem julgamentos sobre a sua condição social ou escolhas pessoais?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		comunica com o Conselho Tutelar, o Ministério Público ou redes de apoio social. Deve-se buscar evidências de que a vulnerabilidade social é considerada no plano de alta para evitar que o paciente retorne a um ambiente inseguro.			vulneráveis (ex.: pessoas em situação de rua ou sem suporte familiar)?	Você sente que o Serviço Social está integrado às suas decisões assistenciais diárias?		
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise o Protocolo de Acolhimento a Vítimas de Violência. Verifique se existem registros de notificações compulsórias no sistema. Analise os relatórios do Serviço Social sobre o acompanhamento de populações de risco. Procure por treinamentos específicos sobre “Comunicação Empática” e “Identificação de Vulnerabilidades”. Entrevistas: Questionar a assistente social ou equipe sobre um caso recente de vulnerabilidade extrema e como foi a articulação com a rede externa. Cruze essa fala com a percepção do enfermeiro da classificação de risco, recepção ou atendimento: “Como você identifica que este caso exige um olhar diferenciado?”. Observação Prática (Jornada): Durante a visita à recepção, atendimento e emergência, observe se existem canais discretos de denúncia ou informativos sobre direitos sociais. O local de atendimento a esses casos garante privacidade sonora e visual? A equipe multiprofissional é acionada de forma rápida e silenciosa?								
2.25.15	Cumprir as diretrizes do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde), minimizando o impacto ambiental.	Verificar se a gestão de resíduos está integrada à cultura de segurança e eficiência da organização. O avaliador deve validar se o PGRSS é executado corretamente em todas as etapas: segregação na fonte, acondicionamento, transporte e destino final. O foco é a prevenção de riscos (biológicos, químicos e perfurocortantes) e a sustentabilidade: como a organização trabalha para reduzir a geração de resíduos e promover a reciclagem onde é seguro. Deve-se buscar evidências de que a Alta Administração monitora os custos e os impactos ambientais, tratando o resíduo como uma falha de processo que pode ser otimizada.	Descarte incorreto de perfurocortantes (gerando acidentes de trabalho); mistura de resíduo infectante com comum (aumentando custos e impacto ambiental); abrigos de resíduos fora das normas técnicas; falta de treinamento das equipes de apoio (higiene/limpeza); ausência de manifesto de transporte ou rastreabilidade do destino.	Biossegurança (prevenção de acidentes). Sustentabilidade Financeira (redução de gastos com incineração). Responsabilidade Ambiental (ESG e impacto externo).	Como a organização monitora o volume e o custo dos resíduos gerados? Como a organização utiliza os indicadores de geração de resíduos por paciente/dia para otimizar os processos assistenciais e de suprimentos? Quais investimentos foram feitos recentemente para melhorar a segurança no transporte e armazenamento de resíduos críticos? Como a diretoria garante que os fornecedores de transporte e tratamento final cumprem rigorosamente as normas ambientais?	Onde você descarta perfurocortantes e resíduos infectantes? O que você faz quando percebe que um resíduo foi descartado de forma errada no seu setor? Como você é orientado sobre o descarte de novos materiais ou medicamentos que passam a ser usados na instituição? Você sente que os recipientes de descarte são adequados e estão localizados de forma a facilitar o seu trabalho seguro?	O paciente percebe um ambiente limpo e organizado. Ele nota que a equipe tem cuidado ao manusear agulhas e materiais usados, transmitindo a segurança de que o hospital não gera riscos para ele nem para a comunidade ao redor.	Você notou se o lixo do seu quarto é retirado com frequência e se os coletores parecem adequados? Alguém te orientou sobre onde descartar materiais como máscaras ou lenços usados? Você sente que o hospital se preocupa com a limpeza e com o destino das coisas que são jogadas fora?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Analise o documento do PGRSS atualizado e assinado por responsável técnico. Verifique os Manifestos de Transporte de Resíduos e os certificados de tratamento final. Analise o histórico de acidentes de trabalho com perfurocortantes (SESMT). Entrevistas: Questionar a equipe de Higiene/Limpeza/Setor responsável sobre as rotas de transporte interno e os horários de coleta. Eles utilizam os EPIs adequados? Sabem o que fazer em caso de derramamento de resíduo químico ou biológico? Observação Prática (Jornada): Durante a visita aos postos de enfermagem e quartos, verifique a segregação na fonte. O perfurocortante está acima do limite de 2/3? Há lixo comum no cesto de infectante? Visite o abrigo externo de resíduos: Ele é trancado? É higienizado? Tem ralo e ponto de água? Está organizado por tipo de resíduo?								

8.6. Método de Avaliação – Requisitos Transversais Seção 3

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
3.9.1	A organização deve identificar, analisar e manter atualizados o perfil de pacientes e o perfil de atendimento do serviço, de forma a subsidiar o planejamento assistencial, a gestão de riscos e a melhoria contínua da qualidade e segurança nas atividades diagnósticas e terapêuticas.	O requisito busca verificar se a organização conhece profundamente quem atende e o que entrega. Não se trata apenas de dados estatísticos, mas da capacidade de transformar o perfil assistencial em decisões estruturantes. O avaliador deve investigar: Se o perfil de pacientes é analisado considerando complexidade clínica, vulnerabilidades, faixa etária, condições crônicas, riscos predominantes, perfil epidemiológico e demandas específicas. Se o perfil de atendimento contempla volume, tipos de procedimentos, tecnologias utilizadas, grau de complexidade assistencial e variações sazonais. Se essas análises impactam planejamento de recursos, dimensionamento de equipe, definição de competências, estrutura física, protocolos e gestão de riscos. Se o perfil está atualizado e revisado periodicamente. Se há coerência entre o perfil declarado e a prática observada. O foco não é a existência de relatórios, mas a utilização estratégica dessas informações para proteger o paciente e reduzir riscos.	Subdimensionamento ou superdimensionamento de equipes. Profissionais atuando fora do perfil de competência exigido. Tecnologias ou procedimentos realizados sem estrutura adequada. Protocolos desalinhados com o perfil real de pacientes. Falta de previsibilidade de riscos assistenciais. Incapacidade de resposta a mudanças epidemiológicas ou aumento de complexidade. Gestão reativa, baseada apenas em eventos adversos já ocorridos. Ponto crítico: quando o perfil assistencial evolui, mas a estrutura e a gestão permanecem inalteradas.	Gestão de Riscos (perfil como base para matriz de riscos assistenciais). Gestão de Pessoas (dimensionamento e competências alinhadas à complexidade). Segurança do Paciente (protocolos ajustados ao risco predominante). Planejamento Estratégico (expansão ou limitação de serviços com base em capacidade real). Educação Permanente (capacitações direcionadas às vulnerabilidades do perfil assistencial). Gestão da Estrutura e Tecnologia. Perfil de pacientes é analisado considerando complexidade clínica e as atividades do serviço de diagnóstico.	Como a organização define e atualiza o perfil de pacientes e de atendimento? Com que periodicidade essa análise é revisada? Quais decisões recentes foram tomadas com base na mudança do perfil assistencial? Houve aumento de complexidade nos últimos anos? Como isso impactou equipe e estrutura? Como o perfil assistencial subsidia a matriz de riscos? Existe algum serviço ofertado que esteja além da capacidade instalada atual?	Você percebe mudanças no perfil dos pacientes atendidos nos últimos tempos? A equipe recebeu treinamento ou reforço diante dessas mudanças? Você sente que há recursos adequados para atender o perfil atual dos pacientes?	O paciente deve perceber: Segurança e organização no cuidado. Profissionais preparados para lidar com sua condição. Fluxos assistenciais coerentes com sua necessidade. Agilidade e previsibilidade na assistência. Adequação da estrutura ao seu perfil clínico. Se o perfil assistencial não é conhecido ou considerado, o paciente tende a perceber improvisação, demora ou insegurança.	Você percebe que a equipe está preparada para atender sua condição de saúde? O fluxo do atendimento parece organizado e adequado à sua necessidade? Em algum momento você sentiu que o serviço não estava preparado para seu tipo de atendimento? As informações fornecidas foram claras e compatíveis com seu quadro clínico?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO– Aplicando a Triangulação: Documentos: Relatórios de perfil epidemiológico. Análise de produção assistencial. Estratificação de risco dos pacientes. Indicadores de complexidade. Revisões periódicas documentadas. Atas ou evidências de decisões baseadas nesses dados. Relação entre perfil assistencial e matriz de riscos. Verificar coerência entre: Perfil assistencial declarado × Dimensionamento × Protocolos × Competências. Entrevistas: • Alta Administração: como utilizam essas informações para planejamento estratégico. • Liderança assistencial: como ajustam equipe e recursos. • Núcleo de Qualidade/Segurança: como o perfil alimenta análise de risco. • Evidências: Buscar evidência de decisão baseada em dados e não apenas monitoramento descritivo. Observação Prática: O perfil declarado corresponde ao observado na prática? A estrutura está compatível com o grau de complexidade? A equipe demonstra domínio técnico compatível com o perfil assistencial? Fluxos estão ajustados ao tipo predominante de paciente?								
3.9.2	Planejar as atividades levando em conta as condições operacionais, físicas, logísticas e tecnológicas disponíveis, de forma a garantir a execução segura, contínua e eficiente dos processos diagnósticos e terapêuticos.	Avaliar se a organização realiza o planejamento das atividades diagnósticas e terapêuticas de forma estruturada, considerando de maneira integrada: • Capacidade operacional disponível. • Condições físicas e ambientais.	Planejamento desconectado da capacidade real. Interrupções frequentes por falhas logísticas. Improvisação diante de indisponibilidade de recursos. Sobrecarga operacional impactando segurança.	Gestão de Processos. Gestão de Riscos. Segurança do Paciente. Governança Clínica. Planejamento Estratégico. Continuidade do Cuidado. Gestão da Capacidade Instalada.	Como a organização planeja suas atividades assistenciais? O planejamento considera limitações físicas e tecnológicas? Como são antecipadas variações de demanda? Existe análise de risco associada ao planejamento?	Você percebe planejamento adequado para execução do trabalho? Como são comunicadas mudanças no planejamento? Há clareza sobre fluxo e priorização? Você sente que os recursos disponíveis são suficientes?	O paciente percebe qualidade quando: • O atendimento ocorre conforme previsto. • Não há atrasos frequentes. • O cuidado acontece de forma organizada. • Não percebe imprevistos ou descontinuidade.	Seu atendimento ocorreu conforme informado? Houve atrasos ou interrupções? Você percebeu organização no serviço? Houve remarcações frequentes? Sentiu que o atendimento foi bem coordenado?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		- Recursos tecnológicos e sua disponibilidade. - Fluxos logísticos internos e externos. - Continuidade do cuidado ao longo da jornada do paciente. - O avaliador deve verificar se o planejamento vai além da programação de agenda, sustentando a execução segura dos processos mesmo diante de variações de demanda, intercorrências operacionais ou limitações estruturais. - O foco está em identificar se o planejamento: - Antecipadamente reconhece riscos operacionais. - Evita imprevistos assistenciais. - Sustenta continuidade e previsibilidade do cuidado. - É revisado conforme mudanças no perfil assistencial ou operacional. - Está integrado ao Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.	Desalinhamento entre planejamento e execução prática. Falta de análise de impacto ao ampliar escopo de serviços. Dependência de respostas reativas. Falta de contingência para falhas operacionais. Comprometimento da continuidade do cuidado.	Sustentabilidade Operacional.	Como são tratados gargalos operacionais recorrentes? O planejamento é revisado periodicamente? Há integração entre planejamento e indicadores assistenciais?	O planejamento ajuda ou dificulta a execução segura?	- Há fluidez entre etapas do cuidado. - O planejamento adequado reduz ansiedade e transmite segurança institucional.	
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Plano de organização das atividades. Fluxos assistenciais definidos. Planejamento de capacidade operacional. Análise de gargalos e riscos operacionais. Plano de contingência para falhas críticas. Indicadores de desempenho operacional. Registros de revisão de planejamento. Evidências de integração com gestão de riscos. Entrevistas: Alta Direção: Como o planejamento sustenta a continuidade do cuidado? Liderança técnica: Como adequam o planejamento à realidade operacional? Gestão administrativa: Como integram os recursos físicos e tecnológicos? Equipe assistencial: O planejamento é viável na prática? Observação Prática: Observar coerência entre planejamento e execução. Avaliar fluidez dos fluxos. Identificar imprevistos ou interrupções. Verificar resposta a intercorrências. Avaliar alinhamento entre setores. Analisar impacto do planejamento na segurança do paciente.								
3.9.3	Dispor de método estruturado para o agendamento dos exames e procedimentos dos SADT (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico), assegurando organização, previsibilidade e comunicação efetiva entre as partes envolvidas.	Avaliar se o agendamento é conduzido por método formal e estruturado, compatível com o porte, perfil assistencial e complexidade da organização. O foco não está no tipo de ferramenta utilizada (manual ou eletrônica), mas na existência de um processo organizado que: - Considere a capacidade operacional real do serviço. - Inclua critérios claros para priorização quando aplicável. - Garanta comunicação efetiva com usuários internos, externos e pacientes. - Reduza riscos assistenciais decorrentes de atrasos, conflitos ou falhas de informação.	Descompasso entre demanda e capacidade operacional. Falta de critérios para priorização em situações de maior urgência. Comunicação inadequada de preparo ou orientações prévias. Cancelamentos recorrentes por falhas organizacionais. Atrasos que impactam decisões clínicas ou terapêuticas. Conflitos entre setores ou profissionais quanto à definição de agenda. Ausência de plano para intercorrências operacionais (indisponibilidade de recurso, ausência de profissional). Fragilidade na rastreabilidade dos atendimentos programados.	Jornada do Paciente. Continuidade do Cuidado. Gestão de Processos. Gestão de Riscos. Comunicação Efetiva. Segurança do Paciente. Governança Clínica. Gestão da Capacidade Instalada. Experiência do Paciente.	Como a organização define sua capacidade de atendimento? Existe critério formal para priorização quando há maior demanda? Como são monitorados atrasos, cancelamentos e tempo de espera? Como o processo de agendamento contribui para a segurança do paciente? Existe plano de contingência para indisponibilidade de recursos? Como a liderança acompanha a efetividade do processo?	Como você agenda ou recebe os agendamentos dos exames/procedimentos? Existe critério claro para encaixes ou priorizações? O que ocorre quando há conflito de horários ou indisponibilidade? Você recebe informações completas para orientar o paciente? Como são tratados cancelamentos ou remarcações? Você percebe alinhamento entre agenda e capacidade real do serviço?	O paciente deve perceber organização, clareza e respeito ao seu tempo. Independentemente do tipo de serviço, ele deve: - Receber orientações claras. - Ter previsibilidade do atendimento. - Ser informado prontamente sobre alterações. - Perceber coordenação entre profissionais e setores. A previsibilidade reduz ansiedade e fortalece a confiança na organização.	Você recebeu orientações claras sobre data, horário e preparo? Seu atendimento ocorreu no horário previsto? Houve alteração? Como foi comunicado? Você percebeu organização no processo? Sentiu que havia coordenação entre os profissionais envolvidos?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		Permita monitoramento e melhoria contínua do processo. O avaliador deve investigar se o agendamento contribui para a segurança do paciente e para a continuidade da jornada do cuidado, evitando interrupções ou impactos clínicos.						
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Procedimento ou fluxo formal de agendamento. Critérios de priorização, quando aplicável. Indicadores de desempenho (tempo de espera, cancelamentos, absenteísmo). Registros de comunicação com pacientes. Plano de contingência para intercorrências operacionais. Evidências de análise e melhoria do processo. Entrevistas: Alta Direção: Como o agendamento impacta os resultados assistenciais? Lideranças intermediárias: Como equilibram demanda e capacidade? Equipes operacionais: O processo é claro e aplicável na prática? Observação Prática: Observar como ocorre o registro do agendamento. Verificar clareza das orientações fornecidas. Avaliar tratamento de encaixes ou alterações. Analisar coerência entre agenda e fluxo real de atendimento. Verificar se o processo é seguido conforme descrito.								
3.9.4	Dispor de sistêmicas definidas para o atendimento e a priorização de demandas, com critérios claros que orientem a organização do fluxo de exames e terapias, considerando a urgência, o perfil do paciente e o impacto clínico do procedimento.	Avaliar se a organização possui critérios formalmente definidos para priorização das demandas diagnósticas e terapêuticas, assegurando que decisões não sejam baseadas apenas em ordem de chegada, pressão operacional ou conveniência administrativa. O avaliador deve verificar se: Existem critérios clínicos explícitos para priorização. O processo considera risco assistencial e impacto terapêutico. O fluxo é ajustado conforme urgência e perfil do paciente. Há alinhamento entre equipe assistencial e serviço diagnóstico/terapêutico. A priorização é transparente e comunicada às partes envolvidas. O método reduz risco de atraso em casos de maior gravidade. A sistemática é conhecida e aplicada na prática. A análise deve identificar se a priorização contribui para a segurança do paciente, equidade e continuidade do cuidado.	Priorização baseada exclusivamente na ordem cronológica. Falta de critérios clínicos objetivos. Pressão externa interferindo na ordem de atendimento. Atraso em exames críticos com impacto terapêutico. Conflitos entre setores sobre definição de prioridade. Falta de integração com avaliação clínica do paciente. Subjetividade na decisão de encaixes. Inequidade no acesso ao serviço. Ausência de monitoramento de casos urgentes.	Gestão de Riscos Assistenciais. Segurança do Paciente. Jornada do Paciente. Governança Clínica. Comunicação Efetiva. Continuidade do Cuidado. Equidade no Acesso. Gestão de Processos.	Quais são os critérios formais para priorização das demandas? Como a organização garante que casos urgentes não sofram atraso? Existe integração entre avaliação clínica e organização da agenda? Como são tratados conflitos de prioridade? Como a liderança monitora eventos relacionados a atraso diagnóstico? Há indicadores que acompanham tempo para realização de exames críticos?	Como você identifica que um caso é prioritário? Existe critério formal ou decisão individual? O que acontece quando dois casos urgentes competem por vaga? Você já presenciou atraso com impacto clínico? Como é feita a comunicação com a equipe solicitante? Você se sente seguro para sinalizar prioridade clínica?	O paciente deve perceber que sua condição clínica é considerada na organização do atendimento. Sinais perceptíveis: Atendimento compatível com gravidade. Agilidade em situações urgentes. Clareza na explicação sobre tempo de espera. Sensação de justiça e equidade. Coordenação entre profissionais. A percepção de prioridade adequada impacta diretamente a confiança e a segurança percebida.	Você sentiu que sua condição foi considerada na definição do atendimento? O tempo para realização do exame foi compatível com o que o médico explicou? Recebeu informações claras sobre eventual espera? Percebeu organização e coordenação no atendimento? Em caso de urgência, o atendimento foi ágil?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Procedimento formal de priorização. Protocolos clínicos de urgência, quando aplicável. Critérios definidos para encaixes. Registros de classificação de risco (se aplicável). Indicadores: tempo para exames críticos, tempo médio por prioridade. Evidências de análise de casos com atraso. Registros de comunicação com equipes solicitantes. Entrevistas: Alta Direção: Como garantem a equidade e a segurança na priorização? Liderança assistencial: Como definem o impacto clínico? Equipe operacional: Como aplicam os critérios na prática? Profissionais solicitantes: Existe alinhamento na definição de prioridade? Observação Prática: Simular um cenário de urgência. Verificar como ocorre o encaixe de caso prioritário. Observar coerência entre protocolo e prática. Avaliar comunicação entre áreas. Verificar se decisões são registradas. Analisar casos recentes de priorização.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
3.9.5	Dimensionar adequadamente os recursos humanos, tecnológicos e insumos necessários à execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, considerando o perfil dos pacientes atendidos e a complexidade dos serviços oferecidos.	Avaliar se a organização realiza dimensionamento estruturado e coerente de seus recursos, alinhando: - Perfil epidemiológico e clínico dos pacientes. - Complexidade dos procedimentos realizados. - Capacidade instalada. - Volume de demanda. - Criticidade dos processos diagnósticos e terapêuticos. O avaliador deve verificar se o dimensionamento não é estático, mas revisto conforme mudanças no perfil assistencial, introdução de novas tecnologias ou variação de demanda. O foco está em garantir que: • Não haja subdimensionamento que comprometa segurança. • Não exista superdimensionamento sem análise estratégica. A organização tenha clareza da relação entre risco assistencial e disponibilidade de recursos. O dimensionamento considere não apenas quantidade, mas competência técnica adequada.	Sobrecarga da equipe com impacto na segurança. Falta de profissionais habilitados para procedimentos específicos. Equipamentos insuficientes ou obsoletos. Indisponibilidade de insumos críticos. Dependência excessiva de um único profissional ou recurso. Falta de análise de impacto ao ampliar escopo de serviços. Introdução de nova tecnologia sem ajuste de equipe. Aumento de demanda sem revisão de dimensionamento. Comprometimento da qualidade por pressão produtiva.	Gestão de Pessoas. Gestão de Riscos. Segurança do Paciente. Governança Clínica. Gestão de Processos. Planejamento Estratégico. Sustentabilidade Operacional. Continuidade do Cuidado.	Como a organização define o quantitativo e perfil da equipe? O dimensionamento considera complexidade e risco assistencial? Existe revisão periódica do dimensionamento? Como são avaliados impactos de aumento de demanda? Há análise antes de introduzir novos procedimentos? Existe plano para substituição ou contingência de recursos críticos?	Você considera que a equipe é suficiente para a demanda atual? Há momentos de sobrecarga que impactam a segurança? Os equipamentos disponíveis atendem às necessidades do serviço? Já houve falta de insumos que impactou atendimento? Existe apoio técnico adequado para procedimentos mais complexos? Você sente que tem tempo e recursos para executar o cuidado com segurança?	O paciente percebe segurança quando: O atendimento não é apressado. Há disponibilidade de profissionais capacitados. Não há cancelamentos por falta de recursos. Os equipamentos são funcionais e adequados. O fluxo ocorre de forma organizada. A falta de dimensionamento adequado impacta diretamente a experiência e a segurança percebida.	Você percebeu organização e disponibilidade da equipe? Seu exame/procedimento foi cancelado por falta de recurso? O atendimento foi realizado com tranquilidade e segurança? Houve demora excessiva que gerou insegurança? Você sentiu que o profissional estava preparado?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Matriz de dimensionamento de pessoal. Critérios formais de dimensionamento. Análise de perfil assistencial. Relatórios de carga de trabalho. Plano de substituição ou contingência. Inventário de equipamentos e plano de manutenção. Controle de estoque de insumos críticos. Indicadores de produtividade e segurança. Registros de revisão periódica do dimensionamento. Entrevistas: • Alta Direção: Como definem o equilíbrio entre sustentabilidade e segurança? • Liderança técnica: Como relacionam complexidade e equipe? • Gestão de pessoas: Existe política estruturada de dimensionamento? • Equipe operacional: O recurso disponível é suficiente e adequado? Observação Prática: Observar fluxo de atendimento e carga de trabalho. Avaliar coerência entre agenda e equipe disponível. Verificar se procedimentos complexos contam com profissionais habilitados. Observar uso de equipamentos e disponibilidade de insumos. Avaliar presença de sobrecarga evidente. Verificar preparo técnico para execução segura.								
3.9.6	Acompanhar de forma sistemática a manutenção preventiva e corretiva e a calibração de todos os equipamentos utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assegurando pleno funcionamento, rastreabilidade e confiabilidade dos resultados.	Avaliar se a organização possui sistemática estruturada para garantir que todos os equipamentos utilizados nos processos diagnósticos e terapêuticos operem dentro de padrões seguros e confiáveis. O avaliador deve verificar se: • Existe inventário atualizado dos equipamentos. • Há cronograma formal de manutenção preventiva. • Manutenções corretivas são registradas e analisadas.	Uso de equipamento fora da validade de calibração. Falhas técnicas durante procedimentos. Resultados diagnósticos imprecisos. Ausência de rastreabilidade de manutenção. Equipamentos críticos sem plano de contingência. Dependência de manutenção exclusivamente reativa. Falta de integração entre setor assistencial e manutenção. Subnotificação de falhas.	Gestão de Riscos. Segurança do Paciente. Gestão de Processos. Governança Clínica. Gestão da Tecnologia em Saúde. Controle de Qualidade. Continuidade do Cuidado. Sustentabilidade Operacional.	Existe política formal para gestão de equipamentos? Como a organização define criticidade dos equipamentos? Há controle sobre prazos de manutenção e calibração? Como são tratadas falhas técnicas com impacto assistencial? Existe plano de contingência para indisponibilidade de equipamento crítico? Como a liderança acompanha indicadores de falha ou indisponibilidade?	Você verifica se o equipamento está liberado para uso? Sabe como registrar uma falha técnica? Já utilizou equipamento com problema conhecido? Como é feita a comunicação com a manutenção? Existe protocolo claro para retirada de equipamento de uso? Você recebe orientação quando um equipamento retorna de manutenção?	O paciente deve perceber: • Segurança na execução do procedimento. • Equipamentos íntegros e bem conservados. • Confiança nos resultados diagnósticos. • Continuidade do atendimento sem cancelamentos por falhas técnicas. • Transparência em caso de intercorrência. • A confiabilidade tecnológica impacta diretamente a confiança no cuidado.	O procedimento foi realizado sem interrupções técnicas? Houve cancelamento por falha de equipamento? Você percebeu segurança durante o uso de equipamentos? Recebeu explicação clara em caso de intercorrência? Sentiu confiança na estrutura tecnológica do serviço?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		Calibrações seguem periodicidade definida e critérios técnicos. Equipamentos críticos possuem rastreabilidade completa. Intercorrências técnicas são tratadas como risco assistencial. Existe critério para retirada de uso quando necessário. A gestão não é apenas documental, mas efetivamente aplicada na prática. O foco avaliativo está na confiabilidade dos resultados diagnósticos e na segurança do paciente durante procedimentos terapêuticos.	Continuidade de uso após ocorrência técnica sem análise de risco.					
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Inventário atualizado de equipamentos. Classificação de criticidade. Plano de manutenção preventiva. Registros de manutenção corretiva. Certificados de calibração. Indicadores de indisponibilidade. Registros de análise de falhas. Plano de contingência para equipamentos críticos. Evidências de avaliação de impacto assistencial após falhas. Entrevistas: • Alta Direção: Como garantem a confiabilidade tecnológica? • Liderança técnica: Como definem a periodicidade de calibração? • Equipe assistencial: Como verificam a liberação para uso? • Setor de manutenção (quando aplicável): Como monitoram os prazos? Observação Prática: Verificar etiqueta de calibração. Conferir data de última manutenção. Solicitar rastreabilidade de um equipamento específico. Observar se há equipamento fora de uso devidamente identificado. Simular registro de falha. Avaliar integração entre assistência e manutenção.								
3.9.7	Acompanhar de forma sistemática a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura física utilizada nos serviços de diagnóstico e terapia, assegurando condições adequadas de segurança, funcionamento e conforto para pacientes, profissionais e visitantes.	Avaliar se a organização possui método estruturado para monitorar e manter a infraestrutura física necessária à execução segura dos serviços diagnósticos e terapêuticos. O foco não é apenas manutenção predial, mas a garantia de que o ambiente físico: - Sustente a execução segura dos procedimentos. - Esteja adequado ao perfil assistencial e complexidade dos serviços. - Reduza riscos ocupacionais e assistenciais. - Proporcione condições de conforto e dignidade aos pacientes. - Esteja integrado à gestão de riscos da organização. - O avaliador deve verificar se a manutenção é preventiva e planejada, e não apenas reativa às falhas estruturais.	Ambientes inadequados para o tipo de procedimento realizado. Falhas estruturais que comprometam segurança elétrica, hidráulica ou sanitária. Problemas de climatização impactando estabilidade de equipamentos ou conforto do paciente. Iluminação inadequada em áreas técnicas. Ausência de segregação adequada de áreas limpas e contaminadas. Riscos físicos (pisos escorregadios, infiltrações, rachaduras). Interrupção de serviços por falha estrutural. Conforto insuficiente que comprometa experiência do paciente. Falta de acessibilidade.	Gestão de Riscos. Segurança do Paciente. Biossegurança. Controle de Infecção. Sustentabilidade Ambiental. Gestão de Processos. Experiência do Paciente. Continuidade do Cuidado.	Existe plano formal de manutenção predial preventiva? Como a organização identifica riscos estruturais? Há priorização de intervenções conforme criticidade assistencial? Existe plano de contingência para falhas estruturais? Como a liderança acompanha indicadores de intercorrências relacionadas à infraestrutura? O ambiente é periodicamente avaliado quanto à adequação ao perfil assistencial?	Já houve situação em que a infraestrutura comprometeu atendimento? Como você comunica um problema estrutural? Existe resposta rápida da manutenção? O ambiente é adequado para executar o procedimento com segurança? Você considera que há conforto e privacidade adequados para o paciente? Há áreas com risco recorrente?	O paciente percebe qualidade e segurança quando: O ambiente está limpo e organizado. Há conforto térmico e acústico. Existe privacidade adequada. Não há improvisos estruturais visíveis. O fluxo físico é claro e seguro. Há acessibilidade adequada. A infraestrutura transmite segurança institucional e impacta diretamente a confiança no cuidado.	O ambiente estava confortável? Você se sentiu seguro nas áreas de circulação? Houve alguma situação estrutural que gerou desconforto? O local oferecia privacidade adequada? O ambiente parecia organizado e bem cuidado?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Plano de manutenção preventiva predial. Cronograma de inspeções estruturais. Registros de manutenção corretiva. Relatórios de vistoria técnica. Plano de contingência para falhas críticas (energia, climatização, água). Indicadores de intercorrências estruturais. Evidências de inspeções periódicas. Plano de acessibilidade e adequação estrutural. Avaliação de riscos ambientais. Entrevistas: • Alta Direção: Como priorizam investimentos estruturais? • Gestão administrativa/manutenção: Como definem criticidade? • Liderança assistencial: A infraestrutura atende às necessidades clínicas? • Colaboradores: A manutenção responde de forma adequada? Observação Prática: Avaliar estado geral das instalações. Verificar climatização em áreas críticas. Observar segregação de fluxos. Verificar condições de iluminação. Avaliar acessibilidade. Conferir presença de infiltrações, rachaduras ou improvisos. Observar fluxo físico do paciente. Solicitar evidência de manutenção recente.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
3.9.8	Dispor de profissionais com competências técnicas, formação e capacitação compatíveis com os tipos de pacientes atendidos e com os procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados, assegurando a execução segura e eficaz das atividades.	Avaliar se a organização garante que os profissionais envolvidos nos processos diagnósticos e terapêuticos possuam formação, qualificação e competências técnicas compatíveis com: • Complexidade dos procedimentos realizados. • Perfil clínico e risco dos pacientes atendidos. • Tecnologias utilizadas. • Escopo assistencial ofertado. O avaliador deve verificar se a competência profissional é tratada como elemento estruturante da segurança assistencial e não apenas como requisito formal de contratação. Deve-se investigar se: • Há definição clara de perfil técnico por função. • Existe validação de competência antes da atuação. • Há atualização periódica conforme mudanças tecnológicas ou assistenciais. A organização acompanha desempenho técnico. A capacitação é baseada em risco assistencial e necessidade real. O foco avaliativo está na prevenção de falhas técnicas que possam impactar a segurança e a qualidade dos resultados.	Profissionais atuando fora do escopo de competência. Introdução de novos procedimentos sem capacitação adequada. Treinamentos genéricos não alinhados ao risco assistencial. Falta de supervisão em atividades críticas. Ausência de avaliação periódica de competência. Alta rotatividade sem validação técnica. Dependência de conhecimento informal. Falta de atualização diante de nova tecnologia. Desalinhamento entre perfil do paciente e preparo da equipe.	Gestão de Pessoas. Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Governança Clínica. Educação Permanente. Gestão da Tecnologia em Saúde. Planejamento Estratégico. Cultura de Segurança; Continuidade do Cuidado.	Como são definidos os perfis técnicos necessários para cada função? Existe matriz de competências formal? Como validam a competência antes da atuação? Há treinamento específico quando se introduz novo procedimento? Como monitoram desempenho técnico? A capacitação está vinculada à análise de risco assistencial? Existe política estruturada de educação permanente?	Você recebeu capacitação específica para os procedimentos que realiza? Já realizou atividade para a qual não se sentia preparado? Existe supervisão quando há novo procedimento? Como a organização apoia seu desenvolvimento técnico? Você recebe atualização quando há mudança tecnológica? Existe avaliação periódica de sua competência?	O paciente percebe competência quando: O profissional demonstra segurança técnica. As explicações são claras e consistentes. Não há improvisação durante o procedimento. A equipe transmite confiança. Há agilidade e precisão na execução. A competência técnica é percebida como elemento central da segurança do cuidado.	Você sentiu segurança na atuação do profissional? O procedimento foi explicado de forma clara? Houve alguma situação que transmitiu insegurança? O profissional demonstrou domínio do procedimento? Você sentiu confiança na equipe?
3.9.9	Identificar, avaliar e acompanhar os riscos inerentes aos seus processos diagnósticos e terapêuticos e suas interfaces com a jornada do paciente, garantindo a continuidade e a segurança do cuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da organização.	Avaliar se a organização integra os riscos diagnósticos e terapêuticos ao seu sistema estruturado de gestão de riscos e segurança do paciente, considerando: • Riscos assistenciais diretos do procedimento. • Riscos relacionados a equipamentos e infraestrutura. • Riscos de falha diagnóstica.	Atraso diagnóstico com impacto clínico. Erros na realização de exames ou terapias. Resultados críticos não comunicados. Falhas na interface entre diagnóstico e conduta terapêutica. Transição inadequada entre setores. Falhas na identificação do paciente. Uso incorreto de tecnologia.	Gestão de Riscos Organizacionais. Segurança do Paciente. Jornada do Paciente. Governança Clínica. Comunicação Efetiva. Gestão de Processos. Notificação e Investigação de Eventos. Liderança Organizacional. Cultura de Segurança.	Como os riscos diagnósticos e terapêuticos estão mapeados? Há matriz de risco específica para esses processos? Como a liderança acompanha eventos relacionados a atraso ou falha diagnóstica? Existe integração entre gestão de risco e planejamento estratégico? Como os riscos de interface com outros setores são tratados?	Você conhece os principais riscos do seu processo? Como comunica uma situação de risco? Existe cultura segura para notificação? Você já participou de análise de evento? Sente apoio da liderança ao reportar risco? Há orientação clara sobre riscos críticos do serviço?	O paciente deve perceber: Continuidade entre diagnóstico e tratamento. Comunicação segura e coordenada. Agilidade na resposta a situações críticas. Ausência de retrabalho ou exames repetidos sem justificativa. Segurança durante transições de cuidado.	Você recebeu informações claras sobre resultados? Houve atraso que impactou seu tratamento? Sentiu que os profissionais estavam coordenados? Teve que repetir exames por falha organizacional? Percebeu segurança nas transições do cuidado?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		• Riscos de atraso diagnóstico ou terapêutico. • Riscos nas transições da jornada do paciente. • Riscos de comunicação entre setores. Interfaces com serviços externos, quando aplicável. O avaliador deve investigar se a identificação de riscos é: • Sistemática e não reativa. • Baseada em análise estruturada (matriz de risco, FMEA, análise de eventos). • Integrada ao Sistema de Gestão da Qualidade. • Acompanhada por planos de mitigação. • Monitorada por indicadores e revisão periódica.	Falta de integração entre protocolos. Subnotificação de eventos. Ausência de análise sistêmica de eventos adversos.		Há revisão periódica dos riscos conforme mudanças no escopo assistencial? Como os resultados das análises são devolvidos à equipe?		Quando há gestão eficaz de risco, o paciente vivencia cuidado organizado e confiável.	
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Matriz de riscos assistenciais. Registro de análise de eventos adversos. Plano de mitigação de riscos críticos. Indicadores de atraso diagnóstico. Registros de notificação de eventos. Evidências de análise de causa raiz. Planos de ação implementados. Relatórios de comissões ou instâncias de governança. Evidência de revisão periódica de riscos. Integração com o Sistema de Gestão da Qualidade. Entrevistas: • Alta Direção: Como os riscos diagnósticos influenciam decisões estratégicas? • Governança clínica: Como integram análise de risco ao cuidado? • Liderança técnica: Quais riscos são prioritários? • Equipes assistenciais: Como identificam e comunicam riscos? • Segurança: Comissão de Segurança do Paciente (quando aplicável). Observação Prática: Analisar caso real recente com risco identificado. Verificar rastreabilidade de ação corretiva. Observar comunicação de resultado crítico. Avaliar transição entre setores. Solicitar demonstração de matriz de risco. Verificar se planos de ação estão efetivamente implantados.								
3.9.10	Cumprir e acompanhar a aplicação dos protocolos de segurança do paciente definidos pela organização, assegurando sua adequação aos processos diagnósticos e terapêuticos e contribuindo para a prevenção de eventos adversos e a continuidade segura do cuidado.	Avaliar se os protocolos de segurança do paciente definidos pela organização: - Estão formalmente implantados nos processos diagnósticos e terapêuticos. - São adaptados à realidade e ao risco específico do serviço. - Não são apenas documentos normativos, mas aplicados na prática. - São monitorados por indicadores. - Sofrem revisão periódica com base em eventos, riscos ou mudanças assistenciais. - O avaliador deve verificar se há: • Integração entre protocolos institucionais e fluxos do SADT. • Evidência de adesão consistente. • Monitoramento da efetividade. - Aprendizado institucional decorrente de não conformidades.	Protocolos não aplicáveis à realidade do serviço. Baixa adesão na prática. Protocolos não revisados após eventos. Falha na identificação do paciente. Falhas na comunicação de resultados críticos. Uso inadequado de checklist. Protocolos implantados apenas formalmente. Desconhecimento dos profissionais. Desalinhamento entre protocolo institucional e fluxo real.	Sistema de Gestão da Qualidade. Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Governança Clínica. Notificação e Investigação de Eventos. Comunicação Efetiva. Cultura de Segurança. Jornada do Paciente.	Quais protocolos de segurança são aplicáveis aos serviços diagnósticos e terapêuticos? Como garantem a adesão efetiva? Há monitoramento por indicadores? Como os protocolos são adaptados à realidade do serviço? O que foi modificado após eventos adversos? A liderança acompanha a taxa de conformidade? Como garantem a integração com outras áreas assistenciais?	Quais protocolos de segurança você aplica no seu processo? Como você confirma a identificação do paciente? O que fazer diante de uma não conformidade? Já participou de revisão de protocolo? Existe auditoria interna de adesão? Você recebe feedback sobre indicadores?	O paciente percebe segurança quando: - É corretamente identificado. - Recebe explicações claras. - Observa conferências antes de procedimentos. - Não vivencia falhas evidentes. - Percebe coordenação entre profissionais. - Protocolos aplicados reduzem ansiedade e fortalecem confiança.	Confirmaram seu nome antes do procedimento? Recebeu explicação clara sobre o exame ou terapia? Houve conferência de informações antes da realização? Sentiu organização e segurança? Percebeu comunicação entre profissionais?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Lista de protocolos institucionais aplicáveis. Protocolos de Segurança do Paciente implantados. Procedimentos adaptados ao SADT. Indicadores de adesão. Registros de auditoria interna. Evidências de revisão periódica. Análise de eventos relacionados a falha de protocolo. Planos de ação decorrentes. Registros de capacitação sobre protocolos. Integração com metas internacionais de segurança (quando aplicável).								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
	Entrevistas Alta Direção: Como acompanham adesão aos protocolos? Liderança técnica: Como garantem aplicabilidade prática? Equipe assistencial: Como aplicam no dia a dia? Segurança: Núcleo de Segurança do Paciente (quando aplicável). Observação Prática: Observar identificação do paciente. Verificar uso de checklist. Acompanhar realização de procedimento. Conferir comunicação de resultado crítico. Avaliar coerência entre protocolo e prática. Solicitar evidência de auditoria recente. Verificar aplicação real dos Protocolos de Segurança do Paciente e não apenas declarada.							
3.9.11	Estimular e assegurar que as equipes relatem, de forma ágil e segura, todas as circunstâncias de risco, quase erros, eventos sem danos, eventos adversos, reações adversas, queixas técnicas (tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância e biovigilância) e não conformidades, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança e a melhoria contínua dos processos.	Avaliar se a organização promove, sustenta e protege um ambiente seguro para o relato de riscos e eventos, garantindo que a notificação seja compreendida como instrumento de aprendizado e não de punição. O avaliador deve verificar se: - Existe sistema formal de notificação, acessível e conhecido. - O escopo de notificação é amplo (riscos, quase erros, eventos, queixas técnicas e não conformidades). - As equipes se sentem seguras para relatar. - As notificações geram análise, devolutiva e melhoria. - O processo está integrado ao Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. - Há envolvimento da liderança no acompanhamento dos relatos.	Subnotificação por medo de punição. Cultura punitiva ou culpabilizadora. Sistema de notificação complexo ou inacessível. Notificações sem análise estruturada. Falta de devolutiva às equipes. Foco apenas em eventos com dano. Desconhecimento sobre o que deve ser notificado. Falta de integração entre vigilâncias e segurança do paciente. Perda de oportunidades de prevenção.	Cultura de Segurança. Gestão de Riscos. Segurança do Paciente. Notificação e Investigações de Eventos. Governança Clínica. Educação Permanente. Melhoria Contínua. Comunicação Efetiva.	Como a organização estimula a notificação de riscos e eventos? Existe política de cultura justa? Como a liderança protege o notificador? As notificações geram decisões e mudanças? Como ocorre a devolutiva às equipes? Há monitoramento de tendência e recorrência? Como as vigilâncias são integradas ao sistema de qualidade?	Você sabe o que deve ser notificado? Sente-se seguro para relatar um erro ou risco? Já deixou de notificar por medo de punição? Você recebe retorno sobre as notificações? Já participou de análise de evento? Percebe mudanças a partir dos relatos?	O paciente se beneficia quando a organização: Aprende com falhas. Previne repetição de erros. Atua de forma transparente. Demonstra compromisso com segurança. Corrige processos antes que causem dano. Uma cultura de relato fortalece a confiança no cuidado.	Você percebe abertura para relatar problemas ou queixas? Sentiu que sua reclamação foi acolhida? Houve retorno ou explicação? Percebeu preocupação da equipe com segurança? Teve confiança na postura da organização?
	MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Política de notificação e cultura justa. Sistema ou formulário de notificação. Registros de notificações (anônimas ou identificadas). Análises de eventos e quase erros. Planos de ação derivados das notificações. Evidências de integração com tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância e biovigilância. Indicadores de notificação (volume, tipo, tendência). Registros de devolutiva às equipes. Atas de comissões ou instâncias de análise. Entrevistas: Alta Direção: Como garantem um ambiente seguro para o relato? Núcleo de Segurança do Paciente / Qualidade: Como analisam e priorizam notificações? Lideranças intermediárias: Como lidam com erros da equipe? Profissionais da assistência: Como percebem a cultura de segurança? Observação Prática: Solicitar demonstração do sistema de notificação. Analisar um caso recente notificado. Verificar rastreabilidade da análise e ação. Avaliar linguagem utilizada em comunicações internas. Observar se há estímulo ativo ao relato. Verificar integração entre áreas e vigilâncias.							
3.9.12	Participar do planejamento e da transição do cuidado, atuando de forma integrada com as equipes assistenciais para garantir que os exames, terapias e laudos sejam realizados e disponibilizados em tempo oportuno, contribuindo para decisões clínicas seguras e baseadas em evidências.	Avaliar se os serviços diagnósticos e terapêuticos estão efetivamente integrados ao planejamento assistencial e às transições do cuidado, contribuindo para decisões clínicas oportunas e seguras. O avaliador deve verificar se: - O SADT participa do planejamento do cuidado e não atua de forma isolada. - Há integração com equipes assistenciais nos momentos críticos da jornada. - Exames, terapias e laudos são disponibilizados em tempo	Atuação fragmentada entre diagnóstico e assistência. Atraso na liberação de laudos com impacto terapêutico. Falhas na comunicação de resultados relevantes ou críticos. Desalinhamento entre solicitação clínica e execução diagnóstica. Repetição de exames por falha de integração. Transições de cuidado sem informação diagnóstica completa. Falta de priorização em momentos críticos da jornada.	Jornada do Paciente. Continuidade do Cuidado. Segurança do Paciente. Governança Clínica. Comunicação Efetiva. Gestão de Processos. Gestão de Riscos. Prática Clínica Baseada em Evidências.	Como o SADT participa do planejamento do cuidado? Existem fluxos definidos para integração com equipes assistenciais? Como são priorizados exames com impacto clínico imediato? Há monitoramento de tempo de liberação de laudos críticos? Como a liderança acompanha riscos relacionados à transição do cuidado? Existe integração entre protocolos assistenciais e processos diagnósticos?	Você recebe informações clínicas suficientes para priorização? Como ocorre a comunicação com a equipe assistencial? Existe clareza sobre prazos esperados para exames e laudos? Como são tratadas demandas urgentes? Já houve impacto clínico por atraso diagnóstico? Você percebe integração real com o cuidado do paciente?	O paciente percebe cuidado seguro quando: O diagnóstico ocorre no tempo certo. Não há atrasos que posterguem tratamento. Há coerência entre exames e conduta clínica. Percebe coordenação entre profissionais. Recebe informações claras sobre resultados. A integração do SADT fortalece confiança e reduz ansiedade durante a jornada.	Seus exames foram realizados no tempo esperado? Você recebeu informações claras sobre resultados? Percebeu integração entre exames e tratamento? Houve atraso que impactou sua conduta clínica? Sentiu segurança na coordenação do cuidado?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		compatível com a necessidade clínica. - Existe fluxo definido para priorização conforme impacto clínico. - Resultados relevantes são comunicados de forma estruturada. A atuação do SADT reduz atrasos, retrabalho e risco de descontinuidade. O foco avaliativo está na continuidade do cuidado e na tomada de decisão clínica baseada em evidências, sustentada por processos diagnósticos integrados.	Perda de rastreabilidade entre exame, laudo e decisão clínica.					
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Fluxos de integração SADT-assistência. Procedimentos de priorização clínica. Protocolos de comunicação de resultados relevantes/críticos. Indicadores de tempo de liberação de exames e laudos. Registros de atrasos e análises de impacto. Evidências de participação do SADT em planejamento assistencial. Registros de reuniões clínicas ou multiprofissionais, quando aplicável. Integração com protocolos clínicos institucionais. Entrevistas: Alta Direção: Como garantem a integração diagnóstica no cuidado? Liderança assistencial: O SADT contribui para decisões clínicas? Liderança do SADT: Como priorizam as demandas com impacto clínico? Profissionais assistenciais: A informação diagnóstica chega no tempo adequado? Observação Prática: Analisar caso recente com transição de cuidado. Verificar tempo entre solicitação, execução e laudo. Observar comunicação de resultados relevantes. Avaliar integração entre setores. Solicitar rastreabilidade de exame → laudo → decisão clínica. Observar participação do SADT em fluxos assistenciais reais.								
3.9.13	Cumprir os protocolos de prevenção e os Serviços de Controle de Infecção e/ou Biossegurança nos processos de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico).	Avaliar se a organização aplica, de forma sistemática e efetiva, os protocolos institucionais de prevenção de infecção e/ou biossegurança nos processos diagnósticos e terapêuticos, considerando: - O tipo de procedimento realizado. - O perfil de risco do paciente. - O risco ocupacional para os profissionais. - O potencial de contaminação cruzada. A interface com outros serviços e setores. O avaliador deve verificar se os protocolos: - Estão formalmente definidos e atualizados. - São compatíveis com os processos do SADT. - São conhecidos e aplicados pelas equipes. - São monitorados quanto à adesão. - Estão integrados ao Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. O foco avaliativo está na prevenção de infecção relacionada à assistência e na proteção de pacientes, profissionais e ambiente	Não adesão aos protocolos de biossegurança. Uso inadequado ou inexistente de EPI. Falhas na higienização de ambientes, superfícies e equipamentos. Reprocessamento inadequado de materiais, quando aplicável. Contaminação cruzada entre pacientes. Exposição ocupacional a agentes biológicos. Falhas na segregação de fluxos limpos e contaminados. Protocolos não adaptados ao tipo de procedimento. Falta de monitoramento sistemático.	Segurança do Paciente. Controle de Infecção. Biossegurança. Gestão de Riscos. Saúde Ocupacional. Gestão de Processos. Sustentabilidade Ambiental. Cultura de Segurança.	Quais protocolos de prevenção e biossegurança se aplicam ao SADT? Como a organização garante a adesão das equipes? Existe monitoramento de conformidade? Como são tratados desvios ou falhas de biossegurança? Há integração entre SCIH/CCIH (quando aplicável) e SADT? Os protocolos são revisados conforme mudanças no escopo assistencial?	Quais protocolos de biossegurança você aplica no seu processo? Você recebeu treinamento específico? Sabe como agir diante de exposição ocupacional? Há disponibilidade adequada de EPIs? Como são tratadas falhas ou dúvidas? Existe supervisão ou auditoria de adesão?	O paciente percebe segurança quando: Observa práticas adequadas de higiene. Percebe uso correto de EPI. O ambiente está limpo e organizado. Há cuidado no manuseio de materiais. Sente proteção contra riscos de infecção. A biossegurança visível reforça confiança no cuidado.	Você observou cuidados com higiene e proteção? Os profissionais utilizavam equipamentos adequados? O ambiente parecia limpo e seguro? Você se sentiu protegido durante o procedimento? Houve explicação sobre medidas de segurança?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Protocolos institucionais de prevenção e biossegurança. Procedimentos específicos do SADT. Plano de prevenção e controle de infecção (quando aplicável). Registros de treinamento em biossegurança. Indicadores de adesão (higiene das mãos, EPI, etc.). Registros de exposições ocupacionais. Relatórios de auditorias internas. Planos de ação para não conformidades. Evidências de integração com o sistema de qualidade.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
	Entrevistas: Alta Direção: Como garantem prioridade à biossegurança? SCIH/CCIH ou responsável técnico: Como monitoram a adesão? Liderança do SADT: Como aplicam protocolos na prática? Colaboradores: Como incorporam biossegurança no dia a dia? Observação Prática: Observar uso de EPI. Avaliar higienização de mãos. Verificar limpeza de ambientes e equipamentos. Observar segregação de fluxos. Avaliar manuseio de materiais. Verificar conduta frente a risco biológico. Conferir coerência entre protocolo e prática.							
3.9.14	Cumprir integralmente as diretrizes do PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde) da organização, assegurando a segregação, acondicionamento, armazenamento e descarte adequado dos resíduos gerados, em conformidade com a legislação vigente e as normas institucionais, de modo a minimizar riscos ocupacionais e impactos ambientais.	Avaliar se a organização implementa e mantém o PGRSS de forma efetiva, integrada à operação dos serviços diagnósticos e terapêuticos, e não apenas como cumprimento formal de exigência legal. O avaliador deve verificar se: - O PGRSS está implantado, atualizado e compatível com o escopo do serviço. - As diretrizes são aplicadas na prática, em todas as etapas do manejo dos resíduos. - Os profissionais conhecem e aplicam corretamente os fluxos definidos. - O gerenciamento de resíduos é tratado como risco ocupacional, assistencial e ambiental. - Há monitoramento, análise de falhas e melhoria contínua. - Existe integração com biossegurança, controle de infecção e gestão de riscos. O foco avaliativo está na prevenção de riscos, na proteção das pessoas e na responsabilidade ambiental da organização.	Segregação inadequada na fonte geradora. Acondicionamento incorreto dos resíduos. Armazenamento inadequado ou inseguro. Exposição ocupacional a material biológico ou perfurocortante. Mistura de resíduos comuns e infectantes. Falhas no transporte interno. Desconhecimento das classificações de resíduos. Descarte em desacordo com legislação vigente. Impactos ambientais e riscos legais. Tratamento do PGRSS apenas como exigência documental.	Biossegurança. Controle de Infecção. Segurança do Paciente. Saúde Ocupacional. Gestão de Riscos. Sustentabilidade Ambiental. Gestão de Processos. Cultura de Segurança.	O PGRSS está atualizado e alinhado ao escopo do serviço? Como a liderança garante a adesão às diretrizes do PGRSS? Existem indicadores de conformidade? Como são tratadas não conformidades no manejo de resíduos? Há integração entre PGRSS, biossegurança e segurança do paciente? Como a organização acompanha riscos ocupacionais relacionados a resíduos? Existe revisão periódica do programa?	Você sabe classificar corretamente os resíduos que gera? Existe orientação clara sobre segregação e descarte? Há disponibilidade adequada de recipientes e sinalização? Você já vivenciou situação de risco com resíduos? Sabe como agir em caso de acidente? Recebe treinamento periódico sobre o tema?	O paciente percebe qualidade e segurança quando: O ambiente é limpo e organizado. Não há resíduos expostos ou descartados de forma inadequada. O fluxo de resíduos não cruza com áreas de atendimento. Há cuidado visível com higiene e segurança. Percebe responsabilidade ambiental da organização. O manejo adequado de resíduos contribui para a confiança e a percepção de cuidado seguro.	O ambiente parecia limpo e organizado? Você observou descarte inadequado de resíduos? Percebeu organização no manejo de materiais? Sentiu segurança no ambiente? Houve alguma situação que causou desconforto ou insegurança?
	MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: PGRSS institucional atualizado. Classificação de resíduos por tipo de serviço. Procedimentos operacionais de manejo. Registros de treinamento em PGRSS. Indicadores de conformidade e incidentes. Registros de acidentes ocupacionais. Contratos/licenças de coleta e destinação final. Relatórios de auditoria interna. Planos de ação para não conformidades. Evidências de integração com gestão de riscos e biossegurança. Entrevistas: Alta Direção: Como garantem a conformidade e a sustentabilidade? Responsável técnico/PGRSS: Como monitoram a adesão? Liderança assistencial: Como o manejo de resíduos impacta a assistência? Colaboradores: Como aplicam as diretrizes no dia a dia? Observação Prática: Observar segregação na fonte geradora. Avaliar acondicionamento e sinalização. Verificar armazenamento temporário. Observar transporte interno. Verificar abrigo externo. Avaliar fluxo de resíduos versus fluxo de pacientes. Verificar uso de EPI no manejo. Identificar riscos visíveis ou improvisos. Conferir coerência entre prática e diretrizes do PGRSS.							
3.9.15	Acompanhar sistematicamente a eficiência no uso de tecnologias, insumos e estrutura física, assegurando a utilização racional dos recursos e a otimização dos fluxos de trabalho, de modo a garantir produtividade, agilidade e segurança nos processos diagnósticos e terapêuticos.	Avaliar se a organização monitora, analisa e melhora de forma contínua a utilização de seus recursos tecnológicos, materiais e estruturais, buscando equilíbrio entre: - Eficiência operacional - Qualidade assistencial - Segurança do paciente - Sustentabilidade dos recursos O avaliador deve verificar se a eficiência é	Otimização focada apenas em produtividade. Sobrecarga de profissionais por uso ineficiente de recursos. Gargalos não monitorados. Desperdício de insumos críticos. Subutilização de tecnologias disponíveis. Improvisos para "ganho de tempo". Ajustes de fluxo sem análise de risco. Impacto negativo na experiência do paciente.	Gestão de Processos. Gestão de Recursos. Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Governança Clínica. Sustentabilidade Operacional. Experiência do Paciente. Melhoria Contínua.	Como a organização monitora a eficiência dos recursos? Existem indicadores de produtividade e uso racional? Como garantem que a otimização não comprometa segurança? Há revisão periódica dos fluxos de trabalho? Como são identificados e tratados gargalos? As decisões de otimização são baseadas em dados assistenciais?	Os fluxos de trabalho são claros e organizados? Há desperdício ou retrabalho no dia a dia? Você sente pressão por produtividade? Os recursos disponíveis são suficientes e adequados? Os processos ajudam ou atrapalham a execução segura? Existe espaço para sugerir melhorias?	O paciente percebe eficiência quando: O atendimento ocorre sem atrasos ou esperas excessivas. O fluxo é organizado e ágil. Não há repetição desnecessária de exames. O cuidado ocorre de forma fluida. A agilidade não compromete a atenção e a segurança. A eficiência bem conduzida melhora experiência e confiança no serviço.	O atendimento ocorreu de forma ágil? Houve atrasos ou esperas excessivas? Você percebeu organização no fluxo? Houve necessidade de repetir procedimentos? Sentiu que o atendimento foi eficiente e seguro?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		tratada como componente da segurança e da qualidade do cuidado, e não apenas como estratégia de redução de custos. Deve-se identificar se: • Há indicadores de uso e desempenho dos recursos. • Existem análises periódicas de gargalos e desperdícios. • Os fluxos de trabalho são avaliados e ajustados. • A otimização não compromete segurança, conforto ou qualidade. • Decisões de melhoria são baseadas em dados. • A eficiência está integrada ao Sistema de Gestão da Qualidade	Falta de indicadores confiáveis.		Há integração entre eficiência operacional e qualidade?			
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Indicadores de produtividade e uso de recursos. Análise de gargalos e fluxo de trabalho. Relatórios de consumo de insumos. Inventário e taxa de utilização de equipamentos. Estudos de melhoria de processos. Planos de ação para otimização. Registros de revisão de fluxos. Evidências de integração com gestão de riscos. Indicadores de impacto assistencial (tempo, retrabalho, cancelamentos). Entrevistas: • Alta Direção: Como equilibram eficiência e segurança? • Liderança técnica: Como analisam produtividade sem risco? • Gestão administrativa: Como monitoram uso de recursos? • Equipe operacional: O fluxo favorece trabalho seguro? Observação Prática: Observar fluxo real de pacientes. Identificar gargalos visíveis. Avaliar uso de equipamentos. Verificar organização do ambiente. Observar retrabalho ou desperdício. Avaliar coerência entre indicadores e prática. Verificar impacto da eficiência na segurança.								
3.9.16	Cumprir com os critérios e procedimentos de segurança estabelecidos para a utilização de equipamentos, medicamentos e materiais, assegurando o uso adequado, rastreável e em conformidade com normas técnicas e regulatórias.	Avaliar se a organização assegura que equipamentos, medicamentos e materiais utilizados nos processos diagnósticos e terapêuticos sejam empregados de forma segura, conforme critérios técnicos e regulatórios aplicáveis ao seu escopo de atuação. O avaliador deve verificar se: • Existem critérios e procedimentos formalmente definidos para uso seguro. • O uso é compatível com a finalidade, indicação e risco. • Há rastreabilidade quando aplicável (equipamentos, lotes, medicamentos, materiais críticos). • As equipes conhecem e aplicam os procedimentos. • O cumprimento das normas é monitorado e revisado.	Uso inadequado de equipamentos ou materiais. Administração ou aplicação incorreta de medicamentos. Falta de rastreabilidade de itens críticos. Desconhecimento de critérios de segurança. Não conformidade com normas técnicas e regulatórias. Falhas no armazenamento, preparo ou manuseio. Uso de material vencido ou não conforme. Ausência de validação antes do uso. Dependência de prática informal.	Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Gestão da Tecnologia em Saúde. Farmacovigilância / Tecnovigilância. Governança Clínica. Gestão de Processos. Conformidade Regulatória. Cultura de Segurança.	Quais critérios de segurança se aplicam ao uso de equipamentos, medicamentos e materiais? Como a organização garante conformidade regulatória? Existe monitoramento de uso seguro e rastreável? Como são tratadas não conformidades? Há revisão periódica dos procedimentos? Como a liderança acompanha riscos associados ao uso inadequado?	Você conhece os critérios de segurança para os itens que utiliza? Sabe identificar quando um item não está conforme? Existe orientação clara antes do uso? Como registrar uma não conformidade? Você se sente seguro para interromper o uso em caso de dúvida? Recebe atualização quando há mudança de norma ou procedimento?	O paciente percebe segurança quando: O profissional demonstra cuidado e conferência antes do uso. Os materiais e equipamentos são adequados e íntegros. Há explicação clara sobre medicamentos ou procedimentos. Não há imprevistos visíveis. O cuidado é realizado com atenção e precisão. A segurança no uso de recursos reforça confiança no serviço.	O profissional conferiu informações antes do procedimento? Você recebeu explicação clara sobre o que seria utilizado? Percebeu cuidado e atenção durante a execução? Sentiu segurança no uso de equipamentos ou medicamentos? Houve alguma situação que gerou insegurança?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		- Desvios são tratados como risco assistencial e regulatório. - O foco avaliativo está na prevenção de eventos adversos, na segurança do paciente e na conformidade com exigências técnicas e legais.						
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Critérios e Procedimentos de uso seguro de equipamentos, medicamentos e materiais. Normas técnicas e regulatórias aplicáveis ao serviço. Registros de rastreabilidade (quando aplicável). Protocolos de preparo, administração e manuseio. Registros de treinamento das equipes. Notificações de tecnovigilância/farmacovigilância. Registros de não conformidades e ações corretivas. Evidências de revisão periódica dos procedimentos. Integração com o sistema de gestão da qualidade. Entrevistas: Alta Direção: Como garantem a conformidade e a segurança no uso? Liderança técnica: Como monitoram adesão aos critérios? - Farmácia / Engenharia Clínica / Responsável técnico (quando aplicável). Equipe assistencial: Como aplicam critérios no dia a dia? Observação Prática: Observar preparo e uso de medicamentos/materiais. Verificar conferências de segurança. Avaliar uso adequado de equipamentos. Conferir identificação, validade e integridade. Verificar rastreabilidade quando exigida. Avaliar coerência entre procedimento e prática. Observar postura da equipe diante de risco.								
3.9.17	Estabelecer e assegurar que todas as etapas relacionadas à análise, transcrição, retificação, liberação e comunicação dos resultados de exames e procedimentos sejam realizadas de forma segura, rastreável e validada, garantindo a integridade das informações e a continuidade do cuidado assistencial.	Avaliar se a organização possui processos estruturados e seguros para o gerenciamento das informações diagnósticas e terapêuticas, assegurando que os resultados: - Sejam analisados por profissionais habilitados. - Tenham validação antes da liberação. - Possuam rastreabilidade em todas as etapas. - Sejam comunicados de forma íntegra, oportuna e confiável. - Tenham critérios claros para retificação, quando necessária. - Sustentem decisões clínicas seguras ao longo da jornada do paciente. O avaliador deve verificar se o fluxo da informação é tratado como processo assistencial crítico, com controles proporcionais ao risco e impacto clínico do resultado.	Erros na transcrição ou digitação de resultados. Liberação de resultados sem validação técnica. Falta de rastreabilidade de quem analisou ou liberou. Retificação sem registro ou comunicação adequada. Comunicação tardia de resultados relevantes ou críticos. Acesso inadequado ou perda de informações. Desalinhamento entre resultado e conduta clínica. Dependência excessiva de processos manuais sem controle. Falhas na segurança da informação.	Segurança do Paciente. Gestão da Informação em Saúde. Gestão de Riscos. Governança Clínica. Comunicação Efetiva. Segurança em todas as etapas dos resultados/laudos. Continuidade do Cuidado. Prática Baseada em Evidências. Cultura de Segurança.	Como a organização garante a integridade das informações diagnósticas? Existem critérios claros de validação e liberação de resultados? Como são tratadas retificações? Há monitoramento de erros ou falhas de informação? Como a liderança acompanha riscos relacionados à informação clínica? Existe política de segurança da informação aplicada aos resultados?	Você conhece o fluxo completo de análise e liberação de resultados? Existe validação antes da liberação? Como agir diante de erro identificado após liberação? Você sabe como registrar e comunicar uma retificação? Recebe orientação sobre comunicação de resultados relevantes? Sente clareza e segurança no processo?	O paciente percebe cuidado seguro quando: Recebe resultados corretos e confiáveis. Não há informações contraditórias. Resultados são disponibilizados no tempo adequado. Há clareza na comunicação. Percebe organização e profissionalismo no processo. A integridade da informação impacta diretamente a confiança e a segurança percebida.	Você recebeu seus resultados de forma clara? Houve correção posterior? Como foi comunicada? O prazo foi compatível com o que foi informado? Você sentiu segurança nas informações recebidas? Houve alguma confusão ou divergência?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Procedimento formal para análise, validação e liberação de resultados. Critérios para retificação e comunicação de correções. Registros de rastreabilidade (quem analisou, validou e liberou). Indicadores de erro ou retrabalho. Política de segurança da informação. Registros de treinamento das equipes. Protocolos de comunicação de resultados relevantes/críticos. Evidências de auditoria interna do processo. Registros de incidentes relacionados à informação. Entrevistas: Alta Direção: Como garantem a integridade da informação clínica? Liderança técnica: Como validam e controlam resultados? Profissionais responsáveis pela análise: Como asseguram a confiabilidade? Equipe assistencial: Os resultados chegam de forma clara e oportuna? Observação Prática: Solicitar rastreabilidade completa de um exame/procedimento. Verificar validação antes da liberação. Analisar um caso de retificação recente. Observar comunicação de resultados. Avaliar controles de acesso às informações. Verificar coerência entre procedimento descrito e prática real.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
3.9.18	Dispor de critérios e controles formais para garantir a entrega segura, rastreável e confidencial dos resultados de exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assegurando que sejam disponibilizados apenas ao paciente, responsável legal ou equipe assistencial autorizada.	Avaliar se a organização possui controles formais que assegurem que a entrega de resultados ocorra com: • Confidencialidade. • Identificação segura do destinatário. • Rastreamento da entrega. • Proteção contra acesso indevido. • Conformidade com normas legais e regulatórias sobre privacidade e proteção de dados. O avaliador deve verificar se os mecanismos de entrega (presencial, eletrônico, impresso ou outro) possuem critérios claros de validação de identidade e autorização. O foco avaliativo está na proteção da informação clínica sensível, prevenindo vazamentos, erros de entrega ou exposição indevida de dados.	Entrega de resultados a pessoa não autorizada. Falha na verificação de identidade. Compartilhamento indevido de informações sensíveis. Ausência de rastreabilidade da entrega. Acesso indevido a sistemas ou documentos. Uso de meios inseguros para envio de resultados. Desconhecimento das equipes sobre confidencialidade. Exposição de dados pessoais e clínicos. Risco legal e ético para a organização.	Segurança da Informação em Saúde. Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Ética e Confidencialidade. Governança Clínica. LGPD e conformidade legal. Comunicação Efetiva. Cultura de Segurança.	Quais critérios definem quem pode receber resultados? Como a organização garante a confidencialidade na entrega? Existe política formal de proteção de dados? Há rastreabilidade da entrega dos resultados? Como são tratadas falhas ou incidentes de privacidade? A liderança acompanha indicadores ou ocorrências relacionadas à confidencialidade?	Como você confirma a identidade antes de entregar um resultado? Sabe a quem é permitido fornecer informações? O que fazer em caso de dúvida ou solicitação inadequada? Como registrar a entrega do resultado? Recebeu treinamento sobre confidencialidade? Você se sente seguro para negar entrega quando necessário?	O paciente percebe cuidado seguro quando: Suas informações são protegidas. Há controle claro sobre quem acessa seus dados. Recebe resultados de forma discreta e segura. Não há exposição indevida de informações. Confia na postura ética da organização. A confidencialidade reforça vínculo e confiança no cuidado.	Seus resultados foram entregues de forma segura? Foi solicitado documento ou confirmação de identidade? Você se sentiu seguro quanto à confidencialidade? Alguém teve acesso indevido às suas informações? O processo de entrega foi claro e organizado?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Política de confidencialidade e proteção de dados. Procedimento formal de entrega de resultados. Critérios de autorização de acesso. Registros de rastreabilidade da entrega. Termos de consentimento, quando aplicável. Registros de treinamento sobre confidencialidade. Notificações de incidentes de privacidade. Planos de ação para não conformidades. Integração com sistema de gestão da qualidade. Entrevistas: • Alta Direção: Como garantem a proteção de dados clínicos? • Liderança técnica/administrativa: Como controlam o acesso e a entrega? • Profissionais da linha de frente: Como aplicam os critérios? • Profissional: Encarregado de dados ou responsável (quando aplicável). Observação Prática: Observar processo real de entrega de resultados. Verificar conferência de identidade. Avaliar controles de acesso a sistemas ou documentos. Solicitar rastreabilidade de uma entrega recente. Observar postura da equipe diante de solicitação indevida. Avaliar coerência entre procedimento e prática.								
3.9.19	Assegurar que todas as informações relacionadas ao atendimento do paciente sejam registradas de forma legível, íntegra, rastreável e confidencial no prontuário, físico ou eletrônico, em conformidade com as normas institucionais, legais e éticas.	Avaliar se a organização garante que os registros assistenciais sejam tratados como elemento central da qualidade, da segurança do paciente e da continuidade do cuidado. O avaliador deve verificar se os registros: • São realizados de forma legível e compreensível. • Contêm informações completas, coerentes e fidedignas. • Permitem rastreabilidade de autoria, data e hora. • Estão protegidos quanto à confidencialidade e ao acesso indevido. • Sustentam decisões clínicas seguras. • Atendem às exigências legais, éticas e institucionais. • São padronizados conforme o tipo de atendimento.	Registros incompletos ou ilegíveis. Informações inconsistentes ou contraditórias. Ausência de identificação do profissional. Falta de data e horário. Acesso indevido ao prontuário. Registros realizados fora do tempo adequado. Uso de abreviações não padronizadas. Fragilidade na guarda e preservação da informação. Risco legal, ético e assistencial.	Segurança do Paciente. Gestão da Informação em Saúde. Gestão de Riscos. Governança Clínica. Ética e Confidencialidade. Continuidade do Cuidado. LGPD e conformidade legal. Cultura de Segurança.	Como a organização garante a qualidade e a integridade dos registros? Existem padrões institucionais definidos? Há monitoramento da qualidade do prontuário? Como são tratadas falhas de registro? Existe controle de acesso ao prontuário? A liderança acompanha riscos relacionados à informação clínica?	Você conhece os padrões de registro da organização? Há orientação sobre o que e quando registrar? Como é garantida a confidencialidade? Você recebe feedback sobre a qualidade dos registros? Sabe como corrigir um erro de registro? Percebe clareza na responsabilidade pelo registro?	O paciente percebe cuidado seguro quando: As informações são consistentes entre profissionais. Não há necessidade de repetir informações. O atendimento demonstra conhecimento prévio do seu histórico. Há confiança na confidencialidade dos dados. O cuidado ocorre de forma coordenada. Registros adequados sustentam continuidade e a confiança no cuidado.	Os profissionais demonstraram conhecer seu histórico? Você precisou repetir informações várias vezes? Sentiu segurança quanto à confidencialidade? Percebeu organização no atendimento? Houve alguma confusão por falta de informação?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		O foco avaliativo está na integridade da informação clínica e na segurança da tomada de decisão assistencial.						
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Normas institucionais de registro em prontuário, Padrões de preenchimento (físico ou eletrônico). Política de confidencialidade e acesso. Auditorias internas de prontuário. Indicadores de qualidade do registro. Registros de não conformidades e ações corretivas. Evidências de capacitação das equipes. Protocolos de correção e retificação de registros. Integração com sistema de gestão da qualidade. Entrevistas: • Alta Direção: Como garantem a integridade da informação? • Liderança assistencial: Como monitoram a qualidade dos registros? • Profissionais assistenciais: Como aplicam padrões no dia a dia? • Profissional: TI / Gestão da Informação (quando aplicável). Observação Prática: Analisar prontuários (amostra). Verificar legibilidade, completude e rastreabilidade. Avaliar controle de acesso. Verificar padrão de registro entre profissionais. Analisar correções realizadas. Observar uso da informação no cuidado. Avaliar coerência entre prática e norma institucional.								
3.9.20	Assegurar que as transferências intra e extra-hospitalares de pacientes ocorram de forma planejada, segura e acompanhada, garantindo a continuidade e a integridade do cuidado, conforme protocolos institucionais e o estado clínico do paciente.	Avaliar se a organização possui processos estruturados para a gestão das transferências de pacientes, considerando-as como momentos críticos de risco na jornada assistencial. O avaliador deve verificar se: • Existem protocolos institucionais para transferências intra e extra-hospitalares. • As transferências são planejadas conforme o estado clínico do paciente. • Há definição clara de responsabilidades antes, durante e após a transferência. • As informações clínicas relevantes acompanham o paciente. • O processo assegura continuidade e integridade do cuidado. • Riscos associados às transferências são identificados, monitorados e mitigados. • O processo está integrado ao Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. O foco avaliativo está na prevenção de eventos adversos, na coordenação do cuidado e na segurança durante as transições assistenciais.	Transferências sem planejamento prévio. Comunicação inadequada entre equipes. Perda ou omissão de informações clínicas relevantes. Falta de acompanhamento adequado durante a transferência. Incompatibilidade entre recursos necessários e disponíveis. Atrasos que impactam a condição clínica. Descontinuidade do cuidado após a transferência. Ausência de critérios para decisão de transferir. Fragilidade na rastreabilidade do processo	Continuidade do Cuidado. Segurança do Paciente. Gestão de Riscos. Comunicação Efetiva. Jornada do Paciente. Governança Clínica. Protocolos Assistenciais. Cultura de Segurança.	Existem protocolos formais para transferências? Como é avaliado o risco antes da transferência? Quem é responsável pelo planejamento e acompanhamento? Há monitoramento de eventos relacionados a transferências? Como a liderança atua diante de falhas no processo? O processo é revisado conforme aprendizados e eventos?	Você conhece os critérios para transferência de pacientes? Como ocorre a comunicação entre equipes? Quais informações devem acompanhar o paciente? Há definição clara de responsabilidades? Você se sente apoiado durante o processo de transferência? Já vivenciou situação de risco nesse contexto?	O paciente percebe cuidado seguro quando: A transferência ocorre de forma organizada. Recebe explicações claras sobre o motivo e o processo. Sente-se acompanhado e protegido. Não há interrupção perceptível do cuidado. Percebe integração entre equipes e serviços. A transferência segura reduz ansiedade e reforça confiança no cuidado.	Você foi informado sobre a transferência? Sentiu-se seguro durante o processo? Houve acompanhamento adequado? As informações foram transmitidas corretamente? Percebeu continuidade no cuidado após a transferência?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Protocolos institucionais de transferência intra e extra-hospitalar. Registro dos critérios clínicos para decisão de transferência. Fluxos assistenciais definidos. Formulários ou registros de transferência. Indicadores de eventos ou falhas relacionadas. Registros de treinamento das equipes. Análises de eventos adversos ou quase erros. Planos de ação e melhorias implementadas. Integração com gestão de riscos e segurança do paciente. Entrevistas • Alta Direção: Como garantem a segurança nas transferências? • Liderança assistencial: Como planejam e acompanham o processo? • Profissionais envolvidos: Como ocorre a comunicação e o acompanhamento? • Equipe de apoio/logística (quando aplicável). Observação Prática: Analisar caso recente de transferência. Verificar planejamento prévio e registros. Avaliar comunicação entre equipes. Observar acompanhamento do paciente. Verificar informações que acompanham o paciente. Avaliar coerência entre protocolo e prática real.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
3.9.21	Dispor de planos de contingência estruturados, atualizados e testados, que garantam a continuidade e a segurança das atividades diagnósticas e terapêuticas em situações de falhas operacionais, tecnológicas, estruturais ou emergenciais.	Avaliar se a organização possui capacidade de resposta planejada e organizada frente a eventos que possam comprometer a continuidade dos serviços diagnósticos e terapêuticos, tratando a contingência como componente estratégico da segurança do paciente. O avaliador deve verificar se: - Existem planos de contingência formalmente definidos. - Os planos contemplam diferentes cenários de falha (operacionais, tecnológicas, estruturais e emergenciais). - As responsabilidades estão claramente definidas. - As equipes conhecem os planos e sabem como atuar. - Os planos são periodicamente revisados e testados. - As falhas e testes geram aprendizado e melhoria contínua. - Há integração com o Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. O foco avaliativo está na capacidade de manter o cuidado seguro mesmo em cenários adversos.	Ausência de planos de contingência. Planos desatualizados ou genéricos. Desconhecimento das equipes sobre como agir. Dependência excessiva de tecnologia sem alternativa. Falhas de comunicação durante crises. Interrupção abrupta de serviços críticos. Improvisação assistencial em situações emergenciais. Falta de testes ou simulações. Perda de continuidade do cuidado.	Continuidade do Cuidado. Gestão de Riscos. Segurança do Paciente. Gestão de Crises. Governança Clínica. Planejamento Estratégico. Infraestrutura e Tecnologia. Cultura de Segurança.	Quais cenários de contingência foram mapeados? Os planos estão atualizados e validados? Como a liderança garante o preparo das equipes? Existem testes ou simulações periódicas? Como são avaliados os impactos no cuidado? Há revisão dos planos após eventos reais? O plano de contingência está integrado à gestão de riscos?	Você conhece os planos de contingência do seu setor? Sabe como agir diante de falha crítica? Já participou de simulação ou treinamento? Há clareza sobre responsabilidades? Você se sente preparado para situações emergenciais? Já vivenciou imprevistos por falta de planejamento?	O paciente percebe cuidado seguro quando: O atendimento não é interrompido abruptamente. Há organização mesmo em situações adversas. Os profissionais demonstram preparo e coordenação. Recebe informações claras durante intercorrências. Percebe compromisso da organização com sua segurança. A capacidade de resposta fortalece a confiança e reduz a ansiedade.	Houve alguma intercorrência durante seu atendimento? O serviço manteve organização mesmo diante de problemas? Você recebeu explicações claras? Sentiu-se seguro durante a situação? Percebeu preparo da equipe?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Planos de contingência formalizados. Mapeamento de riscos críticos. Procedimentos para falhas operacionais e tecnológicas. Planos para indisponibilidade de equipamentos, sistemas ou estrutura. Registros de testes, simulações ou exercícios. Relatórios de eventos reais e respostas adotadas. Planos de ação e revisões dos planos. Registros de capacitação das equipes. Integração com gestão de riscos e continuidade assistencial. Entrevistas: Alta Direção: Como garantem a continuidade do cuidado em crises? Lideranças técnicas: Como os planos são operacionalizados? Equipe assistencial: Como atuam diante de falhas? - TI / Engenharia / Infraestrutura (quando aplicável). Observação Prática: Solicitar descrição de um cenário de contingência recente. Avaliar a clareza dos fluxos alternativos. Verificar o conhecimento das equipes. Analisar evidências de testes ou simulações. Avaliar a coerência entre o plano descrito e a prática possível. Observar a integração entre áreas.								
3.9.22	Considerar as características individuais, clínicas e sociais dos pacientes em todas as etapas do atendimento, assegurando condições adequadas, seguras e personalizadas para cada perfil de usuário.	Avaliar se a organização incorpora, de forma sistemática, as características individuais dos pacientes no planejamento, execução e acompanhamento dos processos diagnósticos e terapêuticos, reconhecendo que a segurança e a qualidade do cuidado dependem da adequação às necessidades específicas de cada usuário.	Padronização excessiva sem adaptação ao paciente. Desconsideração de vulnerabilidades clínicas ou sociais. Barreiras de comunicação não identificadas. Risco aumentado de eventos adversos. Desconforto ou insegurança durante procedimentos. Falhas na adesão ao cuidado. Exclusão de pacientes com necessidades específicas.	Cuidado Centrado na Pessoa Segurança do Paciente Humanização da Assistência Gestão de Riscos Ética e Direitos do Paciente Equidade em Saúde Comunicação Efetiva Jornada do Paciente	Como a organização identifica perfis e vulnerabilidades dos pacientes? Os processos permitem adaptação conforme necessidades individuais? Há protocolos ou fluxos para pacientes com necessidades específicas? Como a liderança acompanha riscos relacionados à personalização do cuidado? Existem indicadores ou análises de experiência do paciente?	Você considera características individuais ao realizar o atendimento? Recebe informações suficientes sobre o perfil do paciente? Sabe adaptar sua abordagem conforme necessidades específicas? Há suporte para lidar com pacientes vulneráveis? Você percebe flexibilidade nos processos? Já identificou risco por falta de adaptação do cuidado?	O paciente percebe cuidado de qualidade quando: Sente-se respeitado como indivíduo. Suas necessidades são consideradas. O atendimento é adequado à sua condição. Recebe explicações compatíveis com sua compreensão. Sente segurança, conforto e acolhimento. A personalização do cuidado fortalece vínculo, segurança e satisfação.	Você sentiu que suas necessidades foram consideradas? O atendimento foi adequado à sua condição? Recebeu explicações claras e compreensíveis? Sentiu-se respeitado e acolhido? Alguma necessidade específica deixou de ser atendida?

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
		O avaliador deve verificar se: • As características clínicas, funcionais e sociais são identificadas e registradas. • Essas informações influenciam decisões assistenciais e operacionais. • Os processos são adaptados conforme vulnerabilidades e necessidades específicas. • Há atenção a riscos relacionados a comunicação, mobilidade, cognição, barreiras sociais ou culturais. • A personalização do cuidado é incorporada aos fluxos assistenciais. • O cuidado respeita dignidade, autonomia e direitos do paciente. O foco avaliativo está no cuidado centrado na pessoa, na equidade e na redução de riscos associados à não individualização do atendimento.	Impacto negativo na experiência do paciente. Quebra de princípios éticos e de humanização.		Como a equidade é incorporada ao planejamento assistencial?			
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Documentos: Normas ou diretrizes de cuidado centrado no paciente. Diretrizes de atendimento que considerem as características individuais, clínicas e sociais dos pacientes. Registros de identificação de vulnerabilidades. Protocolos de adaptação do cuidado. Registros assistenciais evidenciando personalização. Indicadores de experiência do paciente. Registros de reclamações e manifestações. Planos de ação relacionados à equidade e humanização. Evidências de capacitação das equipes. Integração com gestão de riscos e segurança do paciente. Entrevistas: • Alta Direção: Como a personalização do cuidado é garantida? • Liderança assistencial: Como adaptam processos aos diferentes perfis? • Profissionais da assistência: Como aplicam cuidado individualizado? • Pacientes/familiares (quando possível). Observação Prática: Observar interação equipe-paciente. Avaliar adequação do ambiente e do processo. Identificar adaptações realizadas. Observar comunicação e acolhimento. Avaliar coerência entre registros e prática. Verificar atenção a pacientes vulneráveis.								

8.7. Método de Avaliação – Requisitos Transversais Seção 4

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
4.11.1	Dispor de profissionais com competências e capacitação compatíveis com o perfil institucional e os processos de apoio.	Observar se a competência no apoio é tratada como especialização técnica crítica. O avaliador deve buscar o nexo entre o "Perfil Institucional" (ex.: se o hospital é oncológico ou materno-infantil) e o saber das equipes de apoio. Deve-se validar se o farmacêutico conhece a estabilidade de quimioterápicos, se o técnico de manutenção entende o impacto de um vácuo clínico em cirurgias pediátricas e se o RH utiliza avaliações de desempenho baseadas em competências técnicas específicas e não apenas comportamentais.	Profissionais "genéricos" em áreas de alta complexidade; alta rotatividade em setores chave (ex.: CME/Farmácia) gerando perda de conhecimento; treinamentos de apoio focados apenas em normas administrativas e não em segurança assistencial; ausência de planos de sucessão para especialistas técnicos de infraestrutura crítica.	Gestão de Pessoas (recrutamento por perfil). Tecnologia da Informação (competência em dados). Segurança do Paciente (o apoio como barreira técnica).	Como você garante que o nível de especialização técnica da equipe de apoio é suficiente para as tecnologias atuais da organização? Como a organização define as competências técnicas necessárias para o apoio em função da complexidade assistencial atual? Em caso de novas tecnologias (ex.: um novo robô cirúrgico ou sistema de TI), como é planejado o gap de conhecimento da equipe de manutenção e suporte? Como a diretoria valida que as pessoas no apoio estão "no lugar certo com a competência certa"?	Como a organização validou sua habilidade técnica antes de você assumir a manipulação deste recurso crítico? Quais competências específicas da sua área são vitais para que o paciente não sofra um dano? Como a instituição te ajudou a desenvolvê-las? Você sabe dizer o impacto da sua atividade na jornada do paciente? Você sente que seu líder entende as dificuldades técnicas do seu trabalho ou o foco é apenas o cumprimento de tarefas? Se você identificar que não possui conhecimento para operar uma nova ferramenta de apoio, qual o fluxo para suspender a atividade e buscar capacitação?	O paciente percebe profissionais de apoio que não são "invisíveis", mas "especialistas". Ele nota que o nutricionista entende sua restrição, que a TI resolve falhas de prontuário com rapidez e que o técnico de manutenção transmite segurança ao mexer no painel de gases ao lado da sua cama.	Os profissionais que trazem sua comida ou mexem nos aparelhos/equipamentos demonstram saber exatamente o que estão fazendo? Quando você teve uma necessidade específica (ex.: uma dieta diferente ou dúvida sobre um aparelho/equipamento, infraestrutura), sentiu que o profissional de apoio estava preparado para te atender?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria Documental: Selecionar aleatoriamente 3 a 5 prontuários de funcionários de áreas críticas de apoio (TI, Engenharia Clínica, Farmácia ou CME) e verificar se as descrições de cargo exigem competências alinhadas à complexidade da instituição, validando se as certificações técnicas, NRs e cursos de fabricantes estão vigentes e registrados. Inspeção de Posto: Observar o colaborador executando uma tarefa de alta responsabilidade técnica no seu ambiente de trabalho (ex.: configuração de uma rede crítica, manutenção de uma bomba de infusão ou preparação de uma dieta enteral) para validar a fluidez, o domínio das ferramentas e o seguimento rigoroso dos manuais e protocolos de segurança. Tracer de Competência: Abordar um profissional de apoio durante a sua atividade nas áreas assistenciais (ex.: técnico de infraestrutura em reparo de régua de gases ou higiene em limpeza terminal) e questionar sobre os pontos críticos daquela tarefa que, se falharem por falta de conhecimento técnico, podem causar um dano imediato ao paciente ou interromper a continuidade do cuidado. Triangulação: Cruzar as informações colhidas no recrutamento e seleção (RH) sobre os critérios de contratação técnica com os indicadores reais de erros operacionais, retrabalho ou notificações de queixas técnicas identificados na unidade para avaliar se as lacunas de competência estão impactando a segurança.								
4.11.2	Dimensionar recursos humanos, tecnológicos e insumos para garantir a execução contínua e segura dos processos de apoio.	Verificar se o dimensionamento do apoio é baseado na previsibilidade da demanda assistencial. O avaliador deve validar se a liderança utiliza dados (giro de leito, complexidade cirúrgica, sazonalidade) para ajustar o estoque de segurança e as escalas de trabalho. O foco é a não interrupção: o apoio deve ser invisível e eficiente. Deve-se buscar evidências de que o dimensionamento tecnológico, por exemplo (banda de internet, capacidade de processamento, redundância de servidores) é suficiente para sustentar o volume de dados da assistência sem lentidão ou quedas que gerem riscos.	Ruptura de estoque de medicamentos críticos; atraso no giro de leito por falta de equipe de higienização; sobrecarga física/mental no apoio gerando erros operacionais; lentidão sistêmica em horários de pico (TI); falta de enxoval ou materiais estéreis em momentos de alta demanda.	Sustentabilidade Financeira (gestão de estoques e horas extras). Segurança do Paciente (continuidade terapêutica). Gestão de Riscos (planos de contingência para escassez).	Qual é o gatilho utilizado para reforçar recursos de apoio em momentos de pico de demanda assistencial? Qual ferramenta ou indicador você utiliza para decidir que precisa de mais pessoas ou mais insumos no apoio hoje? Como a organização planeja o dimensionamento para feriados ou períodos de surto epidemiológico? Qual o critério para definição do estoque de segurança de itens que, se faltarem, interrompem a jornada do paciente?	Você já sentiu que a falta de pessoal ou de material no seu setor colocou em risco a pontualidade do atendimento ao paciente? Você já precisou "correr" ou improvisar um processo de apoio porque o setor estava subdimensionado para a demanda do dia? Como você sinaliza para a chefia que a tecnologia ou as ferramentas atuais não estão mais dando conta do volume de trabalho? Você sente que a quantidade de material/insumo disponível é adequada para garantir a sua segurança e a do paciente?	O paciente percebe um hospital que "flui". Ele não ouve a frase "está faltando", "o sistema caiu" ou "não tem ninguém para limpar agora". A sensação é de que a estrutura é robusta o suficiente para suportar a sua necessidade individual.	Quando você precisou de um item ou medicamento, ele estava disponível rapidamente ou houve muita demora? Algum procedimento ou medicação sua atrasou porque o material não tinha chegado ou o sistema estava fora do ar? Você sentiu que havia profissionais de apoio suficientes para manter o ambiente limpo e as refeições no horário? Em algum momento lhe disseram que não poderiam fazer algo por falta de um recurso básico?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria de Performance e Dados: Analisar relatórios de ruptura de estoque, logs de performance de rede/TI e indicadores de tempo médio de atendimento logístico (SLA) para identificar se os recursos tecnológicos e os níveis de insumos suportam os picos de demanda assistencial sem comprometer a agilidade e a segurança. Inspeção de Estoque e Infraestrutura: Verificar fisicamente os estoques de segurança nas farmácias satélites e almoxarifados, além de validar se a infraestrutura tecnológica (capacidade de processamento e largura de banda) nos pontos de cuidado é adequada para o volume de registros e consultas simultâneas no prontuário. Validação de Escala e Carga de Trabalho: Confrontar a escala de trabalho real das equipes de apoio (higienização, farmácia, nutrição e logística) com os mapas de ocupação e volume cirúrgico do período, observando se o quantitativo de profissionais permite a execução segura e tempestiva das tarefas conforme os protocolos institucionais. Triangulação de Gargalos: Cruzar o discurso da gestão sobre planejamento de recursos com a percepção de sobrecarga relatada pelos colaboradores da retaguarda e as notificações de atrasos, incidentes logísticos ou "quase erros" registrados pela equipe assistencial na ponta da jornada.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
4.11.3	Planejar as atividades dos processos de apoio com base na infraestrutura disponível e considerando o impacto na jornada do paciente.	Buscar verificar se o planejamento logístico e de apoio considera a segurança e a dignidade do paciente. O avaliador deve validar se os fluxos (transporte de resíduos, roupas sujas, cadáveres, alimentos e materiais estéreis) são segregados e se utilizam a infraestrutura de forma a evitar cruzamentos críticos e ruídos excessivos. O foco é o impacto na jornada: um processo de apoio mal planejado (ex.: limpeza de corredor em horário de pico ou falta de área de estoque próxima ao leito) gera riscos de queda, infecção e quebra de privacidade. Deve-se buscar evidências de que a liderança adaptou os processos à realidade física para garantir fluidez.	Fluxos cruzados de material limpo e sujo por falha de planejamento; falta de áreas de apoio (copas, farmácias satélites) gerando deslocamentos excessivos da equipe; transporte de resíduos em horários de distribuição de dietas; infraestrutura de TI insuficiente para o volume de dados assistenciais; áreas de armazenamento de inflamáveis ou químicos mal localizadas.	Infraestrutura (layout e fluxos). Segurança do Paciente (prevenção de quedas e contaminação). Experiência do Paciente (silêncio, privacidade e ambiência).	Como o desenho dos fluxos logísticos (apoio) foi planejado para minimizar a interferência e o risco na jornada do paciente? Em caso de limitação física (espaço reduzido), quais barreiras operacionais foram criadas para garantir que a segurança não seja comprometida? Como a infraestrutura de apoio (ex.: rede de gases, subestação, CPD) é monitorada para não gerar interrupções na assistência?	Como o layout atual dos serviços de apoio impacta a eficiência e a segurança da jornada do paciente? O desenho físico do seu setor facilita ou dificulta a entrega do seu serviço para a assistência? Como você evita o cruzamento de materiais limpos e sujos durante o seu turno, considerando a estrutura que você tem hoje? Você já presenciou algum risco ao paciente causado por um fluxo de apoio mal planejado (ex.: carrinho bloqueando passagem, barulho excessivo)?	O paciente percebe um local silencioso, organizado e "limpo visualmente". Ele não é incomodado por atividades de suporte (manutenção/limpeza) em horários inapropriados e sente que o ambiente foi planejado para o seu descanso e cura.	Você se sentiu incomodado pelo barulho ou pelo trânsito de carrinhos e materiais nos corredores durante sua estadia? Você sentiu que o movimento de carrinhos, limpeza ou concertos nos corredores atrapalhou o seu descanso ou privacidade? A instituição pareceu organizada para você, com fluxos claros e sem materiais "espalhados" pelos corredores? Você se sentiu seguro ao circular pelas dependências da instituição, sem encontrar áreas úmidas ou obstruídas pelo serviço de apoio?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Tracer Logístico e de Fluxo: Acompanhar o percurso físico de um insumo crítico (ex.: dieta terapêutica ou instrumental estéril) desde a área de preparo até a entrega final, validando se o trajeto evita elevadores ou corredores com trânsito simultâneo de resíduos, roupas sujas ou pacientes em maca. Inspeção de Layout e Áreas Satélites: Avaliar se a infraestrutura de apoio (postos de farmácia, depósitos de limpeza e copas) está estrategicamente localizada para otimizar o tempo de resposta e se esses locais possuem ventilação, iluminação e espaço adequados para o volume operacional planejado. Auditoria de Cronogramas e Ruídos: Verificar se os horários programados para as atividades pesadas de suporte (coleta de lixo, lavagem de corredores, manutenções preventivas) respeitam os períodos de repouso dos pacientes e se existem barreiras físicas (ex.: tapumes de poeira) em obras de infraestrutura. Triangulação de Conformidade e Percepção: Cruzar as plantas de fluxos e os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) logísticos com a observação direta da operação em horários de pico, confrontando a execução real com o planejamento de segurança e privacidade do paciente.								
4.11.4	Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva da infraestrutura e equipamentos, assegurando suporte contínuo à assistência.	Examinar se a gestão de manutenção nos serviços de apoio é preditiva e resiliente. O avaliador deve validar se a organização compreende que uma falha na infraestrutura de apoio (ex.: queda do servidor de TI, contaminação do sistema de água da hemodiálise, quebra da autoclave na CME ou falha na exaustão da cozinha) tem impacto direto e imediato na segurança do paciente. O foco é a disponibilidade: o apoio deve garantir que os recursos estejam prontos para uso. Deve-se buscar evidências de que a Alta Administração monitora indicadores de obsolescência e investe na renovação do parque tecnológico de suporte.	Manutenção corretiva predominante sobre a preventiva; falta de testes de carga em geradores, por exemplo; ausência de redundância para equipamentos críticos de apoio; profissionais assistenciais utilizando aparelhos com calibração vencida por falta de substituto; falhas em sistemas de climatização em áreas de armazenamento de fármacos.	Gestão de Riscos (riscos tecnológicos). Segurança do Paciente (continuidade da jornada). Sustentabilidade Financeira (custo de ciclo de vida do ativo).	Como você monitora o impacto da manutenção dos equipamentos de apoio na segurança assistencial? Como a diretoria acompanha o impacto das falhas de infraestrutura de apoio nos indicadores de cancelamento de cirurgias e atendimentos ou atrasos na assistência? Qual o plano de investimento para a substituição de infraestruturas críticas que já atingiram o fim de sua vida útil? Como é feita a gestão de contratos de terceiros para garantir que o tempo de resposta (SLA) não comprometa a continuidade do cuidado?	O que você faz quando um equipamento do apoio falha? O tempo de conserto garante que o paciente não fique desassistido? O que acontece com o seu processo se a tecnologia ou infraestrutura que você opera falhar agora? Existe um backup imediato? Como você sinaliza que um equipamento/recurso de apoio está apresentando falhas repetitivas? Você sente que a manutenção resolve a causa ou apenas "conserta o defeito"? Você recebe treinamento para realizar a manutenção de primeiro nível (limpeza e cuidados básicos) nos equipamentos que utiliza?	O paciente percebe um ambiente funcional e confiável. Ele não vivencia quedas de energia, falta de água, aparelhos barulhentos ou ambientes com temperatura inadequada. Ele sente que a tecnologia ao seu redor é bem cuidada e está sempre disponível.	Durante sua estadia, algum aparelho ou recurso do quarto (luz, campainha, TV, cama) falhou? Se sim, quão rápido foi resolvido? Você sentiu segurança nos equipamentos usados no seu tratamento? Eles pareciam bem conservados? Houve algum momento em que o ambiente (temperatura, barulho de máquinas) atrapalhou seu descanso ou cuidado?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Rastreabilidade de Ativos (Tracer de Equipamento): Escolha um equipamento crítico de apoio (ex.: Autoclave na CME ou Servidor de Banco de Dados na TI). Peça para ver o prontuário do equipamento: histórico de preventivas, ordens de serviço corretivas recentes e certificado de calibração/validação. Verificação de Prontidão (Teste de Estresse): Vá até o gerador ou subestação. Peça o log de testes mensais com carga. Verifique se a equipe sabe o tempo de substituição ou alteração. Na TI, pergunte sobre o último teste de "Restore" de backup. Auditoria de Beira-Leito: Verifique itens simples, mas vitais: funcionamento das régua de gases, travas de macas e alarmes de temperatura de geladeiras de medicamentos/vacinas. Cruzamento de Dados (Triangulação): Verifique se o indicador de "Tempo Médio para Reparo" condiz com as queixas de atraso assistencial registradas pela enfermagem.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
4.11.5	Cumprir diretrizes de segurança aplicáveis nos processos de apoio.	Pesquisar se a organização identifica e cumpre as normas regulamentadoras e diretrizes técnicas específicas de cada serviço de apoio (ex.: NR-32 para saúde, LGPD para TI, RDC 50 para Infraestrutura). O avaliador deve validar se a segurança é parte do desenho do processo: como o apoio garante a custódia segura de substâncias perigosas, a integridade de dados sensíveis e a operação de máquinas de alto risco. O foco é a prevenção de danos colaterais: uma falha na segurança do apoio (ex.: vazamento de dado ou erro na identificação de uma dieta) compromete a jornada do paciente.	Exposição de dados de pacientes (vazamento/TI); acidentes com produtos químicos na higienização; armazenamento inadequado de inflamáveis (Manutenção); falha na segurança patrimonial permitindo acessos indevidos; erros de identificação em fórmulas lácteas ou dietas (Nutrição); falta de sinalização de segurança em áreas técnicas.	Segurança do Paciente (identificação e integridade). Ética e Integridade (privacidade e conformidade). Gestão de Riscos (riscos ocupacionais e ambientais).	Quais são as barreiras de segurança "invisíveis" que o apoio sustenta para evitar danos diretos ao paciente? Como a liderança garante que as atualizações nas normas de segurança (Vigilância Sanitária, LGPD) sejam rapidamente incorporadas aos processos de apoio? Quais são os mecanismos de auditoria interna para verificar se as diretrizes de segurança estão sendo cumpridas na ponta, e não apenas "no papel"? Como a organização equilibra a necessidade de acesso rápido à informação (TI) com as diretrizes de segurança e sigilo de dados?	Quais são as "regras de ouro" de segurança que você aplica para que o seu erro não chegue ao paciente? Quais são as principais regras de segurança que você deve seguir obrigatoriamente para realizar o seu trabalho sem colocar o paciente ou a si mesmo em risco? Se você perceber que uma diretriz de segurança está sendo descumprida por um colega ou terceiro, qual é a sua conduta? Você recebeu treinamento específico sobre como manusear os materiais ou dados perigosos da sua área?	O paciente sente-se em um ambiente rigoroso e ético. Ele percebe que seus dados são tratados com sigilo, que os profissionais usam proteções adequadas e que as instalações por onde circula transmitem ordem e cumprimento de normas.	Você percebeu se os funcionários usam proteções (luvas, aventais) corretamente e se cuidam da sua privacidade? Você sentiu que suas informações pessoais e médicas foram tratadas com privacidade por todos os funcionários (inclusive recepção e apoio)? Você notou se os funcionários que cuidam da limpeza ou manutenção usam equipamentos de proteção e sinalizam áreas de risco? Durante sua jornada, você percebeu algum cuidado especial da equipe para garantir que ninguém estranho tivesse acesso ao seu quarto ou seus dados?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria de Conformidade Local: Vá até a Farmácia e verifique a guarda de psicotrópicos (armários trancados, acesso restrito). Vá à TI e peça para ver a política de bloqueio de terminais e gestão de senhas. Verificação de Identificação (Tracer de Produto): Na Nutrição, escolha uma dieta especial. Verifique se a etiqueta de identificação cumpre os requisitos de segurança (nome, registro, validade, conteúdo). Repita o processo na Farmácia para medicamentos fracionados. Inspeção de Segurança Química: No setor de Higienização, verifique as fichas de segurança dos produtos químicos e se o armazenamento respeita a compatibilidade entre eles. Triangulação de Dados: Cruze as notificações de "Quebras de Segurança/Sigilo" com as ações corretivas implementadas pela liderança.								
4.11.6	Cumprir as diretrizes de Serviço de Controle de Infecção e/ou Biossegurança nos processos de apoio.	Avaliar se as práticas de biossegurança no apoio são tratadas como protocolos de segurança do paciente. O avaliador deve validar se o SCIH/ Biossegurança atua de forma integrada com o apoio: audita a limpeza de dutos de ar (Manutenção), valida a temperatura de desinfecção térmica (Rouparia), monitora a higiene das mãos na manipulação de dietas (Nutrição) e avalia o fluxo de materiais (CME). O foco é o nexo causal: como uma falha no apoio (ex.: filtro de ar condicionado sujo ou higienização precária de caixas de transporte) pode introduzir patógenos na jornada assistencial.	Higienização de leitos ineficaz (falha técnica ou produto inadequado); contaminação cruzada no transporte de alimentos ou roupas; falha na manutenção de barreiras físicas em reformas (poeira/Aspergillus); uso incorreto de EPIs pelas equipes de apoio; resistência do setor de apoio em seguir diretrizes do SCIH/Biossegurança por falta de entendimento clínico.	Segurança do Paciente (prevenção de IRAS). Gestão de Infraestrutura (climatização e água). SCIH/Biossegurança Central (alinhamento normativo).	Como o SCIH/Biossegurança audita e garante a conformidade dos processos de apoio que impactam a biossegurança? Como o SCIH/Biossegurança participa do desenho e da auditoria dos processos de apoio (ex.: validação da limpeza de reservatórios de água ou coifas)? Qual a estratégia da organização para garantir que empresas terceirizadas de apoio sigam rigorosamente as normas de biossegurança institucionais? Como a liderança monitora a taxa de acidentes biológicos ou exposições químicas nas equipes de suporte?	Como o SCIH/Biossegurança audita o seu trabalho aqui no apoio? Qual a importância da sua limpeza para evitar uma infecção no paciente? Por que a limpeza deste setor/equipamento de apoio é vital para evitar que o paciente pegue uma infecção? Se você encontrar um sinal de contaminação ou falha de isolamento em uma área de apoio, qual o fluxo de comunicação com o SCIH/ Biossegurança? Como você garante a higienização dos seus materiais de trabalho (carrinhos, caixas, ferramentas) entre um atendimento e outro?	O paciente percebe um ambiente de assepsia rigorosa. Ele nota que o pessoal que traz sua comida, limpa seu quarto ou conserta sua TV segue os mesmos rituais de higiene das mãos e uso de proteções que a equipe médica, transmitindo confiança de que o ambiente é biologicamente seguro.	Você viu os profissionais limpando o seu quarto e os equipamentos com rigor e frequência? Você notou se os funcionários que entram no seu quarto (limpeza, manutenção, nutrição) limpam as mãos antes de tocar nos móveis ou na sua bandeja? O ambiente (chão, teto, saídas de ar, móveis) pareceu sempre limpo e bem cuidado para você? Alguém te explicou que alguns cuidados de higiene no quarto são para evitar que germes do hospital complicate o seu tratamento?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria de Barreiras Físicas (Tracer Logístico): Vá até a Rouparia ou Nutrição e observe o fluxo "sujo vs. limpo". Existe cruzamento físico ou de pessoas? As barreiras de pressão de ar (se aplicável) estão funcionais? Validação Técnica de Processos: Na CME, peça o registro de monitoramento biológico/químico do último ciclo. Na Nutrição, verifique a coleta de amostras e o controle de temperatura das máquinas de lavar louça. Observação de Campo: Observe o profissional de higienização realizando a limpeza de um leito após alta. Ele usa a técnica de dois baldes? Respeita o tempo de contato do desinfetante? Troca o pano para não contaminar outras superfícies?								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
4.11.7	Identificar os riscos dos processos de apoio e sua interface com a jornada do paciente com foco na continuidade e segurança do cuidado.	Observar se a organização mapeia os riscos de interface: os pontos onde uma falha logística ou de suporte se transforma em um risco assistencial direto. O avaliador deve validar se os gestores de apoio (ex.: TI, Farmácia, Nutrição, Manutenção, Higiene) conseguem descrever como suas falhas impactam a segurança e a continuidade do cuidado. O foco é a prevenção de gargalos: o risco no apoio deve ser tratado com a mesma seriedade que o risco clínico, pois ele é o "gatilho" para eventos adversos (ex.: falta de água impossibilitando a higiene das mãos).	Falhas de TI impedindo o acesso ao histórico do paciente; falta de comunicação entre manutenção e enfermagem sobre paradas de gases; erro na logística de suprimentos gerando falta de itens críticos; riscos de segurança patrimonial (acesso indevido); riscos de segurança da informação (vazamento de dados).	Gestão da Qualidade e Riscos (metodologia de mapeamento). Segurança do Paciente (prevenção de interrupções). Comunicação (alinhamento apoio-assistência).	Se houver uma falha total no sistema de TI hoje, qual o risco imediato para o paciente e como isso é mitigado? Como a liderança de apoio identifica que um risco no seu setor pode comprometer a jornada do paciente? Quais são as ferramentas de integração (reuniões, sistemas, dashboards) que permitem que a assistência saiba dos riscos do apoio em tempo real? Como a organização prioriza o tratamento de riscos operacionais que têm alta criticidade para o cuidado clínico?	Qual o maior risco "invisível" do seu setor que poderia causar um desastre na assistência se não fosse controlado? Quais falhas no seu processo de trabalho hoje poderiam causar um atraso ou um erro no atendimento ao paciente? Quando você identifica um risco técnico (ex.: oscilação de temperatura em geladeira de remédios), como você comunica isso para que a assistência se proteja? Você sente que os riscos que você relata no apoio são levados a sério pela liderança assistencial?	O paciente percebe que a equipe antecipa problemas. Ele não sofre as consequências de falhas internas (atrasos, faltas, interrupções); para ele, a Instituição parece ter sempre um "Plano B" pronto para manter o seu cuidado seguro.	Você já presenciou alguma falha de sistema ou de luz? Como sentiu que a equipe reagiu para te manter seguro? Houve algum momento em que seu tratamento foi interrompido por um problema técnico da instituição (ex.: falta de material ou sistema fora do ar)? Você sentiu que a equipe estava preparada para lidar com imprevistos sem que isso te causasse insegurança? Alguém te explicou o motivo de qualquer atraso logístico e como isso seria resolvido para não te prejudicar?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria de Matriz de Riscos de Interface: Solicite a matriz de riscos da TI ou Manutenção. Verifique se existe a coluna "Impacto Assistencial" ou "Dano ao Paciente". Se o risco estiver descrito apenas como "prejuízo financeiro", a maturidade é baixa. Tracer de Incidente Logístico: Escolha uma notificação de atraso assistencial (ex.: atraso em cirurgia, exame, consulta ou atendimento). Siga o caminho inverso: o apoio identificou o risco que causou esse atraso anteriormente? Houve barreira de segurança? Verificação de Alertas Críticos: Vá à Farmácia ou Laboratório e observe como são comunicados os riscos imediatos (ex.: falta de um item do carrinho de emergência). Triangulação de Processos: Cruze os planos de manutenção de infraestrutura crítica (Geradores/Gases) com os planos de contingência da Assistência. Eles "conversam" entre si?								
4.11.8	Cumprir as diretrizes do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde), minimizando o impacto ambiental.	Validar se o PGRSS é uma prática viva e integrada em todos os serviços de apoio. O avaliador deve validar se a segregação ocorre no exato momento da geração do resíduo (beira-leito, bancada de manipulação, área de manutenção, atendimento). O foco é o gerenciamento de riscos e custos: como a organização evita que resíduos perigosos (químicos de TI/Manutenção ou biológicos de CME) sejam descartados incorretamente, e como promove a minimização da geração de lixo. Deve-se buscar evidências de que a Alta Administração monitora os indicadores de resíduos como parte da estratégia de responsabilidade socioambiental.	Descarte de resíduos químicos (pilhas, toners, reagentes) no lixo comum; acidentes com perfurocortantes por coletores superlotados; armazenamento temporário de resíduos em áreas de circulação de pacientes; falta de treinamento para equipes de apoio terceirizadas; ausência de rastreabilidade do destino final.	Biossegurança (prevenção de acidentes). Sustentabilidade Financeira (redução do volume de infectantes/incineração). Gestão de Infraestrutura (abrigos de resíduos conformes).	Como a organização garante que os resíduos gerados nos processos de apoio não gerem riscos externos? Como a organização utiliza os dados de volume de resíduos por setor para identificar falhas de processo ou oportunidades de redução de desperdício? Quais são os critérios de seleção e auditoria das empresas contratadas para o tratamento e disposição final dos resíduos? Como a liderança garante que as áreas técnicas de apoio (Manutenção/TI) cumpram o PGRSS com o mesmo rigor que a área assistencial?	Onde você descarta o material que sobra do seu processo e qual o risco se isso for descartado no lixo comum? O que você faz quando percebe que um resíduo perigoso foi descartado em local inadequado no seu setor? Quais são os riscos específicos do tipo de resíduo que você gera na sua atividade diária (ex.: químico, eletrônico, biológico)? Como você é treinado sobre as atualizações do PGRSS e como sinaliza dificuldades (ex.: falta de coletores)?	O paciente percebe uma instituição consciente e segura. Ele nota que a Instituição cuida do meio ambiente, que os coletores são bem identificados e que o lixo é transportado de forma discreta e segura, sem gerar odores ou riscos visuais em sua jornada.	Você percebeu coletores de lixo bem identificados e o descarte correto de agulhas e curativos? Você percebeu se o lixo gerado no seu atendimento foi descartado em coletores diferentes e apropriados? A Instituição parece se preocupar com a limpeza e o destino correto do lixo que produz? Durante o transporte de lixo pelos corredores, você sentiu algum desconforto ou percebeu falta de cuidado com a segurança?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria de Segregação na Fonte: Visite as áreas críticas de apoio: Farmácia (químicos), Manutenção (óleos/eletrônicos) e Nutrição (orgânicos). Verifique se a segregação respeita o PGRSS. Há lixo comum no infectante? O perfurocortante está acima de 2/3 da capacidade? Rastreabilidade Documental: Peça o Manifesto de Transporte de Resíduos e o Certificado de Destinação Final. Cruze as quantidades declaradas com os indicadores de faturamento de resíduos. Inspeção de Fluxo e Armazenamento: Acompanhe uma rota de coleta interna. O carrinho é fechado? O funcionário usa EPI? O abrigo temporário/externo é exclusivo, trancado, sinalizado e ventilado? Triangulação de Segurança: Verifique os registros de acidentes com perfurocortantes no SESMT e cruze com os treinamentos de PGRSS realizados no último semestre para a equipe envolvida.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
4.11.9	Estimular a equipe a registrar circunstâncias de risco, quase erros, eventos sem danos, eventos adversos, reações adversas, queixas técnicas (tecnovigilância e farmacovigilância) e não conformidades.	Investigar se a Cultura de Notificação permeia os serviços de apoio com a mesma maturidade da área assistencial. O avaliador deve validar se os profissionais de suporte identificam e registram falhas que "morrem" no apoio, mas que geram riscos (ex.: um software que trava e gera lentidão na prescrição, uma autoclave que não atinge o parâmetro, mas é interrompida a tempo, ou um lote de insumo com defeito). O foco é a transparência e aprendizado: como a organização utiliza as queixas técnicas (fármaco e tecnovigilância) do apoio para qualificar fornecedores e como garante que o colaborador do suporte receba feedback sobre as melhorias geradas pelo seu registro.	Subnotificação crônica no apoio (equipe acha que o erro logístico não é "importante"); medo de punição por danos patrimoniais; falta de canais de notificação acessíveis em áreas técnicas (ex.: oficinas, depósitos); queixas técnicas de materiais não enviadas à ANVISA; ausência de nexos entre falha de apoio e evento adverso clínico.	Segurança do Paciente (vigilâncias). Gestão de Suprimentos (qualificação de fornecedores). Liderança (Cultura Justa no apoio).	Como a equipe de logística é incentivada a reportar falhas que poderiam comprometer a segurança da medicação? Como a liderança de apoio incentiva a equipe a notificar falhas que não chegaram a causar dano ao paciente, mas que geraram retrabalho ou risco? Qual o fluxo de tratamento para uma queixa técnica detectada no almoxarifado ou farmácia? Como isso é comunicado ao fabricante e à agência reguladora? Como a organização demonstra para os colaboradores de apoio que as notificações deles resultaram em mudanças estruturais ou de processos?	Se você percebe que um material veio com defeito do fornecedor, você notifica? Como recebe retorno sobre isso? Se você percebe que um equipamento de apoio (ex.: termômetro, bomba de vácuo, computador) está falhando intermitentemente, você registra isso formalmente? Você se sente seguro para notificar um erro que você mesmo cometeu no processo de apoio (ex.: erro na separação de um estoque ou na limpeza de um filtro)? Como você recebe o retorno das notificações que faz? O sistema de registro é fácil de usar no seu local de trabalho?	O paciente percebe uma organização que aprende com os detalhes. Ele nota que, quando ocorre um problema logístico (ex.: atraso na dieta ou falha no ar), a equipe trata o caso com seriedade, registra e busca soluções definitivas para que não se repita com outros pacientes.	Alguém da Instituição já te pediu desculpas por algum erro técnico e explicou o que foi feito para corrigir? Se você notou algum problema técnico ou falha de material durante o seu atendimento, sentiu que a equipe deu importância e registrou a sua reclamação? Você percebeu se a Instituição corrigiu rapidamente algum defeito técnico que você apontou? Você sente que a Instituição é aberta para ouvir sobre falhas, mesmo as que parecem pequenas?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria de Dados de Vigilância (Fármaco/Tecno): Solicite o relatório de queixas técnicas enviadas ao NOTIVISA no último semestre. Verifique se há registros originados nos setores de apoio (Engenharia Clínica, Farmácia, Almoxarifado). Rastreabilidade de Feedback: Escolha uma notificação de "Não Conformidade" do apoio (ex.: entrega de dieta fria ou falha de sistema de TI). Peça para ver o plano de ação e a evidência de que o colaborador que notificou foi informado sobre a conclusão. Observação de Campo: Vá até um setor técnico isolado (ex.: Manutenção ou Lavanderia). Peça para um colaborador mostrar como ele faria uma notificação agora. Ele conhece o sistema? O acesso é fácil ou ele depende de um computador longe da sua área? Triangulação de Reuniões: Verifique atas de reuniões de comitês (Segurança, Farmácia e Terapêutica) para ver se riscos de apoio são discutidos com o mesmo peso que os riscos clínicos.								
4.11.10	Realizar a capacitação contínua dos profissionais envolvidos nos processos diagnósticos e terapêuticos, com foco na qualidade técnica, segurança do paciente e competências específicas.	Verificar se o programa de capacitação do apoio é especializado e baseado em riscos. O avaliador deve validar se os treinamentos não são apenas genéricos (ex.: "ética"), mas focados na precisão técnica (ex.: coleta de exames em neonatologia, calibração de bombas de infusão, manipulação de dietas enterais complexas). O foco é o impacto assistencial: como a educação permanente no apoio reduz erros pré-analíticos, falhas de medicação e interrupções tecnológicas. Deve-se buscar evidências de que a organização utiliza a análise de falhas operacionais para recapacitar a equipe e que a Alta Administração investe em atualizações frente a novas tecnologias diagnósticas.	Profissionais operando tecnologias avançadas (ex.: Ressonância ou Autoclaves de última geração) sem certificação do fabricante; alta taxa de recoleta de exames por falha técnica; erros de fracionamento na farmácia; treinamentos de apoio realizados apenas no "onboarding", sem reciclagem; lideranças de apoio que não estimulam o desenvolvimento técnico da equipe.	Gestão de Pessoas (plano de carreira técnica). Segurança do Paciente (competência como barreira). Tecnologia da Informação (literacia digital).	Qual foi o último treinamento técnico que mudou um processo de apoio para torná-lo mais seguro? Como a organização identifica a necessidade de novos treinamentos técnicos no apoio sempre que um perfil assistencial muda (ex.: abertura de transplantes)? Qual a estratégia para garantir que as equipes terceirizadas de apoio (ex.: manutenção ou radiologia externa) cumpram o mesmo nível de capacitação exigido dos próprios? Como a liderança avalia se o investimento em educação técnica no apoio está resultando em maior segurança na jornada (ex.: redução de queixas técnicas)?	Qual foi o último treinamento técnico que você fez e como ele te ajudou a evitar um erro grave no seu setor? Qual foi o treinamento técnico mais difícil ou importante que você recebeu recentemente e como ele mudou sua forma de trabalhar? Se você tiver dúvida sobre como realizar um processo diagnóstico ou terapêutico novo, qual o suporte de treinamento você recebe antes de executá-lo? Como você é avaliado quanto à sua habilidade técnica (mão na massa) e não apenas sobre o seu conhecimento teórico?	O paciente percebe uma equipe de especialistas. Ele nota que as coletas de sangue são rápidas e pouco traumáticas, que as dietas vêm conforme o plano, que os exames de imagem são feitos com segurança e que os equipamentos ao seu redor são operados com maestria, sem hesitação.	Os funcionários que operam as tecnologias (ex.: exames, bombas) demonstram ter treinamento atualizado? Você sentiu que os profissionais que fizeram seus exames ou trouxeram seus remédios e dietas demonstraram total domínio do que estavam fazendo? Alguém da equipe técnica te explicou as etapas do exame, atendimento ou do procedimento de forma que você se sentisse seguro com a habilidade deles? Você percebeu se os profissionais mais experientes orientam os que parecem novos para garantir que nada dê errado com você?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Auditoria de Competência Específica: Escolha um profissional de uma área crítica (ex.: Farmácia ou Laboratório). Peça para ver seu "Dossiê Técnico": ele tem treinamento em cálculo de doses, coleta em veias difíceis ou operação de sistema de vácuo? Verificação de Eficácia: Identifique um indicador de falha técnica (ex.: taxa de hemólise ou quebra de frascos na logística). Verifique se houve um treinamento focado nesse dado e se o indicador melhorou após a ação educativa. Observação de Campo (Auditoria de Postura): Vá ao local de preparo (CME ou Nutrição). Observe o colaborador realizando uma tarefa complexa. Ele segue o passo a passo técnico? Demonstra segurança nos movimentos? Utiliza os recursos tecnológicos conforme ensinado? Triangulação de Tecnologia: Cruze as notas fiscais de compra de novos equipamentos de apoio com os registros de treinamento de "Entrega Técnica" realizados para a equipe que os opera.								

N.	Requisitos	Raciocínio de Avaliação	Riscos e Pontos Críticos	Sinergias entre Diretrizes	Perguntas para Lideranças	Perguntas para Colaboradores	Abordagem pela Perspectiva do Paciente	Perguntas para Pacientes e Familiares
4.11.11	Estabelecer e implementar mecanismos integrados de gestão, comunicação e contingência que assegurem a continuidade, a disponibilidade e a qualidade das entregas de produtos e serviços essenciais ao longo da jornada do paciente, garantindo que nenhuma interrupção operacional comprometa a segurança e a continuidade do cuidado na jornada do paciente.	Avaliar a robustez dos Planos de Continuidade de Negócios e sua integração com a assistência. O avaliador deve validar se os mecanismos de contingência não são apenas "papéis", mas processos testados. O foco é a disponibilidade ininterrupta: como a organização garante oxigênio, dados, medicamentos e alimentação se os fluxos principais falharem? Deve-se buscar evidências de comunicação imediata e estruturada entre o apoio e a assistência em momentos de crise, garantindo que o plano de contingência seja acionado antes que o paciente seja afetado.	Dependência de fornecedor único para itens críticos; planos de contingência nunca testados ou desconhecidos pela ponta; falta de redundância real (ex.: backup de TI no mesmo servidor principal); falha de comunicação em crises (a assistência descobre que o sistema caiu apenas quando tenta prescrever); esgotamento de estoques de emergência por falta de giro.	Tecnologia da Informação (Redundância e Disaster Recovery). Logística e Suprimentos (Estoque de contingência). Segurança do Paciente (Prevenção de interrupções terapêuticas).	Qual o tempo máximo que a organização suporta operar sem os sistemas de TI antes de comprometer a vida? Quais são os "serviços de apoio críticos" cujas falhas poderiam interromper a jornada do paciente em menos de 1 hora? Quais são os planos de contingência específicos para eles? Como a organização testa a eficácia dos mecanismos de contingência (ex.: simulados de falta de energia, falta de água ou queda de sistema)? Como a diretoria garante o investimento em redundâncias tecnológicas e físicas frente a outras prioridades financeiras?	Se o fornecedor de oxigênio/medicamento falhar hoje, o que você faz para garantir que o paciente não sofra? Se o sistema eletrônico/tecnologia que você usa para agora, qual é o fluxo manual ou alternativo que você deve seguir imediatamente? Você já participou de algum teste de contingência no seu setor? Sente-se seguro para operar no "modo de emergência"? Como você é avisado pelo apoio (manutenção/TI) que uma interrupção vai acontecer ou já está acontecendo?	O paciente percebe uma Instituição imperturbável. Ele nota que, mesmo em situações externas adversas (chuvas, quedas de energia na cidade, greves de fornecedores), o seu tratamento continua com o mesmo rigor, pontualidade e segurança, sem transparecer crise interna.	Em momentos de falta de algum recurso na cidade, você sentiu que a Instituição estava preparada para te suprir? Houve algum momento em que seu atendimento parou ou atrasou por problemas técnicos? Se sim, como a equipe te manteve informado e seguro? Você sentiu que a Instituição estava preparada para continuar cuidando de você mesmo se algo desse errado na estrutura (luz, computadores)? A equipe pareceu saber o que fazer rapidamente diante de qualquer imprevisto logístico?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Aplicando a Triangulação: Auditoria de Simulados: Peça os relatórios dos últimos simulados de falha de infraestrutura crítica (ex.: queda de oxigênio ou servidor). Verifique o tempo de resposta e as lições aprendidas registradas. Rastreabilidade de Redundância: Vá fisicamente ao local da contingência (ex.: subestação para ver o gerador ou almoxarifado de emergência). Verifique se os recursos estão "prontos para uso" (baterias carregadas, tanques cheios, insumos dentro da validade). Tracer de Comunicação de Crise: Escolha um evento real de falha ocorrido recentemente. Peça para ver os registros de comunicação (e-mails, mensagens, logs de sistema) enviados para a assistência. O aviso foi preventivo ou reativo? Triangulação de Processo Manual: Na ponta assistencial, peça para ver o "Kit de Contingência" (ex.: formulários de prescrição manual, lanternas, fluxogramas impressos). Se o colaborador não souber onde está, o mecanismo não está implementado.								
4.11.12	Estabelecer e implementar processos padronizados e integrados de segurança para a utilização, manuseio, armazenamento, transporte e descarte de equipamentos e insumos, assegurando que todas as operações realizadas nos serviços de apoio e infraestrutura não representem riscos para pacientes, profissionais, visitantes ou ao meio ambiente.	Avaliar a integridade da cadeia logística. O avaliador deve validar se a padronização de segurança é aplicada em todas as etapas: o armazenamento evita a degradação do item? O transporte protege contra quedas e contaminações? O manuseio técnico segue normas de segurança ocupacional? O descarte encerra o ciclo sem riscos ambientais? O foco é a segurança sistêmica: como a organização garante que um insumo (ex.: cilindro de gás, quimioterápico ou peça de motor) transite pela jornada sem causar acidentes com pacientes, visitantes ou meio ambiente.	Armazenamento de químicos ou inflamáveis em locais sem contenção; transporte de materiais biológicos ou perfurocortantes em recipientes abertos; falta de sinalização de carga perigosa; uso de equipamentos de apoio sem dispositivos de segurança ativos; descarte de insumos vencidos de forma insegura (risco de desvio).	Segurança do Paciente (integridade do insumo). Biossegurança (manuseio de riscos). Infraestrutura (áreas de armazenamento). PGRSS (ciclo do descarte).	Como é garantida a integridade e a rastreabilidade do produto desde o recebimento até a entrega ao paciente? Como a liderança garante que os padrões de segurança logística sejam seguidos por todas as subseções de apoio de forma integrada? Quais mecanismos de auditoria são utilizados para verificar a segurança no transporte interno de itens críticos (ex.: gases, dietas, quimioterápicos)? Como a organização avalia o risco ambiental e social do ciclo de vida dos insumos que utiliza?	Como você garante que o medicamento (ou dieta) não sofra contaminação ou perda de qualidade durante o trajeto? Quais são os cuidados obrigatórios que você deve ter ao transportar um material perigoso pelos corredores onde circulam pacientes e visitantes? Se você identificar uma falha no armazenamento de um equipamento (ex.: local úmido ou sem trava), como você procede para evitar um acidente? Como você garante que o descarte de um insumo que você utilizou não gere riscos para a equipe de higienização ou para o meio ambiente?	O paciente percebe uma Instituição organizada e cuidadosa. Ele nota que o transporte de materiais é discreto, que os equipamentos usados em sua volta estão limpos e bem guardados, e que não há exposição a cheiros, resíduos ou riscos visíveis durante sua jornada.	O seu remédio ou sua comida chegam lacrados, na temperatura certa e com identificação clara para você? Você já viu algum material ou equipamento guardado de forma que parecesse perigoso no corredor ou no seu quarto? Quando os funcionários transportam materiais perto de você, sentiu que eles tomavam cuidado para não esbarrar ou causar acidentes? Você percebeu se a Instituição descarta os materiais usados no seu cuidado de forma rápida e segura, sem deixar nada exposto?
MÉTODO DE AVALIAÇÃO – Aplicando a Triangulação: Aplicando a Triangulação: Tracer de Insumo Crítico: Escolha um item de alto risco (ex.: cilindro de O ₂ portátil ou medicamento termolábil). Siga o caminho: Recebimento -> Armazenamento (verifique temperatura/fixação) -> Transporte (veja se há trava/climatização) -> Ponto de Uso -> Descarte (veja se é segregado conforme PGRSS). Inspeção de Áreas de Apoio Técnico: Vá ao Almoxarifado central e à Engenharia. Verifique se itens pesados estão estocados conforme ergonomia e se produtos químicos têm bacia de contenção. Auditoria de Dispositivos de Segurança: Verifique macas, carrinhos de transporte e autoclaves. As travas funcionam? Os alarmes de pressão/vácuo estão ativos? Os lacres de segurança estão íntegros? Triangulação de Riscos Ambientais: Peça o laudo de vistoria do Corpo de Bombeiros e as licenças ambientais. Cruze com a observação prática da guarda de inflamáveis e descarte de resíduos químicos da manutenção/TI.								