

**Manual
de Padrões
de Qualidade**

1ª versão - 2026

PACC-DII

Programa de Acreditação e Certificação de Qualidade dos Centros de Cuidados em DII

GEDIIB
ORGANIZAÇÃO BRASILEIRA DE DOENÇA DE CROHN E COLITE

Copyright: Acredite Assessoria e Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite.

Todos os direitos reservados.

Esta é uma publicação produzida por especialistas da área de Doenças Inflamatórias Intestinais, Gestão em Saúde e Gestão da Qualidade. Nenhuma parte dela pode ser reproduzida sem a devida permissão dos editores.



Sumário

O Manual e a Metodologia	04
Seção 01: Governança e Compliance	13
• Composição Estratégica	
• Ética e Compliance	
Seção 02: Gestão Organizacional	16
• Gestão Administrativa	
• Gestão de Pessoas	
• Suprimentos	
Seção 03: Gestão do Cuidado	20
• Práticas Clínicas (Médicas)	
• Práticas Assistenciais (Equipe Multidisciplinar)	
Seção 04: Gestão do Apoio	26
• Qualidade e Segurança	
• Equipamentos e Infraestrutura	
• Higienização e Biossegurança	
Seção 05: Experiência do Paciente	37
• Gestão do Acesso	
• Comunicação	
• Tecnologia e Informação	
Referências Bibliográficas	35



1. APRESENTAÇÃO

Diante dos desafios do mercado de saúde, da oferta de programas de certificações e creditações de qualidade e da variabilidade encontrada nos serviços, o que põe em risco o entendimento da atuação dos Centros de Cuidados em Doenças Inflamatórias Intestinais, o GEDIIB entende como estratégico estabelecer um padrão de qualidade recomendado para atuação deste segmento, como forma de alinhar práticas e valorizar cada vez mais a atuação dos profissionais especialistas que atuam nos serviços e que focam na segurança dos pacientes.

O **Programa de Acreditação e Certificação de Qualidade dos Centros de Cuidados em DII (PACC-DII)**, conta com um conjunto de padrões de qualidade e boas práticas a serem seguidas, que resulta em uma certificação de qualidade, alinhada a uma metodologia de acompanhamento pela Comissão dos Centros de Referência do GEDIIB, e se apresenta como uma ferramenta de fomento ao desenvolvimento e aproximação da Organização com os serviços para a promoção de práticas seguras e estudos de forma inclusiva, sustentável e agregadora.

A **Acreditação** é um sistema de avaliação e **certificação** da qualidade de serviços de saúde, pautado por três princípios fundamentais: é voluntário, periódico e reservado. Por meio da Acreditação, avalia-se uma série de requisitos (padrões) previamente aceitos, criados para aperfeiçoar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente. Ao atingir o nível de conformidade dos requisitos, o serviço recebe o selo de certificação de qualidade.

Diversos programas de certificações e creditações existem hoje no mundo, incluindo metodologias aplicadas por sociedades e organizações médicas, como o caso do PALC (Programa de Acreditação em Laboratórios Clínicos), PADi (Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem) e PACTA (Programa de Acreditação dos Centros de Terapia Assistida), além das mais conhecidas como ONA – Organização Nacional de Acreditação (Brasileira), Joint Commission International (Americana) e Qmentum International (Canadense).

2. METODOLOGIA

O Programa de Qualidade do GEDIIB segue o propósito de recomendar e acompanhar a implantação de padrões de qualidade e boas práticas, garantindo a excelência na atuação assistencial e segura, compreendendo as especificidades e diferenças existentes nos centros de referência, por qualquer situação que exista – como localização, cultura, região ou limitação.

O Manual de Padrões de Qualidade GEDIIB será o documento base para o desenvolvimento dos Centros de Cuidados em DII, de acordo com a metodologia abaixo e objetivos principais:

1. Proporcionar ao profissional especialista em DII o acesso a padrões e boas práticas reunidas em um único instrumento orientativo, desenvolvendo conhecimento e competências para suas ações e resultados.
2. Produzir um sistema de monitoramento objetivo e ágil, que sirva de formulação para coleta de dados de qualificação dos Centros de Referência em DII, baseado nos requisitos recomendados no manual.

3. Facilitar a avaliação e desenvolvimento dos Centros de Cuidados em DII.
4. Estimular a produção científica dos serviços que aderirem ao programa, como forma de ampliar e difundir as atividades da Organização (GEDIIB).
5. Instrumentalizar e facilitar o monitoramento dos Centros de Cuidados em DII pela Comissão de Centros de Referência.

Por meio do Programa, os serviços terão como principais benefícios:

- Melhoria na qualidade do atendimento prestado aos pacientes;
- Fortalecimento da gestão assistencial e de processos;
- Compromisso com um alto padrão de qualidade na assistência prestada;
- Vantagem competitiva e reconhecimento no mercado;
- Melhoria no recrutamento e qualificação dos profissionais envolvidos;

Para a estruturação e operacionalização do Programa, o GEDIIB formulou grupos técnicos de atuação e disponibiliza o Manual de Padrões de Qualidade de forma gratuita aos seus associados.

2.1. GRUPOS TÉCNICOS

Os grupos técnicos têm a finalidade de garantir a idoneidade do processo para que, de forma independente, desempenhem papéis distintos dentro do Programa. Os grupos de trabalho atuantes são:

- **GTC (Grupo Técnico Científico):** Responsável pela elaboração e revisão da metodologia e manual, bem como pelo planejamento, estruturação e realização dos cursos à distância disponibilizados neste processo de certificação de qualidade. Em sua composição está o Comitê de Centros de Referência em DII e a equipe da empresa terceirizada Acredite Qualidade.
- **GTA (Grupo Técnico de Avaliação):** Composto pela equipe da empresa terceirizada Acredite Qualidade, que será responsável por operacionalizar o Programa, realizar as visitas de diagnóstico, certificação, manutenção, emitir relatórios e dar suporte para os demais grupos. Ao final da avaliação, o GTA realiza consenso com sua recomendação técnica e submete ao GTH.
- **GTH (Grupo Técnico de Homologação):** Responsável pela aprovação e validação dos resultados das avaliações de certificação e manutenção do Programa. O grupo é composto pela comissão de Centros de Referência em DII do Gebiib, com anuência de pelo menos dois membros do Comitê.

2.2. O MANUAL

O manual de padrões de qualidade para os Centros de Cuidados em Doença Inflamatória Intestinal é o guia utilizado pelo GEDIIB para a estruturação e avaliação de conformidade das práticas dos serviços frente aos requisitos estabelecidos. É composto para orientar um padrão mínimo de qualidade e eficiência assistencial de forma inclusiva, sustentável e agregadora; o

manual, método e padrões consideram as diversas culturas, contexto e realidades socioeconômicas onde os centros estão instalados.

Considerando o princípio da melhoria contínua, **o manual será revisado em um intervalo de 3 anos**; garantindo que o contexto atual seja respeitado e que as evoluções técnico-científicas sejam consideradas em seus requisitos de qualidade.

Em sua metodologia, o Programa de Certificação dos Centros de Cuidados em DII permite que os participantes sejam classificados como INTEGRANTES ou CERTIFICADOS.

- INTEGRANTE: quando o serviço solicitar adesão ao programa, efetuando cadastro e demonstrando interesse em iniciar a próxima etapa em até 01 ano do cadastro.
- CERTIFICADO: quando o serviço passar pela etapa de certificação e atingir o nível mínimo exigido pela certificação.

O certificado de qualidade do programa terá validade de 03 anos. Os detalhes sobre critérios e níveis de certificação estão descritos no item 2.6.

O manual possui requisitos direcionados para o atendimento mínimo de um padrão de atendimento, atenção e qualidade dos Centros de Cuidados, mas também terá requisitos que elevam o nível de exigência. Estes requisitos são sinalizados, contribuindo para o direcionamento e priorização das ações dentro dos diferentes contextos e objetivos de cada instituição.

Ainda faz parte dos requisitos, que os serviços que preencherem aos requisitos de monitoramento sejam contemplados em reuniões, estudos, divulgações e trabalhos no período de validade de 03 anos (validade do manual).

Dentro de sua estrutura, o manual possui padrões que abrangem temas essenciais à gestão da qualidade em saúde. São eles:

1. GOVERNANÇA

- a. Composição Estratégica
- b. Ética e Compliance

2. GESTÃO ORGANIZACIONAL

- c. Gestão Administrativa
- d. Gestão de Pessoas
- e. Suprimentos

3. GESTÃO DO CUIDADO

- f. Práticas Clínicas (Médicas)
- g. Práticas Assistenciais (Equipe Multidisciplinar)

4. GESTÃO DE APOIO

- h. Qualidade e Segurança

- i. Equipamentos e Infraestrutura
- j. Higienização e Biossegurança

5. EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

- k. Gestão do Acesso
- l. Comunicação
- m. Tecnologia, Informação e Telemedicina

2.3 ELEGIBILIDADE

Para que as instituições sejam integrantes do programa, os requisitos obrigatórios precisam ser atendidos para garantir a integridade, segurança e qualidade do processo de qualidade:

- Ter em sua constituição um integrante gastroenterologista ou cirurgião com comprovada atuação em DII, além de possuir ou referenciar uma equipe multidisciplinar (nutricionista e enfermeiro). Possuir ou ter referência para exames complementares para diagnósticos e monitoramento, centro de infusão e emergência.
- Conformidade em relação a todas as documentações legais pertinentes ao serviço:
 - a. Possuir alvará de funcionamento.
 - b. Possuir licença sanitária.
 - c. Possuir licenças pertinentes à natureza da atividade.
 - d. Possuir registro do responsável técnico.
- Estar legalmente constituída e em funcionamento com atendimento a pacientes a pelo menos 1 (um) ano.
- Ter um profissional atuante como sócio titular do GEDIIB.
- Enquadrar-se em uma das categorias abaixo:

Requisito	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4
Gastroenterologista / Coloproctologista (Membro Titular GEDIIB)	Gastro e/ou Colo	Gastro e Colo	Gastro e Colo	Gastro e Colo
Nutricionista (Membro GEDIIB)	Local ou referenciado	Local ou referenciado	Local, dedicado	Local, dedicado
Enfermeiro (Membro GEDIIB)	—	—	Local ou referenciado	Local, dedicado
Centro de Infusão	Local ou referenciado	Local ou referenciado	Local	Local
Centro de Diagnóstico Endoscópico	Local ou referenciado	Local	Local	Local
Centro de Diagnóstico Radiológico	—	Local ou referenciado	Local ou referenciado	Local
Diagnóstico Histopatológico	—	—	—	Local
Unidade de Internação	Local ou referenciado	Local ou referenciado	Local (cuidados clínicos e/ou cirúrgicos por Membro)	Local (cuidados clínicos e/ou cirúrgicos por Membro)

			Titular GEDIIB)	Membro Titular GEDIIB)
Requisito	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	Categoria 4
Pronto socorro	—	—	Local	Local
Centro de Pesquisa	—	—	—	Local

2.4 ETAPAS DO PROGRAMA

O processo tem como essência a necessidade de educação permanente em saúde, valorização dos serviços e promoção científica em prol à organização, profissionais e pacientes. Desta forma, o Programa estabelece como requisito inicial, a realização de cursos de integração para a equipe multidisciplinar dos serviços.

Com as equipes capacitadas, envolvidas com o contexto do Programa de Qualidade, as melhorias necessárias serão mais fáceis identificadas e reconhecidas para a transformação necessária na gestão assistencial, da qualidade e segurança do paciente.

Com o senso crítico desenvolvido e melhorias implantadas, a instituição estará apta a receber sua primeira visita para certificação e seguir com os passos seguintes de reconhecimento e cumprimento dos ciclos estabelecidos no Programa.

A) CAPACITAÇÃO DE INTEGRAÇÃO

O curso preparatório é requisito obrigatório dentro do Programa de Qualidade GEDIIB, direcionado exclusivamente aos profissionais que atuam nos Centros de Referência em DII. Ele será disponibilizado no site da Organização, de forma gratuita.

Os módulos acompanharão a metodologia descrita no manual, preparando as equipes multidisciplinares ao ofertar orientações de melhorias para cada contexto e serviço.

A partir desta primeira fase, a instituição seguirá para etapa de cadastro e interesse em participar no Programa de Certificação de Qualidade dos Centros de Referência em DII.

B) CADASTRO NO PROGRAMA

O serviço deverá preencher suas informações básicas e complementares em um formulário virtual, disponibilizado no site da Organização, para sinalizar interesse em fazer parte do programa.

A secretaria da GEDIIB fará a validação das informações, em conformidade com a elegibilidade informada nesta metodologia e manual; após validação, o serviço assinará um termo de compromisso com o Programa para iniciar o ciclo da certificação.

C) DIAGNÓSTICO – 1ª AVALIAÇÃO

A segunda etapa do processo será a primeira avaliação da instituição, realizada pelo GTA (equipe externa), de forma presencial. O objetivo desta visita e encontro é identificar conformidade, pontos positivos e possíveis pontos de melhorias, conforme os padrões e boas práticas estabelecidas no manual, além de orientar o Centro de Referência sobre a melhor forma de adequação.

D) PRÉ CERTIFICAÇÃO REMOTA – 2ª AVALIAÇÃO

Antes da visita de avaliação de certificação, acontecerá um encontro remoto, que será o segundo contato da instituição com a equipe técnica de avaliação. A Pré Certificação Remota seguirá a mesma metodologia da visita de certificação, com a diferença de que será de forma online por vídeo chamada.

Seguindo o raciocínio da avaliação, esta etapa prepara as equipes para a disponibilização das evidências e auxilia no entendimento dos requisitos dentro de sua realidade.

E) VISITA DE CERTIFICAÇÃO – 3ª AVALIAÇÃO

As visitas de certificação serão realizadas após as etapas anteriores, preferencialmente de forma presencial. A equipe de avaliadores será composta por profissionais com expertise nos processos existentes nas instituições a serem avaliadas (GTA – Equipe externa).

A abordagem das visitas de certificação será voltada para a melhoria contínua, objetivando identificar as conformidades dentro do contexto dos requisitos desta metodologia e manual.

Um fator essencial para que esta etapa aconteça, é que o contexto regional, humano e estrutural da instituição seja considerado. Ao final da visita, um relatório será emitido com apontamentos sobre os pontos fortes e pontos de desenvolvimento considerados durante a visita. O resultado da avaliação será divulgado de forma prévia, como recomendação pela equipe de avaliadores, que só poderá ser divulgado amplamente após a etapa de homologação.

F) HOMOLOGAÇÃO

Os relatórios das visitas de certificação serão avaliados pelos membros da Comissão de Centros de Referência da GEDIIB (GTH), que validarão em até 60 dias a recomendação feita pela equipe técnica.

A avaliação resulta em uma homologação da conclusão daquela visita, de forma independente e sigilosa em todas as etapas.

Nenhuma informação dos Centros de Referência que contenha dados sensíveis ou sigilos são compartilhados, apenas um relatório sintético e técnico emitido pela equipe de avaliação.

G) EMISSÃO DE CERTIFICADO / SELO

Após a homologação, caso a instituição seja acreditada, o certificado será encaminhado para o e-mail do serviço cadastrado na primeira etapa. A partir deste momento, a instituição estará

autorizada a divulgar, dentro dos seus diversos meios de comunicação, a certificação conquistada.

O certificado terá validade de 03 anos, de acordo com o cumprimento dos requisitos do Manual durante a avaliação de Certificação.

H) CAPACITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO

Além dos cursos de capacitação de integração, este Programa pode oferecer cursos de atualização e/ou manutenção para os serviços acreditados, como forma de incentivar a educação permanente e melhoria contínua dos processos de qualidade, oferecidos pelo Comitê de Centros de Referência em DII, em parceria com a terceirizada Acredite Assessoria em Qualidade.

Aos serviços participantes, os cursos deverão ser realizados a cada 02 anos, a partir da certificação.

2.5 CUMPRIMENTO DO CICLO

Todas as etapas citadas fazem parte de um ciclo da certificação que garante a continuidade do processo de melhoria contínua dentro da metodologia.



Ciclo	O que	Frequência
CADASTRO DO SERVIÇO	Preencher formulário de cadastro com informações do serviço;	Início do programa
ATUALIZAÇÃO CADASTRAL E DE PRODUÇÃO	Atualizar dados em formulário do serviço e da produção do Centro de Referência em DII	1 x a cada ano – após certificação
ATUALIZAÇÃO CONTÍNUA	Realizar Curso de Atualização / Manutenção da Certificação	1 x a cada 2 anos
RECERTIFICAÇÃO	Passar por Recertificação com base em novo manual (Pré Certificação + Certificação)	1 x a cada 3 anos

O tempo mínimo desde o ingresso no Programa até a certificação será de 8 meses para novos integrantes.

Para os serviços que já possuem algum tipo de certificação de qualidade, em metodologias reconhecidas, o tempo poderá ser otimizado com a não realização da etapa de pré-certificação remota, exigindo apenas a visita de diagnóstico e certificação.

2.6 NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO E SISTEMA DE CONFORMIDADE

O programa irá certificar os Centros de Referência em DII duas modalidades: **Esmeralda e Safira**.

Ao GTA caberá a recomendação ao GTH a respeito do cumprimento de requisitos dos serviços, essa diferenciação se faz necessária para classificar de maneira equânime os esforços dedicados aos processos de Qualidade, Segurança e Atenção ao Paciente.

NÍVEIS	REQUISITOS	CERTIFICADO
INTEGRANTE	-Realização dos cursos de capacitação de integração. - Cadastro e sinalização de interesse.	-

NÍVEL 1 ESMERALDA (PLENO)	- Requisitos do Integrante. - Conquistar, no mínimo, 80% de conformidade dos requisitos azuis.	CERTIFICADO ESMERALDA – VÁLIDO 3 ANOS
NÍVEL 2 SAFIRA (MÁXIMO)	-Requisitos do Integrante. - Conquistar, no mínimo, 80% de conformidade dos requisitos azul. - E conquistar, no mínimo, 80% de conformidade dos requisitos verdes.	CERTIFICADO SAFIRA – VÁLIDO 3 ANOS
NÃO CERTIFICADO*	- Não atingir a conformidade especificada para ser certificado.	NÃO SE APLICA

*Nesse caso, o serviço obrigatoriamente terá o período mínimo de 04 meses para se candidatar a uma nova visita de certificação.

** A pontuação será de acordo com os requisitos aplicáveis para cada categoria dos Centros, conforme especificado no item 2.3.

3. Padrões e Requisitos

1. Governança & Compliance
2. Gestão Organizacional
3. Gestão do Cuidado
4. Gestão de Apoio
5. Experiência do Paciente

1. Governança & Compliance

Qualquer serviço que deseje manter altos padrões de qualidade em seus processos deve contar com um modelo de organização estruturado e bem delineado. Este modelo precisa não apenas monitorar e identificar oportunidades de melhoria, mas também ser fundamentado em princípios sólidos e técnicos. É crucial que todas as partes interessadas sejam engajadas neste processo, como sócios, diretores, colaboradores, compradores, consumidores, prestadores de serviços e fornecedores, que integram a cadeia produtiva da estrutura organizacional.

A. Composição Estratégica

A. Composição Estratégica		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O Centro de Cuidado em Doença Inflamatória Intestinal (CCDII) deve formalizar e comunicar a quem interessar, sua filosofia de trabalho declarando suas macros diretrizes estratégicas.	A declaração objetiva de Missão, Visão e Valores organizacionais caracterizam a base para a elaboração da estrutura estratégica. Formalizar e comunicar sobre a declaração de suas macros diretrizes que norteiam sua composição estratégica são evidências para esse requisito.
2	O CCDII realiza periodicamente a análise do ambiente interno, dos ativos intangíveis e das competências essenciais.	Identificar os pontos fortes e as oportunidades para melhoria, por meio de um diagnóstico da situação atual de si própria, colocando em evidência suas qualidades e deficiências, ativos e competências instalados e a serem adquiridos. Devem ser analisados fatores como recursos, necessidades, características, desempenho, vantagem competitiva, entre outros. Análise de Matriz SWOT (<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats</i>) pode ser uma evidência para esse requisito.
3	Periodicamente, o CCDII define e formaliza estratégias para a condução de suas atividades.	Definir quais possíveis estratégias devem ser adotadas para tratar o conjunto de informações identificadas na análise do cenário e do ambiente organizacional. Importante considerar os riscos inerentes à prestação dos seus serviços e assegurar que o desenvolvimento sustentável esteja inserido na estratégia. Os responsáveis podem validar as estratégias a serem adotadas, levando em conta o grau de maturidade organizacional, consistência, consonância, vantagem e viabilidade de cada proposta. Uma lista de objetivos estratégicos é evidência para este

		requisito. Um Mapa estratégico que apresente visualmente como cada setor/processo se relaciona, em sincronia com os demais e com os objetivos-chave de um centro, é evidência de conformidade a esse requisito.
4	O CCDII define e formaliza seu modelo de gestão considerando as especificidades de sua natureza, seja ela pública ou privada.	O CCDII considera o contexto em que está inserido (se é público ou privado) para estruturar como vai funcionar, ou seja, como cria, entrega e captura valor, e registra isso de forma formal, geralmente em documentos estratégicos. Como evidência para esse requisito, podem ser considerados: plano de negócios, planejamento estratégico institucional, estatuto social ou regimento interno, carta de serviços ao cidadão (documento que explica como a organização entrega valor à sociedade, alinhado com seu modelo de funcionamento).
5	O CCDII define, formaliza e incorpora à sua gestão o uso de indicadores, metas e planos de ação.	A definição de indicadores, metas e planos de ação deve ser realizada de forma simultânea e interdependente, para facilitar a implementação da estratégia, visando integrar a rotina das pessoas e assegurar a sua compreensão e o alinhamento sobre os rumos organizacionais. Os indicadores vão mensurar o êxito do planejamento, as metas estabelecem padrões quantitativos para avaliar seu sucesso e o plano de ação são o conjunto de iniciativas articuladas que guiam a implementação das estratégias. São evidências de conformidade a esses requisitos: indicadores, metas e planos de ação.
6	O CCDII realiza, de forma sistemática, o monitoramento dos planos de ação que desdobram seu plano estratégico.	Estabelecer calendário de atividades para acompanhamento do “status” dos projetos que compõem os planos de ação, é prática recomendada e necessária à implementação das estratégias organizacionais. Atas de reuniões de análise crítica de projetos/planos de ação são evidências para esse requisito.
7	O CCDII analisa criticamente os resultados de seu plano e de seus processos estratégicos.	Adotar uma metodologia eficaz para realizar a análise crítica dos resultados obtidos nos períodos previamente definidos, tanto em relação ao que foi planejado quanto aos resultados dos processos estratégicos, utilizando essa análise para definir melhorias no modelo de negócio. Atas de reuniões de análise crítica de resultados são evidências para esse requisito.
8	O CCDII utiliza as informações provenientes das análises críticas para embasar a tomada de decisão e a atualização do seu plano estratégico.	As mudanças que ocorrem no contexto em que ele se situa impactam as organizações e exigem que os centros realizem revisões periódicas de suas estratégias, objetivos e metas. Da mesma forma, o cumprimento desses objetivos demanda a atualização constante dos desafios enfrentados pelas organizações. Sistematizar o plano estratégico em ciclos temporais, considerando os diversos fatores que influenciam seu modelo de atuação, é uma prática recomendada na gestão estratégica. Além disso, manter registros da evolução e das atualizações do plano estratégico constitui uma importante evidência do atendimento a esse requisito.
9	O CCDII define e implementa suas políticas institucionais	Políticas são diretrizes institucionais que definem linhas centrais para atuação das diversas áreas da Organização. Elas norteiam os gestores da organização a conduzir seus processos (normas, procedimentos e fluxos) e equipes alinhados à estratégia e ao

		modelo de negócio. Políticas formalizadas, que estabeleçam diretrizes aos processos institucionais relevantes, são evidência de conformidade para esse requisito.
--	--	---

B. Ética e Compliance

B. Ética e Compliance		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII tem definido um conjunto de diretrizes éticas (código de ética institucional) que garantem que o cuidado ao paciente seja prestado dentro das normas empresariais, éticas e legais e que protegem os pacientes e seus direitos	As diretrizes éticas institucionais que todos os processos assistenciais e administrativos devem cumprir. Podem estar descritas em um ou mais documentos (regimento interno ou manual de compliance) que atendam aos requisitos dos órgãos regulamentadores, conselhos de classe e valores institucionais.
2	As diretrizes éticas incluem os processos de marketing, comunicação e divulgação de propriedade e, quaisquer conflitos de interesse empresarial e profissional que possam entrar em conflito com os interesses dos pacientes	O CCDII deve definir as regras para a comunicação interna e externa resguardando qualquer conflito de interesse e protegendo os interesses dos pacientes.
3	O CCDII atribui responsabilidades e monitora o cumprimento das diretrizes éticas nos processos clínicos e não clínicos	Há um indivíduo, grupo ou comitê responsável pelo desenvolvimento, divulgação e revisão do documento (regimento interno), bem como a clareza da sua aplicação nos processos administrativos e assistenciais. O responsável pela ética deve ter autonomia hierárquica e acesso a todas as áreas do CCDII, garantindo isenção e eficácia no monitoramento
4	O CCDII define em seu documento (regimento interno) um método que prevê as implicações éticas nas atividades de pesquisa	Nas diretrizes éticas deve ser abordado quando um projeto de pesquisa requer aprovação ética ou quando são consideradas inovações, avaliando as implicações para a participação dos pacientes.
5	O documento (regimento interno) estabelece as condutas esperadas de todos os envolvidos nas atividades do Centro de Cuidado, em relação a todos os públicos de interesse	O documento (regimento interno) consiste em um guia de orientação para a conduta individual de todos os colaboradores da instituição, incluindo estagiários e menores aprendizes, pautado nos valores essenciais, a fim de delinear a cultura e as políticas organizacionais. As diretrizes do regimento interno contempla condutas esperadas da instituição para com todos seus públicos de interesse, são evidências de conformidade para esse requisito.
6	O regimento interno estabelece sistemática para identificar, analisar e tratar situações que se caracterizam dilemas éticos institucionais (clínicos e não clínicos). Os dilemas éticos identificados devem ser tratados e considerados oportunidades de aprendizado institucional e melhoria dos	Podem ser considerados dilemas éticos nas organizações os problemas que envolvem a tomada de decisão entre duas opções morais de igual valor. Há diferença entre questões éticas e dilemas éticos. Comumente, o dilema ético ocorre quando não existe uma resposta óbvia que determina o melhor caminho a seguir. Registros de Análise de Dilemas Éticos e tomada de decisão considerando princípios éticos, da bioética e dos valores da

	processos institucionais	organização, são evidências de conformidade para esse requisito. Além de ter o item no regimento interno, espera-se ter pelo menos 01 dilema ético já discutido.
7	Há um canal disponível para comunicação de questões relacionadas à integridade, “compliance” e conduta ética	Garantir que qualquer indivíduo relacionado ao Centro de Cuidado — seja cliente, fornecedor, profissional autônomo, funcionário ou prestador de serviço — tenha a oportunidade de manifestar sua percepção sobre condutas que julgue questionáveis do ponto de vista ético é uma forma eficaz da organização identificar situações que demandem uma reflexão mais aprofundada sobre as práticas adotadas na prestação dos serviços. Além disso, dispor de um mecanismo que assegure o anonimato e esteja disponível a toda a equipe para a notificação de questões éticas, tanto nos processos clínicos quanto não clínicos, constitui uma importante evidência de conformidade com esse requisito. Espera-se deste requisito um canal estabelecido, com demonstrativo de manifestações recebidas.

2. Gestão Organizacional

Para garantir um crescimento sustentável ou a manutenção eficiente dos serviços oferecidos, é fundamental que o planejamento contemple padrões claros e atenção cuidadosa às práticas administrativas, financeiras, de posicionamento comercial, bem como à gestão de recursos humanos e suprimentos.

C. Gestão Administrativa

Os Centros de Cuidados em Doença Inflamatória Intestinal são divididos em quatro categorias, a saber:

Categoria 1: é necessário ter um Gastroenterologista e/ou Coloproctologista membros titulares do GEDIIB; o Nutricionista, membro do GEDIIB pode ser um profissional que atue no próprio serviço ou ser referenciado; Centro de Infusão local ou referenciado, Centro de Diagnóstico Endoscópico local ou referenciado e a Unidade de internação local ou referenciada;

Categoria 2: é necessário ter um Gastroenterologista e Coloproctologista membros titulares do GEDIIB; o Nutricionista, membro do GEDIIB pode ser um profissional que atue no próprio centro ou referenciado; Centro de infusão local ou referenciado, Centro de diagnóstico Endoscópico local, Centro de Diagnóstico Radiológico local ou referenciado e a Unidade de internação local ou referenciada;

Categoria 3: é necessário ter um Gastroenterologista e Coloproctologista membros titulares do GEDIIB; o Nutricionista local, dedicado, membro do GEDIIB; o Enfermeiro, membro do GEDIIB que atue no próprio centro ou referenciado; Centro de infusão local; Centro de diagnóstico Endoscópico local, Centro de Diagnóstico Radiológico local ou referenciado e Unidade de internação local com cuidados clínicos e/ou cirúrgicos realizados por médico Membro Titular do GEDIIB, além de estrutura de pronto socorro;

Categoria 4: é necessário ter um Gastroenterologista e Coloproctologista membros titulares do GEDIIB; o Nutricionista local, dedicado, membro do GEDIIB; o Enfermeiro local, dedicado, membro do GEDIIB; Centro de infusão local; Centro de diagnóstico Endoscópico local, Centro de Diagnóstico Radiológico local, Centro de diagnóstico histopatológico local; e Unidade de internação local com cuidados clínicos e/ou cirúrgicos realizados por médico Membro Titular do GEDIIB, além de estrutura de pronto socorro e Centro de pesquisa local.

C. Gestão Administrativa		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII deve planejar o produto e o resultado esperado de cada processo da sua cadeia de valor.	Assim como planejar o que se espera de uma organização é uma responsabilidade da sua alta administração; planejar o que se espera de cada setor (departamento) da empresa quando pertinente é responsabilidade do gestor (líder) de cada setor. Compreender que cada processo (setor) tem, pelo menos, uma entrega a ser realizada ao final das suas atividades, é fator fundamental para o gerenciamento da produção. Também se faz necessário distinguir produto e resultado esperado. Objetivamente segregar os setores que compõe a Organização, refletir sobre qual produto e qual resultado esperado se deseja. Evidência sugerida: formalizar a cadeia de processos do centro e definir os produtos e os resultados esperados dos principais setores dessa cadeia de processo colaborará de forma sistêmica nas atividades de gerenciamento. Exemplos - processo: recepção de pacientes; produto: paciente recepcionado e atendido; resultado esperado: paciente atendido dentro do tempo estimado, sem pendência e com nível de satisfação acima de 75%.
2	O CCDII define método padronizado para sistematizar a forma de realizar as suas principais atividades.	Administração eficaz está intimamente ligada a organização porque se pauta na possibilidade de ter acesso com mais facilidade as informações relevantes bem como desenvolver uma comunicação que atinge seus objetivos. Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) e fluxos formalizados de processos são exemplos de método padronizado.
3	O CCDII formaliza sua estrutura organizacional hierárquica.	O organograma serve para descrever como a empresa se organiza internamente a nível de cargos e setores (departamentos); ele mostra a estrutura administrativa da empresa, ajuda a simplificar o funcionamento e a fazer com que todos saibam a quem devem se reportar, diante de qualquer problema, ou prestar contas de suas obrigações.
4	O CCDII dispõe de canais para receber manifestações, queixas, elogios, sugestões e comentários dos pacientes/clientes.	A satisfação do cliente gera uma imagem positiva do centro; todavia conceder ao cliente canais institucionais que o permita manifestar suas opiniões e sensações a partir dos momentos de relacionamento com o centro é fator determinante para a avaliação e melhoria da empresa. A garantia de anonimato em reclamações/confidencialidade é premissa para sua execução.

5	O CCDII estabelece, implementa e mantém sistemática para avaliar, monitorar e contribuir para o desenvolvimento dos seus fornecedores de produtos e serviços.	Qualificar e avaliar fornecedores é uma das mais importantes ações estratégicas, diante da relação direta com a qualidade das entregas. Selecionar e contratar fornecedores tem impacto no compliance, no desempenho econômico-financeiro e até na imagem do centro. Definir critérios objetivos e específicos de avaliação dos fornecedores de produtos e serviços tem relação direta com a sustentabilidade. Além da criação de um banco de dados de fornecedores, o uso de “checklist” de critérios mínimos para fornecimento à empresa é prática sustentável de crescimento. Exemplo: entrega pontual, negociação de preços e parcelamento.
6	O CCDII assegura estrutura, plano e práticas que garantam conformidade à legislação relacionada ao gerenciamento de resíduos.	Refere-se ao acompanhamento da segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados pelo centro.

D. Gestão de Pessoas

D. Gestão de Pessoas		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	A equipe técnica e administrativa está dimensionada de acordo com o perfil do serviço.	A instituição precisa conhecer o perfil e demanda de atendimento, e o dimensionamento de pessoas deve contemplar a demanda em todo seu horário de atendimento, não deixando suas áreas administrativas e técnicas sem assistência profissional.
2	O responsável médico do serviço e quando pertinente, profissionais não médicos, são membros associados adimplente ao GEDIIB.	Além do seu registro profissional junto ao Conselho Federal de Medicina e/ou outros conselho, o médico responsável pelo serviço e o profissional não médico, quando pertinente, devem estar adimplentes como sócios junto ao GEDIIB e todas as suas documentações e registros devem ser periodicamente atualizados.
3	A equipe técnica possui habilitação compatível com as atividades exercidas.	Os profissionais (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e outros) devem ser legalmente habilitados para as funções que exercem e seus registros devem ser atualizados periodicamente. O controle de documentação de conselhos de classe é uma evidência esperada e deve ser comprovada. O GEDIIB incentiva a associação dos componentes da equipe multidisciplinar a serem membros do GEDIIB.
4	Há uma descrição formal das competências, responsabilidades e atribuições para cada cargo.	Devem estar descritas as funções e áreas de atividades de cada cargo, bem como as competências desejadas. As competências devem ser revisadas periodicamente, ou seja, é esperado visualizar versões de documentos que registrem mudanças nas

		descrições.
5	O CCDII implementa processo de recrutamento, seleção e desligamento de profissionais, quando pertinente.	Todas as etapas e critérios para os processos de recrutamento (divulgação de vagas), seleção (entrevista e definição) e desligamento devem ser organizados de acordo com a legislação vigente. Para recrutamento e seleção deve-se atentar as competências definidas para cada cargo, com base nas descrições formais.
6	Existem processos para o cadastro e arquivo de documentação dos profissionais técnicos e não técnicos.	No prontuário funcional de colaboradores e prestadores de serviços devem ser mantidas as documentações atualizadas. Além do cumprimento legal, a ficha do colaborador servirá de guia para tomada de decisões com base em programas de prevenção e proteção destes profissionais.
7	Há um programa de educação continuada em DII e desenvolvimento dos colaboradores.	Com foco no desenvolvimento dos profissionais, como consequência também a dos serviços, o estímulo pela busca de conhecimentos em DII deve fazer parte de uma cultura de gestão madura. Devem ser contemplados treinamentos técnicos e não técnicos para as diferentes funções assim como participação em eventos e/ou atividades do GEDIIB
8	As equipes são treinadas periodicamente para situações de emergências.	De acordo com a realidade e contexto de cada serviço, é necessário identificar situações potenciais, estabelecer fluxos e capacitar os profissionais. O plano de abandono e combate a incêndio devem estar atualizados e as equipes treinadas.

E. Suprimentos

E. Suprimentos		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII, quando pertinente, dispõe de fluxo para implementar critérios técnicos na padronização de insumos.	Há uma equipe multidisciplinar que discute e aprova periodicamente a padronização de insumos, considerando efetividade clínica, segurança e custo.
2	O CCDII ou a instituição que ele pertence dispõe de fluxo para aquisição de insumos.	Há um responsável técnico pela aquisição de insumos considerando efetividade clínica, segurança e custo.
3	O CCDII dispõe de mecanismo de rastreabilidade para insumos críticos. (aplicável as categorias 2,3 e 4), assim como de plano de contingência para garantir o abastecimento de insumos críticos e a continuidade do serviço. (aplicável as categorias 2,3 e 4)	O plano de contingência de abastecimento deve prever: estoque de segurança e ações a serem adotadas a fim de evitar o desabastecimento ou interrupções no fornecimento dos insumos críticos e materiais especiais.

3. Gestão do Cuidado

É necessário garantir um modelo assistencial que contemple processos voltados para a prestação de atendimento e de assistência aos pacientes, promovendo cuidado, agilidade e continuidade do atendimento, com padrões adequados a identificação e prevenção de riscos assistenciais.

F. Práticas Clínicas

F. Práticas Clínicas		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII organiza e mantém atualizado cadastro dos profissionais de saúde, contemplando documentação pessoal e profissional legítima que comprove sua competência para atuação regular na organização.	O CCDII deve ter um cadastro que visa garantir a organização e manutenção de informações atualizadas sobre os dados profissionais dos membros da equipe multidisciplinar.
2	O CCDII dispõe de Regimento que oriente atuação do Corpo Clínico (<i>ou diretrizes formalizadas equivalente</i>), contemplando diretrizes sobre: integração e exclusão de profissionais; das competências; da organização e hierarquia da equipe; da adesão aos protocolos; participação em atividades de atualização técnico-científica promovidas pelo Centro; dos direitos e deveres; dos conflitos de interesse; do desempenho profissional; das penalidades; direitos e deveres na sua atuação nas suas dependências e nos seus processos de trabalho (clínico e não clínico) do Centro de cuidados em DII (aplicável as categorias 2,3 e 4).	O Regimento Interno é o documento que apresenta um conjunto de normas estabelecidas para regulamentar a organização e o funcionamento da equipe dos profissionais de saúde, detalhando os diversos níveis hierárquicos, as respectivas competências e os seus relacionamentos internos e externos. O Regimento Interno do Corpo Assistencial deve estar formalizado e baseado nos seus respectivos Conselhos de Classe disseminado junto aos profissionais e implementado na prática do CCDII.
3	O CCDII assegura promoção de ações para atualização técnico-científica da equipe de saúde, sobre temas relacionados aos tratamentos ofertados. (aplicável as categorias 3 e 4)	Um calendário planejado e implementado de ações para atualização técnica-científica da equipe de saúde, que contemple discussão de casos clínicos, melhores práticas médicas e protocolos clínicos, são exemplos de evidência objetiva para esse requisito.
4	É desejável que o CCDII realize o mapeamento dos dados do perfil epidemiológico da população atendida, a fim de definir e atualizar protocolos clínicos conforme contexto do Serviço.	O mapeamento do perfil epidemiológico da população atendida pode ou não variar conforme evolução dos tempos e dele devem ser identificadas informações para a tomada de decisão sobre atualização de competências, planejamento e estrutura do cuidado.

5	O CCDII sustenta rotina de aplicação de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os pacientes, conforme especificidades da abordagem proposta a estes. (aplicável as categorias 2,3 e 4)	De acordo com o capítulo IV do CEM (Código de Ética Médica – Direitos Humanos; “É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”. Em se tratando de práticas de excelência, elas estão baseadas na conformidade legal daí a necessidade de cumprir a legislação fornecendo aos pacientes o direito de conhecer e compreender todos os benefícios e riscos relacionados ao tratamento a ele proposto. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados por profissional médico e pelo paciente ou responsável, arquivados sejam eles em meio físico ou digital.
6	O CCDII desenvolve ações de prevenção de complicações aos pacientes com DII.	Ações de prevenção de complicações visando a triagem de doenças infecciosas, atualização de imunizações, redução de hospitalizações, e de risco de câncer, devem ser parte da prática destes centros e registrada no prontuário dos pacientes.
7	Estabelece comunicação segura na relação com o paciente, a fim de que ele seja parte ativa no seu próprio cuidado.	Além de estabelecer comunicação segura com o paciente, o CCDII deve estabelecer uma relação de transparência na comunicação das informações relacionadas ao tratamento e controle de sua doença. Registros dessa comunicação devem estar disponíveis em documentos de prontuário.
8	Estabelece e monitora protocolos clínicos de tratamento por meio de escores de atividade da doença.	A implantação de escores clínicos (ex: escore de Mayo, IHB (Índice de Harvey Bradshaw), e Escores Endoscópicos de atividade (ex: na RCU subescore endoscópico de Mayo ou UCEIS na retocolite ulcerativa e SES-CD ou CDEIS na Doença de Crohn), devem ser realizados e registrados em prontuário.
9	Estabelece método para identificar, notificar, tratar e monitorar a ocorrência de incidentes (circunstâncias de risco, quase-erros, eventos adversos com e sem danos) na realização do cuidado. (aplicável as categorias 2,3 e 4).	A notificação de “falhas” (circunstâncias de risco, quase-erros, eventos adversos com e sem danos) deve ser estimulada em todas os setores de uma organização de saúde, considerando ser o sistema de notificação um meio para promover saúde com qualidade e segurança a curto e longo prazo, em toda a cadeia de valor de uma Organização de Saúde. Implementar uma sistemática (física ou digital) para notificar e tratar causas das falhas, promovendo ações de melhoria nos processos, caracteriza conformidade para este requisito.
10	O CCDII estabelece, em suas normas internas, referências de consensos/diretrizes especializados internacionais e nacionais.	Considerando a dimensão territorial e diversidade cultural, socioeconômica e epidemiológica do nosso país, compreende-se a importância de contextualizar as melhores práticas para cada CCDII. Em se tratando da definição de procedimentos operacionais padrão (POP) faz-se necessário a utilização de diretrizes baseadas em evidências científicas, mas que também sejam coerentes com a estrutura do CCDII em questão.
11	O CCDII define sistemática para discussão de	A melhoria na Qualidade do atendimento ao paciente, passa pela

	casos clínicos com equipe multidisciplinar.	diversidade de especialistas em uma equipe multidisciplinar que aumenta as chances de compreensão mais completa das necessidades do paciente, e pode resultar em diagnósticos mais acurados e planos de tratamento mais eficazes. A formalização da sistemática adotada pelo CCDII e registros de sua implementação são evidências para esse requisito.
12	O CCDII define um fluxo para avaliação e orientação quanto a vacinação de pacientes.	De acordo com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm), “não se pode perder oportunidades para imunização de pessoas portadoras de comorbidades”. A manutenção da carteira vacinal deve ser atualizada com doses necessárias conforme faixa etária e terapia imunossupressora.
13	O CCDII dispõe de um protocolo de avaliação pré-tratamento.	A segurança do paciente é prioridade, logo garantir práticas que minimizem riscos e aumentem as possibilidades de efetividade do tratamento são evidências para esse requisito.
14	O CCDII incentiva e promove a participação em projetos de pesquisa e incentiva a inscrição de pacientes no Cadastro Nacional do GEDIIB.	Ações promocionais para participação dos profissionais em projetos de pesquisa e sistemática de incentivo implementados são evidência para esse requisito.
15	O CCDII segue o protocolo de diagnóstico e tratamento para tuberculose latente estabelecido pelo Ministério da Saúde.	A adoção do protocolo de diagnóstico e tratamento para tuberculose latente estabelecido pelo Ministério da Saúde é fundamental para garantir a segurança de pacientes imunossuprimidos, prevenindo a reativação da infecção e possíveis complicações durante o tratamento de DII.
16	O CCDII estabelece sistemática para monitoramento de resultados de tratamento.	O acompanhamento periódico laboratorial, radiológico, endoscópico, biomarcadores (velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa e calprotectina fecal) são necessários para que o tratamento de pacientes com DII seja corretamente monitorado.
17	A equipe médica formaliza plano terapêutico individualizado dos pacientes do CCDII, onde define-se metas terapêuticas e resultados esperados para cada paciente em tratamento, e articula o planejamento assistencial junto à equipe multidisciplinar.	Considerando a característica contínua dos tratamentos da DII, a resposta terapêutica ocorre através dos ciclos do tratamento farmacológico e não farmacológico; daí a necessidade da definição de metas periódicas (expectativas de resposta, caso a caso) que possibilite avaliar objetivamente, a efetividade clínica. Planos de Tratamento com definição de metas terapêuticas individualizadas e periódicas, são evidências de conformidade para esse requisito.
18	O CCDII promove ações para garantir as melhores práticas de segurança na prescrição de medicamentos.	Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar claras e completas, em cada item prescrito. Seja para compor prontuário manual ou digital, é responsabilidade da equipe médica a prática segura nas prescrições médicas. Exemplares de prescrição, identificados de maneira amostral em auditorias internas, rotinas de monitoramento da ocorrência de erros na atividade de prescrição de medicamentos e Taxas de erro na prescrição, podem ser evidências de conformidade a esse requisito.
19	A equipe médica, faz uso das informações originadas das intervenções farmacêuticas e participa da conciliação medicamentosa,	A conciliação medicamentosa é uma prática que objetiva a harmonização dos planos terapêuticos dos pacientes, desde a admissão até a alta, incluindo todas as mudanças de nível

	justificando as suspensões e alterações de posologia em prontuário (aplicável às categorias 2, 3 e 4).	assistencial. Método que oriente a equipe médica e registros da atuação médica na prática de conciliação medicamentosa, são evidências de conformidade a esse requisito.
20	O CCDII define nos seus protocolos clínicos, os critérios para supervisão médica durante os ciclos do tratamento.	Promoção de atendimento médico e multidisciplinar especializado, em ambiente e fluxos planejados para atender às necessidades de pacientes acometidos pela DII nos seus diferentes padrões clínicos (estágios). Registros da atuação de enfermagem e/ou médica nas etapas pré, trans e pós infusão são evidências de conformidade a esse requisito.
21	O CCDII define método para sua equipe médica se comunicar com médicos externos (assistentes de pacientes encaminhados para tratamento), quando houver necessidade de qualquer esclarecimento, confirmação e/ou consulta sobre ajustes ao atendimento a ser realizado nos pacientes desses médicos externos.	Promover uma dinâmica de comunicação efetiva entre os profissionais da saúde é prática de segurança obrigatória para todas as instituições de saúde. No contexto de um CCDII a interação entre médicos da equipe do próprio centro e médicos assistentes é fator decisivo para o melhor resultado terapêutico dos pacientes. Nutrir a relação de confiança entre prescritor e médico do Centro de Infusão, quando referenciado, promove também a manutenção da credibilidade do centro. Sejam formas verbais, escritas, telefônicas e eletrônicas, uma sistemática para comunicação efetiva deve estar estabelecida. Registros de interações entre médicos são evidências para esse requisito.
22	Os critérios e fluxo para acionamento da equipe médica em situações de emergência estão definidos e disseminados.	Os parâmetros para acionamento da equipe médica, mediante intercorrência com pacientes devem estar descritos e disseminados entre as equipes para atendimento adequado em tempo oportuno. Fluxo e critérios formalizados e disseminados são evidências para esse requisito.
23	A equipe médica participa da geração e análise de dados-informações relativos à performance da efetividade terapêutica dos tratamentos realizados.	A avaliação da efetividade clínica permite investigar o efeito de uma tecnologia na saúde dos pacientes num contexto clínico específico (de cada CCDII). Recomenda-se monitorar e avaliar os índices de efetividade dos tratamentos nos pacientes conforme perfil da doença, de medicamento utilizado, de pacientes, e outras classes que o gestor clínico entender como importante para a melhorias dos processos de cuidado. Indicadores de efetividade terapêutica, análises críticas de resultados e decisões para melhorias, são evidências para esse requisito.

G. Práticas Assistenciais

G. Práticas Assistenciais		
	Critérios de Avaliação	Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII dispõe de equipe multidisciplinar presencial e (ou) referenciada em prol da segurança e efetividade clínica do tratamento aos pacientes.	Dispor da atuação de equipe multidisciplinar possibilita aos pacientes do CCDII cuidado mais integral e seguro.

2	O CCDII dispõe e implementa na sua rotina um procedimento para acolher e atender os perfis de pacientes, inclusive aqueles com deficiência ou necessidades especiais.	São boas práticas para os serviços de saúde atualizados, o estabelecimento de fluxos de atendimento que prevejam, capacite suas equipes e organize sua estrutura para atender os mais variados perfis da população, garantido acessibilidade.
3	O CCDII promove ações para assegurar que a equipe multidisciplinar atue conforme as melhores práticas clínicas estabelecidas para execução das etapas pré, trans e pós-terapia medicamentosa (a partir da categoria 3).	Os CCDII realizam atendimentos para tratamentos de afecções através de administração medicamentosa por diversas vias (endovenosa, subcutânea e oral) e com diversas modalidades de atendimento: nas dependências do CCDII e até em consultórios parceiros; e cada modalidade de atendimento demanda especificidades próprias, daí a necessidade de execução de melhores práticas clínicas com fluxos específicas para cada etapa por modalidade de atendimento.
4	O CCDII dispõe e utiliza um método formal para orientar os profissionais da equipe multidisciplinar a identificar, registrar e atualizar informações sobre o histórico medicamentoso do paciente.	O melhor histórico medicamentoso deve ser coletado e estar disponível para consulta das equipes clínicas, visando oferecer um maior embasamento para que o tratamento mais seguro e efetivo.
5	O CCDII dispõe, utiliza e mantém atualizado Manual de Terapia Medicamentosa (a partir da categoria 3).	O manual de terapia medicamentosa deve conter os cuidados relativos aos medicamentos e sua administração, de acordo com o perfil de pacientes atendidos (adulto/pediátrico), e estar constantemente revisado.
6	O CCDII adota estratégias para estimular decisões compartilhadas da escolha terapêutica.	A discussão multidisciplinar possibilita articulação entre conhecimentos técnicos das diferentes disciplinas do Cuidado ao Paciente, envolvidas nos procedimentos realizados no serviço engajada na melhoria da qualidade assistencial. A prática multidisciplinar deve seguir diretrizes científicas, métricas validadas e sistemática definida pela equipe, a fim de possibilitar mensuração da efetividade clínica do tratamento ao paciente
7	O CCDII implementa métodos para identificação precoce de agravos das condições clínicas do paciente, durante as infusões medicamentosas.	A utilização de escalas/métricas que avaliam sistematicamente os parâmetros vitais, suas variações e seus gatilhos para intervenção oportuna é uma prática de segurança do paciente. Os diferentes perfis e estados clínicos dos pacientes são fatores que podem determinar a periodicidade de monitoramento dos sinais vitais durante o processo de infusão. Equipe capacitada no método e registros da implantação são evidências de conformidade a esse requisito.
8	O CCDII dispõe e implementa procedimento para manejar reações adversas e outras intercorrências clínicas.	As reações adversas a medicamentos (RAMs) são qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, à utilização de um medicamento. Assim como as RAMs, todo paciente pode ser acometido por um incidente e/ou um evento adverso (falha do cuidado). Para todas essas possibilidades (riscos comuns aos serviços de saúde), faz-se necessária a estruturação e implementação de diretrizes institucionais que orientem as melhores práticas para agir frente a um RAM, a um incidente e a um evento adverso. Um Protocolo institucional deve estar disseminado, profissionais treinados e evidências de sua implementação são necessárias para esse requisito.
9	O CCDII utiliza método para transferência de	A transição do cuidado pode ser definida como a transferência da

	informações entre os profissionais que atuam na assistência aos pacientes, garantindo a comunicação segura para a continuidade do cuidado.	responsabilidade dos cuidados entre profissionais de saúde, com transmissão de informação sobre os aspectos relacionados à assistência do paciente. Caracteriza-se boa prática de segurança do paciente, as transições do cuidado com informações relevantes para cada caso, documentadas em tempo oportuno, de maneira clara, concisa e coesa. O ISBAR é uma das ferramentas de comunicação estruturada e bastante disseminada, a sigla ISBAR é um mnemônico para Identificação, Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação. Pode ser uma opção de evidência para atender a esse requisito. Método sistemático que promova registro de comunicação e transferência efetiva de informação do cuidado entre os profissionais da equipe multidisciplinar, é evidência para esse requisito.
10	O CCDII dispõe de método para identificar os pacientes que interrompem os ciclos do tratamento desde que sejam realizados dentro da estrutura do CCDII e sistematiza tratativas para esses pacientes. Registros devem estar formalizados (a partir da categoria 3).	Doenças crônicas precisam de tratamentos contínuos para que o paciente possa seguir a vida com saúde e bem-estar. Além de seguir com o acompanhamento médico, é fundamental que os pacientes sigam a agenda correspondente aos ciclos do seu tratamento, visando colaborar para a melhor resposta terapêutica. O CCDII deve adotar monitoramento da adesão aos ciclos de tratamento e agir para combater os índices de absenteísmo de pacientes. Rotina, indicadores de adesão à agenda dos ciclos de tratamento e registros de ações para recuperar pacientes faltosos, são evidências para esse requisito.
11	O CCDII assegura que toda equipe multidisciplinar envolvida no atendimento e tratamento dos pacientes da Terapia Assistida realize registros das informações do cuidado prestado em todas as fases do tratamento durante o atendimento ao paciente.	Considerando que o Prontuário do Paciente é a junção de documentos e evidências que comprovam as ações durante a realização do cuidado ao paciente, compreende-se a necessidade de registrar as informações de maneira organizada e numa sequência temporal de acontecimentos. Independentemente da área de atuação profissional da saúde envolvida na terapia assistida, é prática de segurança registrar em prontuário tudo o que caracterizar a história dos ciclos de tratamento realizados ao paciente na terapia assistida. Prontuários são a evidência para esse requisito.
12	O CCDII dispõe, implanta e sustenta as melhores práticas clínicas de segurança do paciente, conforme legislação e especificidades da sua demanda.	Desde 2013 o Ministério de Saúde estabeleceu metas de segurança do paciente para as instituições de saúde. De forma clássica são: prevenção de queda, prevenção de lesão por pressão, prevenção de infecção, prevenção de erros relacionados ao uso de medicamentos, prevenção de erros relacionados à comunicação entre os profissionais de saúde e prevenção de erros antes, durante ou após procedimentos invasivos.

4. Gestão de Apoio

Em um modelo organizacional de um Centro de Cuidado em Doença Inflamatória Intestinal, os processos de apoio devem estabelecer práticas que garantam a continuidade do cuidado ao paciente, por meio de métodos para gestão de equipamentos, gestão de qualidade e segurança, infraestrutura do serviço e práticas de higienização e biossegurança.

H. Qualidade e Segurança

H. Qualidade e Segurança		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII dispõe de método formalizado de elaboração e controle de documentos com definições de responsabilidades e disseminado para toda a equipe.	A gestão de documentos deve ter seus métodos padronizados por meio de um procedimento documentado, normatizando quais os tipos de documentos que devem existir na instituição. A forma de controle destes documentos também deve estar explícita, bem como o seu descarte. Todos os colaboradores da instituição devem conhecer a gestão de documentos, dentro das suas responsabilidades.
2	O CCDII desdobra o planejamento estratégico.	O planejamento estratégico, a partir do momento que é estabelecido pela alta direção, deve ser desdobrado para os níveis hierárquicos, quando pertinente, que tenham como atribuição gerar a transformação que se espera para o alcance dos objetivos estratégicos
3	O CCDII mapeia os processos estratégicos, estabelece as interações e identifica seus riscos.	Os processos são essenciais para que o serviço funcione, mas precisam estar bem-organizados e mapeados de tal forma que garanta eficiência. Ao mapear os processos, percebe-se que o resultado de um muitas vezes serve como entrada para outro, exigindo conexão com critérios de qualidade e segurança — isso é a interação entre processos. Além disso, a gestão deve identificar e classificar os riscos de cada processo, priorizando as ações necessárias para controlá-los.
4	O CCDII possui sistemática de identificação, estratificação e tratamento dos riscos relacionados à assistência.	A gestão precisa reconhecer os riscos prioritários da assistência, sendo necessária a estratificação destes dentro de uma metodologia que permita que sua priorização de tratativas seja estabelecida. Como trata-se de riscos assistenciais, é importante que seja levado em consideração o envolvimento do paciente e acompanhantes na garantia do desfecho esperado.
5	O CCDII possui processo de notificação, análise e tratativas de: circunstâncias de risco, quase erros, eventos sem danos, eventos adversos, reações adversas, queixas técnicas e não conformidades.	O serviço deve possuir um canal de notificações que permita que toda a equipe notifique situações de riscos ou na ocorrência de algum evento não esperado e/ou que comprometa a segurança do paciente, colaboradores e instituição. Devendo ter um procedimento documentado conceituando, orientando e definindo todo o processo de notificação, investigação, análise e tratativa dos casos notificados; com distribuição de

		responsabilidades, prazos estabelecidos, e fluxos de comunicação.
6	O CCDII possui protocolos clínicos referentes às condições mais prevalentes de acordo com o perfil epidemiológico da instituição.	A instituição deve ter critérios de priorização no estabelecimento dos protocolos de maior prevalência de acordo com o perfil epidemiológico. O objetivo é de estabelecer e documentar os protocolos que devem considerar em sua estrutura: diagnóstico da doença, tratamento, posologias recomendadas, equipe multidisciplinar e seu papel, mecanismos de controle clínico e verificação dos resultados terapêuticos (escores, escalas etc...). Além de estabelecer como vai ser o acompanhamento e monitoramento da adesão e efetividade dos protocolos que devem ser sempre baseados em evidências científicas e considerar o contexto do serviço.
7	O CCDII possui em seu programa de treinamento, educação sobre a segurança do paciente.	O serviço deve ter, de forma sistemática, uma programação de educação continuada sobre segurança do paciente. Para seus colaboradores, terceirizados e fornecedores que impactem nos processos de segurança.
8	O CCDII estabelece processo seguro para transição do cuidado.	A transição do cuidado segura deve considerar diretrizes para passagem de plantão e de casos para toda a equipe multidisciplinar. Considerando informações sobre resultados de exames, uso de medicações e imunobiológicos, terapias e procedimentos. São meios de transferência de informações: agendamentos, cadastros, prontuários, evoluções e relatórios da equipe multidisciplinar, consultas, plano terapêuticos, prescrição etc. Também deve ser considerada a comunicação verbal com uso de método reconhecido e seguro. A transferência de cuidados entre médicos deve ser feito idealmente por meio da ferramenta ISBAR.
9	O CCDII possui protocolo de remoção e transporte de pacientes.	A instituição deve documentar e implantar o protocolo de transporte interno e externo. Além da evidência de relatório individualizado considerando dados e informações claras que permitam a continuidade do cuidado.
10	O CCDII, a partir da categoria 3, possui e acompanha suas comissões institucionais.	O serviço precisa possuir regimentos e nomeações formais de todas as comissões, cronograma de reuniões, atas das reuniões e evidenciar quais as ações e melhorias aconteceram a partir da atuação da comissão, através de indicadores. São comissões recomendadas: - Comissão de Revisão de Prontuário Res. CFM 1638/2002 - Comissão de Ética Médica (acima de 15 médicos) Res CFM 1657/2002 - Núcleo de Segurança do Paciente RDC 36

I. Equipamentos e Infraestrutura

A infraestrutura deve ser adequada a cada realidade, se é serviço ambulatorial, hospitalar, centro de infusão e se realiza procedimentos endoscópicos.

I. Equipamentos e Infraestrutura		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII dispõe e mantém capacidade instalada, condições operacionais e de infraestrutura adequadas e suficientes para atender a demanda.	O serviço conhece a demanda de forma a dimensionar a complexidade e volume de equipamentos, pessoas e insumos; garantindo qualidade e segurança. Os equipamentos são inventariados e controlados quanto a calibração, manutenção preventiva periódica e corretiva. Todas as calibrações e manutenções devem ter seu certificado ou ordem de serviços com evidência de avaliação e validação da instituição.
2	Os profissionais atuantes na gestão de equipamentos e infraestrutura são capacitados conforme complexidade da sua atuação.	A instituição garante a capacitação periódica da equipe em conformidade com a complexidade de suas atuações e mantém uma descrição formalizada dos cargos.
3	O CCDII possui plano de contingência para a gestão de equipamentos.	O plano de contingência deve ser um documento orientativo quanto a conduta no caso de falta de disponibilidade dos equipamentos. Devendo orientar quanto às ações imediatas e à contingência para cada tipo de equipamento.
4	O CCDII qualifica e avalia os fornecedores críticos.	Os fornecedores críticos são aqueles que atuam diretamente ou são cruciais para os processos finalísticos da instituição. Estes devem ser qualificados conforme critérios internos para que possam prestar seus serviços, e posteriormente avaliados periodicamente para que a gestão decida sua permanência ou não como fornecedor da instituição. Todos os critérios de qualificação e avaliação periódica deve estar formalizados em uma política de gestão de fornecedores.
5	O CCDII possui sistemática de rastreabilidade dos equipamentos.	O serviço possui processos que garantam a rastreabilidade dos equipamentos da aquisição até o descarte ou logística reversa; incluindo a rastreabilidade por paciente.
6	A gestão de equipamentos segue diretrizes de tecnovigilância.	O serviço possui formalizado critérios e fluxo para notificação de tecnovigilância, canais para de notificação internamente; além de possuir processo implantado de notificação ao NOTIVISA (Sistema de notificações para a vigilância sanitária)
7	O CCDII estabelece critérios para obsolescência, logística reversa e descarte de equipamentos.	O serviço define formalmente critérios para obsolescência (tecnologia obsoleta, falta de peças no mercado, alto custo de manutenções corretivas etc.); define, também, como deve ser o fluxo para logística reversa considerando as orientações dos fornecedores. Além de contemplar o descarte de resíduos eletrônicos no PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde).
8	O CCDII possui plano de contingência para a infraestrutura.	O plano de contingência deve contemplar os sistemas elétricos, hidráulicos, gases medicinais e climatização.

J. Higienização e Biossegurança

J. Higienização e Biossegurança		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII dispõe e mantém capacidade instalada, condições operacionais e de infraestrutura adequadas e suficientes para atender a demanda.	O dimensionamento de pessoal, recursos financeiros e tecnológicos devem considerar o tamanho do serviço e volume de atendimento. Necessário estimar recursos, infraestruturas e equipamentos necessários para implementação de processos eficazes de higienização e biossegurança. Disponibilidade de pessoal treinado, evidência de planejamento para atender aos processos de higienização e biossegurança e condições operacionais adequadas.
2	Os profissionais atuantes na higienização são capacitados conforme complexidade da sua atuação garantindo a biossegurança da instituição.	A equipe é capacitada de acordo com a sua atuação. A instituição possui programa de treinamento periódico para a equipe e descrição de cargos formalizada.
3	O CCDII planeja as atividades de garantia da biossegurança avaliando o contexto e perfil institucional.	O centro possui uma Norma de Biossegurança que possibilita o planejamento das ações de promoção e garantia de biossegurança considerando a realidade do serviço, os riscos existentes e evidências científicas.
4	O CCDII promove a proatividade da equipe quanto às ações de vigilância ativa relacionadas a biossegurança	O centro deve realizar treinamentos e ações de promoção a notificações relacionadas a biossegurança e deve evidenciar sobretudo notificações e tratativas relacionadas.
5	O CCDII deve possuir critérios de admissão de pacientes para procedimentos relacionados a doenças infecciosas.	O centro deve possuir critérios de admissão de pacientes com sinais e sintomas de doenças infecciosas de forma que seja avaliada a segurança do paciente sintomático, dos pacientes atendidos e dos colaboradores do CCDII.
6	O CCDII monitora a adesão às ações de biossegurança promovidas.	O centro deve monitorar a efetividade das ações de biossegurança através de indicadores que traduzam a adesão às práticas disseminadas.
7	O CCDII promove medidas de controle da qualidade da água de acordo com a legislação vigente.	O centro deve comprovar, de forma periódica, que a água utilizada atende aos padrões de qualidade e segurança exigidos pela legislação. Os certificados correspondentes devem ser analisados e validados pelo próprio serviço.
8	O CCDII promove medidas de controle da qualidade do ar de acordo com a legislação vigente.	O centro deve comprovar, de forma periódica, que o ar atende aos padrões de qualidade e segurança exigidos pela legislação. Os certificados devem ser avaliados e validados pelo serviço. Além de evidenciar a realização do plano de manutenção, operação e controle (PMOC), quando este for obrigatório na legislação local.
9	O CCDII garante a correta higienização dos ambientes.	O centro promove a correta higienização dos ambientes de acordo com sua criticidade, formalizando e evidenciando a correta frequência e técnica de limpeza; além da padronização dos saneantes, que devem ser apropriados para serviços de saúde.
10	O CCDII planeja e garante a segurança no processamento de produtos para a saúde	O processamento de produtos para a saúde deve ser realizado por meio de procedimentos padronizados, definidos por meio de

	(aplicável para as categorias 2,3 e 4).	fluxos, garantindo a correta técnica de limpeza, desinfecção e esterilização. Auditorias internas devem ser realizadas. Caso seja feita por empresa terceirizada, esta deve emitir documentação comprobatória.
12	O CCDII possui e cumpre o Programa de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS).	O centro possui e cumpre as diretrizes do PGRSS, de acordo com a legislação e contexto do serviço.
13	O CCDII garante a manutenção e calibração dos equipamentos de higienização; bem como possui procedimentos de segurança no uso de equipamentos e materiais.	Todos os equipamentos utilizados nos processos de higienização devem ser monitorados quanto a manutenção preventiva e calibração. O uso seguro destes equipamentos e materiais deve estar formalizado e evidenciado através de treinamentos, manuais disponíveis nos setores de uso e nas FISPQ (Ficha de informações de segurança de produtos químicos), quando houver.
14	O CCDII cumpre a programação de controle de pragas e vetores.	O controle de pragas e vetores acontece de acordo com planejamento, levando em conta o perfil institucional e exigências legais. Ele deve ser evidenciado através de certificados de empresas especializadas neste tipo de serviço.

5. Experiência do Paciente

A interação do paciente durante todo o processo de cuidado no Centro de Cuidado em Doença Inflamatória Intestinal dita sua percepção sobre o serviço prestado. Desde o primeiro contato até o acolhimento na clínica e o tratamento realizado, uma experiência positiva é essencial para alcançar desfechos satisfatórios tanto para os pacientes como para os profissionais.

K. Gestão do Acesso

K. Gestão do Acesso		
	Critérios de Avaliação	Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII dispõe e mantém capacidade instalada, condições operacionais e de infraestrutura adequadas e suficientes para atender a população.	Acesso ao cuidado é a "prestação de cuidados de saúde oportuna, geograficamente razoável e fornecida em um ambiente onde as habilidades e os recursos são apropriados às necessidades de saúde", conforme OMS.
2	O CCDII dispõe de um padrão normativo que orienta o processo de agendar, autorizar e receber pacientes.	A padronização de processos facilita a operação do serviço, e oportuniza o acesso seguro, conforme as práticas estabelecidas. Uma política de gestão do acesso, com orientações e regras para agendamento, autorização e recepção de pacientes é uma evidência esperada.
3	O CCDII gerencia a agenda, poltronas/leitos e atendimentos de forma integrada, com	Para garantir um tempo de espera mínimo, com admissões planejadas, pacientes admitidos no tempo certo e satisfação

	disponibilização de tempo e condições adequadas.	global, é necessário administrar poltronas, agendas e atendimentos de forma eficiente. O planejamento, com definições claras, e a sistemática adotada para a gestão de agendas e atendimentos são evidências esperadas.
4	O CCDII define fluxos e critérios para agendamento e admissão de pacientes, baseados em riscos clínicos e prioridades previstas em lei.	Definição clara de fluxos de priorização do acesso ao atendimento de pacientes, levando em consideração os riscos e necessidades em saúde, bem como prioridades previstas em lei. A definição e sinalização dos critérios de priorização é uma evidência sugerida.
5	A CCDII usa um processo padronizado para realizar o acolhimento do paciente, respeitando as diferentes necessidades e direitos.	É necessário estabelecer um compromisso por escrito da organização para que não haja diferenças no atendimento de pacientes e acompanhantes independente da sua raça, credo, idade, orientação sexual, deficiência e que respeitem suas necessidades e direitos. São exemplos de evidências esperadas: plano de atendimento a pacientes com deficiência auditiva, visual, física e/ou intelectual; plano para atendimento a gestantes, crianças, melhor idade/idosos e suas necessidades; incorporação nas práticas de identificação a opção de pacientes serem tratados por seu nome social, se assim desejar; plano de desenvolvimento e capacitação das equipes neste contexto.
6	O CCDII estabelece, implementa e mantém relação com a rede de referência e contrarreferência.	Instituições que encaminham ou que recebem pacientes do serviço, como laboratórios, clínicas de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional), e/ou hospitais, são parte importante da continuidade do cuidado do paciente recebido no serviço. Bem como a relação entre instituições e médicos que encaminham pacientes é essencial para garantir o acesso oportuno de pacientes que necessitam de tratamento. Ter uma lista ou cenário de principais encaminhadores dentro de um período é uma forma de tomar conhecimento e estabelecer estratégias de acesso e retenção.
7	O CCDII define canais de comunicação entre equipes e serviços, que permitam as transições de cuidado de forma segura.	Estabelecer formas de comunicação (seja e-mail, telefone, prontuário, formulários) para registro seguro das condições clínicas dos pacientes no momento das transições de cuidado (seja transferência externa, passagem de plantão, encaminhamento para exames, entre outros). Os canais de comunicação disponíveis, as ferramentas de comunicação de transferência, fluxos de comunicação e registros são evidências sugeridas.
8	O CCDII define fluxo e critérios para alta ou transferência de pacientes.	A definição dos critérios de alta deve estar alinhada ao planejamento interdisciplinar da assistência, descritos no plano de cuidados. O processo de planejamento determina os critérios, bem como os recursos necessários para a continuidade do cuidado. Isso vale para transferência e/ou encaminhamento de pacientes para outros serviços. Documentos descritos com fluxos, registros de prontuário de planejamento da alta/transferência, bem como prescrições ou relatórios de alta/transferência são evidências.
9	O CCDII estabelece planos de contingência para promover a continuidade do acesso.	O plano de contingência tem como objetivo definir ações para minimizar danos e efeitos, além de evitar a descontinuidade no cuidado ao paciente em atendimento. Plano de contingência

		definido, divulgação e disponibilizado às partes interessadas, contendo itens como: falta de recursos, falta de medicamentos, queda de energia, entre outros.
10	O CCDII dispõe de indicadores para avaliar o desempenho da gestão do acesso ao serviço.	Por meio de dados e indicadores, monitorar os processos de acesso, como tempo de autorização, absenteísmo de paciente, falta ou cancelamento, são etapas que permitem ao serviço avaliar a eficácia e efetividade deste processo.

L. Comunicação

L. Comunicação		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com as necessidades.	O dimensionamento de pessoal, recursos financeiros e tecnológicos deve considerar o tamanho do serviço e volume de atendimento. Necessário estimar recursos, infraestruturas e equipamentos necessários para implementação de processos eficazes de comunicação. Disponibilidade de pessoal treinado, evidência de planejamento para atender aos processos de comunicação e condições operacionais adequadas.
2	O CCDII dispõe de um padrão documentado que define os processos de comunicação institucional, com clareza de público-alvo e relação com comunicação segura.	Para um processo de comunicação efetivo, é necessário ter clareza sobre quais os públicos-alvo do serviço, quais meios, canais, mensagens e resultados são esperados para cada etapa do processo de comunicação. É possível fazer associação com o protocolo de comunicação segura. Um plano de comunicação institucional é uma evidência esperada, além do padrão normativo.
3	O CCDII estabelece meios e canais de comunicação com pacientes/clientes.	Definir com clareza quais meios e canais que serão utilizados para comunicação com pacientes/acompanhantes, para que o processo de comunicação seja contínuo e seguro. A comunicação, neste caso, deve contemplar um canal de comunicação finalidade de receber manifestações (como exemplo, uma ouvidoria).
4	O CCDII planeja a comunicação de novos padrões, rotinas e processos para os diversos públicos.	CCDII planeja e monitora a comunicação de novos padrões, rotinas e processos para seus diversos públicos, com o objetivo de engajar as equipes e facilitar a compreensão da gestão organizacional. Como evidência, espera-se um planejamento atualizado, documentado e amplamente disseminado.
5	A CCDII informa aos pacientes e familiares o fluxo para apresentar suas manifestações e responde às mesmas de forma aberta e justa, e em tempo hábil.	Ao definir e oferecer canais de manifestações, as classificando como elogios, reclamações, denúncias, sugestões e outros, auxilia o serviço na definição de melhorias ou reconhecimento da equipe. Como evidência, o fluxo de manifestação, tratativa e retorno ao paciente.
6	O CCDII acompanha e monitora sistematicamente a satisfação e as manifestações dos clientes.	Em conjunto com a disponibilidade do canal de manifestação, é possível incorporar pesquisas de satisfação para forma ativa de captar sentimentos e manifestação de pacientes. Como evidência,

		o resultado da pesquisa de satisfação, com seu devido plano de ação e desdobramento.
7	A CCDII certifica-se que o paciente e seus familiares tenham compreendido as explicações sobre a assistência e documenta essa informação no prontuário do paciente.	Para garantir um tratamento seguro, o paciente/acompanhante precisa ser envolvido em todas as etapas da terapia assistida, do diagnóstico a alta da infusão, por este motivo a equipe precisa utilizar de técnicas de comunicação para certificar-se da compreensão e participação do paciente/acompanhante no processo. Como evidência, a utilização e registro em prontuário.

M. Tecnologia, Informação e Telemedicina

M. Tecnologia, Informação e Telemedicina		
Critérios de Avaliação		Motivação e evidências esperadas
1	O CCDII dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com sua necessidade.	O CCDII dimensiona recursos humanos, tecnológicos e de insumos de acordo com o tamanho do serviço e o volume de atendimento. Para garantir eficácia nos processos de tecnologia e segurança da informação, é fundamental estimar com precisão os recursos, infraestrutura e equipamentos necessários. Evidências esperadas incluem a disponibilidade de pessoal capacitado (interno ou terceirizado), planejamento documentado e condições operacionais adequadas.
2	O CCDII dispõe de método para acompanhar o histórico de atendimentos realizados pela equipe multidisciplinar.	O centro de referência deve dispor de meios para que as informações do paciente estejam integradas entre os profissionais que atuam em conjunto. Todos os profissionais da assistência devem ter acesso e registrar suas atividades. No entanto, faz-se necessário controle de acesso conforme o cargo ocupado pelo profissional. Como evidência, um sistema informatizado (prontuário eletrônico) ou documentação reunida em prontuário físico, demonstrando todo o histórico de evoluções de diferentes profissionais ao longo de sua jornada.
3	O CCDII dispõe de sistemática e padrão normativo para gestão e segurança da informação.	Todos os prontuários e processos que envolvem a captação, registro, movimentação, disponibilização, rastreabilidade, sigilo, segurança, arquivamento e descarte de informação do paciente/cliente/colaborador, precisa ter gestão de segurança de informação. Desta forma, faz-se necessário estabelecer mecanismos e procedimentos para cada etapa: como armazenar, movimentar, disponibilizar, conservar, descartar. Ter este procedimento descrito, com fluxos definidos e mapeamento dos riscos realizado e gerenciado.
4	Dispõe de um plano de contingência para situações de descontinuidade aos dados e informações do serviço.	Necessário estabelecer um documento padronizado, com informações de contingência para situações de confidencialidade, segurança ou integridade das informações - se violadas ou comprometidas - em meio físico, eletrônico ou digital.
5	O CCDII dispõe de método para adquirir e	O método deve contemplar a avaliação de recursos, verificação de

	testar sistemas de informática, softwares e novas tecnologias, antes de entrar em uso.	funções e expectativas, desempenho e segurança de dados. Como evidência, um procedimento descrito, fluxo ou “checklist” que oriente este método.
6	O CCDII realiza capacitação periódica para utilização correta dos sistemas de informática.	A atualização constante dos usuários para os sistemas disponíveis é uma forma de fortalecer a redução de erros e deve considerar critérios para uso seguro. O plano de treinamento atualizado e as listas de presença são evidência sugeridas.
7	O CCDII estabelece e aplica protocolo para identificar pacientes que podem ser atendimentos em plataforma de telemedicina ou devem ser encaminhados para atendimento presencial, com base em diretrizes e evidências científicas, caso se aplique.	Cabe ao serviço definir um protocolo com critérios de atendimentos, se presencial, remoto ou híbrido para o efetivo tratamento. Para os casos de atendimento remoto, faz-se necessário a aplicação de um termo específico para este tipo de atendimento. Desta forma, o serviço deve providenciar a aplicação de consentimento junto ao paciente/cliente.
8	O CCDII dispõe de profissionais capacitados e com competências para a prestação de serviço de telemedicina, caso se aplique.	Necessário apresentar desenvolvimento periódico para atender às competências técnicas que favoreçam e possibilitem o atendimento remoto de forma a não prejudicar a assistência prestada.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT NBR ISO 9001:2008: Sistemas de gestão da qualidade - requisitos. Rio de Janeiro, 2008.
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.

ACI. ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL. Qmentum International Modelo de Acreditação. **Health Services Accreditation**, São Paulo, 2016.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://padi.org.br/>. Acessado em: 12 de outubro de 2022.

GREENFIELD, David. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. **BMC Health Services Research**, Austrália, 12, p.329, Setembro, 2012. Disponível em: <https://rdcu.be/c2XS8>. Acesso em: 12 de outubro de 2022.

HINCHCLIFF, Reece. Narrative synthesis of health service accreditation literature. **BMJ Quality & Safety**. Austrália, 21, p.12, 2012. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/21/12/979>. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

JAAFARIPOOYAN, Ebrahim. Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. **International Journal for Quality in Health Care**, . Oxford-Inglaterra Volume 23, Issue 6, p.645–656, Dezembro, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr063>. Acesso em: 11 de outubro de 2022.

KOUMPOURAS, Fotios. Stand Together and Deliver: Challenges and Opportunities for Rheumatology Education During the COVID-19 Pandemic. **Arthritis & Rheumatology**, EUA, 72, p.1064-1066, Julho, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/art.41278>. Acesso em: 12 de outubro de 2022.

MAGALDI, S. Estratégia adaptativa: As regras da competição mudaram. São Paulo: Gente editora. 2020.

Manual para organizações prestadoras de serviço de saúde OPSS: **Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2022**. Brasília, 2022.

Manual para organizações prestadoras de serviço de saúde OPSS: **Manual Brasileiro de Acreditação ONA 2026**. Brasília, 2026.

RAMOS, Virgínia. Evaluation of medical ethics competencies in rheumatology: local experience during national accreditation process. **BMJ Quality & Safety**, Austrália, 45, p.12, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2019-105717>. Acesso em: 12 de outubro de 2022.

SHAW, Charles. Accreditation in European Health Care. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Inglaterra, 32. p.5, Novembro, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(06\)32035-1](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(06)32035-1). Acesso em: 13 de outubro de 2022.

SANDHU, Veneet. Healthcare disparities in rheumatology: the role of education at a global level. **Clinical Rheumatology**. EUA, 39, p.659-666, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04777-x> . Acesso em: 11 de outubro de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANÁLISES CLÍNICAS. o Manual para Acreditação do Sistema da Qualidade de Laboratórios Clínicos do DICQ/SBAC. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://acreditacao.org.br/downloads/>. Acessado em: 12 de outubro de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL. Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br>. Acessado em: 12 de outubro de 2022.

VLIELAND, Theodora. Educational needs of health professionals working in rheumatology in Europe. **BMJ Quality & Safety**, Austrália, 2. P.2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/rmdopen-2016-000337> . Acesso em: 11 de outubro de 2022.



 www.gediib.org.br
 +55 11 94580-5406
 +55 11 3031-0804
 secretaria@gediib.org.br

