

ROADMAP DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Vivá Hospital S.A. — CMC Chapecó Medical Center

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. ONA — ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO
3. REQUISITOS ONA NÍVEL 1 — ANÁLISE POR GRUPO DE PADRÕES
4. CRONOGRAMA SUGERIDO PARA ACREDITAÇÃO ONA NÍVEL 1
5. VISÃO JCI — JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
6. VISÃO QMENTUM — ACCREDITATION CANADA
7. BENCHMARKS REGIONAIS
8. INVESTIMENTOS ESTIMADOS
9. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS
10. REFERÊNCIAS

ROADMAP DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Vivá Hospital S.A. — CMC Chapecó Medical Center

Documento: Roadmap Estratégico de Acreditação

Organização: Vivá Hospital S.A. — CNPJ 43.628.696/0001-08

Endereço: Rua Euclides Prade, 261-E — Bairro Santa Maria —
Chapecó/SC — CEP 89.812-600

Data de elaboração: Março de 2026

Versão: 1.0 — Draft Estratégico

Meta primária: ONA Nível 1 — Acreditado

Visão de longo prazo: ONA Nível 3 → JCI → Qmentum Diamond

△ **NOTA IMPORTANTE:** Este documento é um instrumento de planejamento estratégico e orientação para a gestão do Vivá Hospital S.A. As informações sobre requisitos, prazos e custos são baseadas em pesquisa de fontes públicas e experiências de mercado, podendo sofrer variações conforme a realidade institucional e as atualizações dos organismos de acreditação. Este documento **não substitui** a contratação de consultoria especializada em acreditação hospitalar, nem a leitura integral do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) e dos manuais das respectivas entidades acreditadoras.

SUMÁRIO

1. [Introdução](#)
 2. [ONA — Organização Nacional de Acreditação](#)
 3. [Requisitos ONA Nível 1 — Análise por Grupo de Padrões](#)
 4. [Cronograma Sugerido para Acreditação ONA Nível 1](#)
 5. [Visão JCI — Joint Commission International](#)
 6. [Visão Qmentum — Accreditation Canada](#)
 7. [Benchmarks Regionais](#)
 8. [Investimentos Estimados](#)
 9. [Recomendações Estratégicas](#)
 10. [Referências](#)
-

1. INTRODUÇÃO

1.1 O que é Acreditação Hospitalar

A acreditação hospitalar é um processo voluntário, periódico e reservado de avaliação externa de qualidade, por meio do qual uma organização de saúde demonstra conformidade com padrões previamente definidos por um organismo acreditador reconhecido. Ao contrário de processos fiscalizatórios, a acreditação tem caráter educativo e de melhoria contínua: não pune, orienta.

O conceito surgiu nos Estados Unidos no início do século XX, com a criação do American College of Surgeons (1913), evoluindo para o que hoje é a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). No Brasil, o programa foi estruturado a partir de 1998, com a publicação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) e a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 1999.

A metodologia avalia de forma sistêmica as organizações de saúde, cobrindo desde as condições estruturais e de infraestrutura até os processos assistenciais, de gestão e os resultados obtidos para os pacientes. A avaliação é conduzida por avaliadores treinados e credenciados, vinculados a Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs) pela ONA.

1.2 Benefícios da Acreditação

Para os pacientes: - Maior segurança no cuidado assistencial - Redução de eventos adversos e infecções hospitalares - Processos padronizados e rastreáveis - Profissionais capacitados e protocolos atualizados - Transparência e confiabilidade na escolha do serviço de saúde

Para a organização: - Diferencial competitivo no mercado de saúde suplementar - Melhoria contínua dos processos internos - Redução de desperdícios, retrabalho e custos operacionais evitáveis - Fortalecimento da cultura de segurança entre os colaboradores - Facilidade de credenciamento junto a operadoras de planos de saúde - Valorização institucional perante a comunidade, prestadores e investidores

Para os profissionais: - Ambiente de trabalho mais seguro e organizado - Protocolos claros reduzem a insegurança clínica - Educação continuada como parte da cultura institucional

Para o sistema de saúde: - Otimização de recursos e redução de hospitalizações evitáveis - Indicadores que subsidiam políticas públicas e contratos de resultado - Benchmarks que elevam o padrão do setor regionalmente

1.3 Panorama no Brasil e em Santa Catarina

O Brasil conta atualmente com mais de 1.800 organizações de saúde acreditadas ou em processo de acreditação pela ONA — número que representa cerca de 10% dos hospitais brasileiros, percentual ainda baixo mas em crescimento acelerado. O maior número de acreditados concentra-se nas regiões Sudeste e Sul.

Santa Catarina possui um dos mais robustos ecossistemas de acreditação do país, com hospitais de referência em diversas cidades obtendo os mais altos níveis de certificação. Chapecó, em particular, destaca-se por ter o Hospital Unimed Chapecó acreditado em nível

máximo pela ONA (Nível 3 — Acreditado com Excelência) desde 2017, recertificado em 2021, e ainda certificado internacionalmente pelo programa Qmentum Diamond da Accreditation Canada desde 2020.

Para um hospital novo como o Vivá Hospital S.A., o momento inaugural representa uma oportunidade única: **implementar os padrões de qualidade desde o primeiro dia de operação**, sem a necessidade de desmontar processos já enraizados. Essa é uma vantagem competitiva estratégica que poucos hospitais têm — e que deve ser explorada ao máximo.

2. ONA — ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

2.1 Visão Geral do Sistema

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma entidade privada, sem fins lucrativos, fundada em 1999 com missão de promover a melhoria contínua da qualidade e segurança em organizações de saúde brasileiras. É reconhecida pelo Ministério da Saúde como a metodologia nacional de referência para acreditação hospitalar.

O sistema ONA opera por meio de Instituições Acreditadoras Credenciadas (IACs) — organizações privadas credenciadas pela ONA para realizar as visitas de avaliação. Entre as principais IACs atuantes no Brasil estão: DNV Brasil, Bvqi (Bureau Veritas), Vanzolini, IQG, IBES, entre outras.

A avaliação é conduzida por avaliadores treinados e certificados pela ONA, com formação específica em saúde, gestão e qualidade. O processo é:

- **Voluntário:** A organização decide participar por iniciativa própria
- **Periódico:** Inclui avaliações durante o período de validade do certificado
- **Reservado:** As informações do processo não são divulgadas publicamente

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) organiza os padrões em **seções** (serviços, unidades ou setores com características semelhantes) e avalia a organização de forma sistêmica e integrada, buscando consistência entre todos os setores.

2.2 Os Três Níveis de Acreditação ONA

Nível 1 — Acreditado

Princípio central: Segurança

A organização demonstra estar em conformidade com **70% ou mais** dos padrões de qualidade e segurança estabelecidos pela ONA. São consideradas todas as áreas da instituição: aspectos estruturais, assistenciais, de gestão e de recursos humanos.

Características do Nível 1: - Capacitação dos membros da equipe assistencial e de suporte - Cumprimento dos requisitos essenciais de segurança para proteção do paciente durante intervenções e procedimentos - Infraestrutura essencial que assegure a prestação de cuidados de forma consistente - Processos mínimos documentados e conhecidos pela equipe - Certificado válido por **2 anos**

Nível 2 — Acreditado Pleno

Princípio central: Segurança + Organização

A organização deve atingir **80% ou mais** dos padrões de qualidade e segurança e **70% ou mais** dos padrões de gestão integrada, demonstrando que os processos ocorrem de maneira fluida e com plena comunicação entre as atividades.

Características do Nível 2: - Presença de diretrizes, práticas e protocolos documentados, atualizados, acessíveis e efetivamente seguidos - Comprovação da implementação de abordagem de melhoria contínua nos cuidados assistenciais - Foco centrado no paciente na prestação de serviços - Gestão integrada entre os setores - Certificado válido por **2 anos**

Nível 3 — Acreditado com Excelência

Princípio central: Segurança + Organização + Resultados

A organização deve atingir **90% ou mais** dos padrões de qualidade e segurança, **80% ou mais** de gestão integrada e **70% ou mais** dos padrões de excelência em resultados institucionais, demonstrando benchmarks de desempenho e cultura de melhoria baseada em evidências.

Características do Nível 3: - Indicadores de desempenho monitorados sistematicamente - Resultados comparáveis a benchmarks nacionais e internacionais - Cultura institucional consolidada de segurança e melhoria contínua - Liderança engajada na gestão pela qualidade - Certificado válido por **2 anos**

2.3 Processo de Certificação ONA

O processo de acreditação ONA envolve as seguintes etapas:

Etapla 1 — Contato com a IAC A organização de saúde escolhe uma Instituição Acreditadora Credenciada (IAC) de sua preferência. A IAC apresenta a metodologia, os padrões e os requisitos do processo. O relacionamento com a IAC é o ponto central de toda a jornada.

Etapla 2 — Avaliação Diagnóstica (opcional, mas altamente recomendada) Antes de iniciar o processo formal, a organização pode solicitar à IAC uma visita diagnóstica. Nessa visita, avaliadores experientes percorrem a instituição e identificam o grau atual de conformidade com os padrões ONA, mapeando as lacunas prioritárias. É um investimento estratégico que orienta todo o plano de ação.

Etapla 3 — Contratação e Inscrição Formal Com o diagnóstico em mãos e o plano de ação estruturado, a organização formaliza o contrato com a IAC. A IAC solicita então a inscrição no Sistema ONA. A organização recebe um prazo para confirmar e efetivar a solicitação de acreditação no sistema.

Etapla 4 — Preparação para a Avaliação Com a data de avaliação agendada, a organização concentra esforços na implementação dos padrões, capacitação das equipes, atualização de protocolos e simulações internas. Auditorias internas e visitas de acompanhamento pela IAC podem ocorrer nessa fase.

Etapla 5 — Visita de Avaliação para Certificação A IAC agenda a visita de avaliação com a organização. Uma equipe de avaliadores credenciados realiza a visita, percorrendo todos os setores e avaliando conformidade com os padrões MBAH. São realizadas entrevistas com lideranças e colaboradores, observação direta de processos e análise de documentação.

Etapa 6 — Análise e Deliberação Os resultados da visita são submetidos ao sistema ONA para análise e deliberação. Em caso de conformidade com o nível solicitado, o certificado é emitido.

Etapa 7 — Certificação e Manutenção O certificado ONA tem validade de 2 anos. Durante esse período, a organização mantém o compromisso com os padrões e pode passar por visitas de acompanhamento. A recertificação exige nova avaliação antes do vencimento.

2.4 Prazo Típico: Da Decisão à Certificação

Com base em experiências de mercado documentadas por IACs e consultores especializados:

Perfil da Organização	Prazo Estimado
Hospital com processos já parcialmente estruturados, com diagnóstico prévio	6 a 9 meses
Hospital novo, implementando padrões desde a abertura (como o Vivá)	10 a 15 meses
Hospital com lacunas significativas de processos e cultura	15 a 24 meses
Hospital buscando ONA Nível 3 diretamente	Acima de 30 meses (geralmente requer passagem pelos níveis anteriores)

Para o Vivá Hospital, que terá a vantagem de iniciar as operações com foco em qualidade desde o primeiro dia, estima-se um prazo de **12 a 15 meses** para a primeira certificação ONA Nível 1, considerando que a inauguração já incorpore os requisitos estruturais (amplamente verificados no projeto) e que o plano de implementação de processos seja iniciado desde antes da abertura.

2.5 Custos Estimados

Os custos do processo de acreditação ONA dividem-se em:

Taxa de Avaliação para Certificação (ONA — 2024)

Conforme tabela oficial da ONA vigente em 2024: - Organizações hospitalares com mais de 20 leitos: **R\$ 55,00 por leito**

Estimativa para o Vivá Hospital (considerando ~100 leitos ativos: 10 UTI + 9 RPA CC + 15 RPA UCA + 60 internação + 6 observação PA): - **Taxa de avaliação estimada: R\$ 5.500,00 a R\$ 6.600,00** (a depender do número de leitos habilitados no momento da avaliação)

Nota: As taxas ONA são reajustadas periodicamente. Consultar tabela vigente no site da ONA (ona.org.br) no momento da inscrição.

Honorários da IAC (Instituição Acreditadora)

Os honorários variam conforme a IAC escolhida, o porte da organização e os serviços contratados (diagnóstico + avaliação, ou só avaliação). Não são tabelados pela ONA. - **Estimativa de mercado: R\$ 15.000 a R\$ 40.000** pela visita diagnóstica + visita de avaliação para Nível 1

Consultoria Especializada em Acreditação

Este é o maior investimento, e também o de maior impacto. Consultores especializados auxiliam na interpretação dos padrões, elaboração de protocolos, treinamento de equipes e preparação para a visita de avaliação. - **Estimativa de mercado: R\$ 8.000 a R\$ 25.000/mês**, por 6 a 12 meses, totalizando **R\$ 50.000 a R\$ 300.000** dependendo do modelo de contratação e da profundidade do trabalho

Treinamentos e Capacitações

- Treinamentos específicos de liderança em qualidade, segurança do paciente, CCIH, gestão de riscos
- **Estimativa: R\$ 20.000 a R\$ 80.000** ao longo do processo

Adequações de Processos e Documentação

- Sistema de gestão de documentos e protocolos (software GED ou similar)
- Impressão e digitalização de documentos, formulários, registros
- **Estimativa: R\$ 10.000 a R\$ 50.000**

Resumo do Investimento Total Estimado — ONA Nível 1

Item	Estimativa Mínima	Estimativa Máxima
Taxa ONA (visita de avaliação)	R\$ 5.500	R\$ 7.000
Honorários IAC (diagnóstico + avaliação)	R\$ 15.000	R\$ 40.000
Consultoria especializada	R\$ 50.000	R\$ 300.000
Treinamentos e capacitações	R\$ 20.000	R\$ 80.000
Documentação e sistemas	R\$ 10.000	R\$ 50.000
TOTAL ESTIMADO	R\$ 100.500	R\$ 477.000

Nota: Os valores acima são estimativas baseadas em fontes públicas e relatos de mercado (2023-2024). Variações significativas são esperadas conforme o estado atual de preparação do hospital, a IAC escolhida e o modelo de consultoria contratado. Para hospitais que iniciam com processos bem estruturados desde a abertura, os custos tendem ao patamar inferior da faixa.

2.6 Validade e Manutenção

- O certificado ONA tem validade de **2 anos**
- Durante o período de validade, a organização pode passar por visitas de acompanhamento pela IAC
- A recertificação requer nova visita de avaliação antes do vencimento
- Organizações certificadas em Nível 1 que evoluírem nos processos podem solicitar avaliação para Nível 2 antes do vencimento do certificado atual
- A manutenção anual da qualidade (auditorias internas, atualização de protocolos, treinamentos contínuos) representa um custo permanente estimado em **R\$ 30.000 a R\$ 100.000/ano**, dependendo do porte e da estrutura de qualidade interna

3. REQUISITOS ONA NÍVEL 1 — ANÁLISE POR GRUPO DE PADRÕES

Para cada grupo de padrões do MBAH, analisamos o que o Vivá Hospital já atende com base no projeto arquitetônico verificado e o que ainda precisa ser implementado nos processos, governança e cultura institucional.

3.A Liderança e Administração

Requisitos ONA Nível 1: - Estrutura organizacional formal com definição de responsabilidades - Liderança comprometida com a qualidade e segurança do paciente - Missão, visão e valores institucionais definidos e comunicados - Planejamento estratégico com objetivos de qualidade - Políticas institucionais de ética, privacidade e direitos do paciente - Mecanismos de comunicação interna eficazes

O que o Vivá Hospital já atende: - Estrutura física de suporte à gestão (salas administrativas, diretoria identificadas no projeto) - Hospital em constituição com oportunidade de definir estrutura organizacional desde o início - Responsável Técnico identificado (RT Sandra Paula Fiorentini Kaufmann)

O que precisa ser implementado: - Aprovação e publicação formal do organograma institucional - Definição e comunicação de missão, visão e valores - Política de qualidade assinada pela Presidência (Luciana Lang) - Criação formal do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) - Regulamento interno e normas de funcionamento aprovados - Manual do funcionário e do paciente - Canais formais de comunicação interna (murais, sistemas, reuniões) - Comitê de Ética em Pesquisa (se aplicável) e Comitê de Ética em Saúde - Política de gestão de conflitos de interesse e relacionamento ético com fornecedores

3.B Gestão da Qualidade

Requisitos ONA Nível 1: - Programa formal de qualidade implementado - Identificação e monitoramento de indicadores mínimos de qualidade - Registro e análise de eventos adversos (notificação interna) - Processo de auditorias internas - Plano de ação corretiva para não conformidades identificadas

O que o Vivá Hospital já atende: - Comprometimento da Presidência com acreditação (meta declarada pela Sra. Luciana Lang) - Projeto arquitetônico plenamente conforme com normas regulatórias, o que facilita a dimensão estrutural da avaliação

O que precisa ser implementado: - Criação do Programa de Gestão da Qualidade (PGQ) formal - Definição do painel de indicadores hospitalares mínimos (Taxa de infecção hospitalar, mortalidade, tempo de espera, taxa de cancelamento cirúrgico, etc.) - Sistema de notificação de eventos adversos (pode ser simplificado no início — impresso ou digital) - Procedimentos de auditoria interna periódica (no mínimo semestral) - Plano de melhoria contínua com metas, responsáveis e prazos - Registro e análise de não conformidades - Reuniões periódicas do NQSP com ata registrada

3.C Gestão de Pessoas

Requisitos ONA Nível 1: - Processo seletivo documentado, com verificação de habilitação profissional (diplomas, CRM, COREN, etc.) - Prontuário funcional completo para todos os colaboradores - Programa de integração/admissão para novos colaboradores - Programa de educação continuada implementado - Avaliação de

desempenho dos profissionais - Controle de saúde ocupacional (PCMSO, exames admissionais/periódicos) - Registro de treinamentos individuais

O que o Vivá Hospital já atende: - Áreas de conforto e apoio para equipes identificadas no projeto (Conforto Médico 69,37 m², Conforto Colaboradores) - Vestiários adequados para diversas equipes em todos os setores críticos

O que precisa ser implementado: - Política de gestão de pessoas aprovada formalmente - Matriz de competências por cargo/função - Processo documentado de verificação de habilitação profissional antes da admissão - Programa de integração para todos os colaboradores (conteúdo mínimo: missão/visão/valores, segurança do paciente, protocolos do setor, prevenção de infecções) - Cronograma anual de educação continuada e treinamentos obrigatórios - Prontuários funcionais físicos ou digitais completos - PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) implementado - PPRA/PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais) ativo

3.D Gestão da Infraestrutura

Requisitos ONA Nível 1: - Plano de manutenção preventiva de equipamentos e instalações - Controle de calibração de equipamentos médico-hospitalares - Programa de segurança contra incêndio e emergências (PSCIP, PPCI) - Plano de contingência para falhas de utilidades (energia, água, gases) - Registro de manutenções realizadas - Gestão de resíduos de serviços de saúde (PGRSS)

O que o Vivá Hospital já atende (estrutural): - Centro cirúrgico com layout e dimensionamento conformes (8 salas operacionais confirmadas — 6 convencionais + 1 especial + 1 ambulatorial) - UTI com 10 boxes plenamente conformes, incluindo box de isolamento com antecâmara - CME com fluxo unidirecional, segregação suja/limpa e exaustão confirmados - Estrutura de resíduos com segregação por grupo (A, B, D, E) e ARS identificados no projeto - Farmácia Central no 4º Subsolo com salas especializadas (fracionamento, controlados, inflamáveis) - Farmácias satélites nos setores críticos (CC, UTI, PA) - Sistema de exaustão mecânica nos setores de risco (expurgos, isolamentos, CME) - Gases medicinais identificados na estrutura (subsolos e referência nas pranchas) - Acessibilidade: rampas, elevadores e sanitários PCR identificados em múltiplos pavimentos - Saídas de emergência e corredores largos (≥ 2,20 m) confirmados nas plantas

O que precisa ser implementado: - Inventário completo de equipamentos médico-hospitalares com número de série, fabricante e data de aquisição - Plano de manutenção preventiva e corretiva (com cronograma, responsáveis e registros) - Planilha de controle de calibração e validação de equipamentos - PPCI (Plano de Prevenção e Combate a Incêndio) aprovado pelo Corpo de Bombeiros - Plano de contingência para falha de energia, água e gases medicinais - PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde) aprovado - Licenças ambientais e alvarás sanitários em dia - Plano de manutenção do sistema de climatização (HVAC) com registros de qualidade do ar - Gestão de utilidades: contrato com fornecedores de gases medicinais e serviços críticos

3.E Assistência ao Paciente

Esta seção cobre os principais setores assistenciais do Vivá Hospital.

3.E.1 Pronto-Atendimento

O que o Vivá Hospital já atende: - Área de triagem (9,21 m²) identificada - 3 consultórios de atendimento (12,17-12,57 m² cada) — acima do mínimo - Sala de observação (62,66 m²) para 6 leitos = 10,44 m²/leito — conforme - Isolamento com antecâmara (10,80 + 5,40 m²) - Sala de suturas/curativos (24,02 m²), sala de gesso (13,86 m²), sala de medicação (46,13 m²) - Acesso exclusivo para ambulâncias segregado do acesso principal

O que precisa ser implementado: - Protocolo de Triagem de Manchester (ou equivalente) com treinamento formal - Protocolo de identificação do paciente na admissão - Protocolo de transferência de pacientes graves - Registro eletrônico ou manual padronizado de atendimentos - Prontuário de urgência estruturado - Protocolo de sedação para procedimentos no PA - Protocolo de atendimento a pacientes em situação de violência (Notificação compulsória)

3.E.2 Centro Cirúrgico

O que o Vivá Hospital já atende: - 6 salas cirúrgicas convencionais (36,91-45,56 m²) + 1 sala especial robótica (58,07 m²) + 1 sala ambulatorial (33,41 m²) - Vestiários de barreira masculino e feminino com exaustão mecânica - Fluxo unidirecional: suja/limpa segregados - RPA CC (94,52 m² / 9 leitos = 10,50 m²/leito) e RPA UCA (194,21 m² / 15 leitos) - Expurgo CC (11,46 m²) com exaustão mecânica - Arsenal CME e farmácia satélite CC (22,80 m²) - Sala de espera para acompanhantes (79,10 m² / 22 lugares) - Conforto médico e de colaboradores identificados

O que precisa ser implementado: - Lista de Verificação de Cirurgia Segura (Checklist OMS) como processo obrigatório e documentado - Protocolo de marcação de sítio cirúrgico - Protocolo de contagem de compressas e instrumentais - Processo de consentimento informado cirúrgico e anestésico - Protocolo de profilaxia antimicrobiana perioperatória - Registro perioperatório padronizado (anestesia, cirurgia, recuperação) - Escala de escalação cirúrgica documentada - Protocolo de equipamentos críticos do CC (manutenção, calibração, esterilização) - Treinamento de equipe em situações de emergência no CC

3.E.3 UTI

O que o Vivá Hospital já atende: - 10 boxes (13,27-14,82 m²) — acima do mínimo de 10 m² - Box 07 de isolamento (14,45 m²) com antecâmara (6,15 m²) e banho privativo (4,95 m²) - Posto de monitorização com visibilidade - Sala de espera familiar (55,85 m² / 24 lugares), sala de entrevista (5,76 m²) - Farmácia satélite UTI (9,76 m²) - Expurgo UTI (6,32 m²) com exaustão - Área de plantonistas (10,42 m² + banho)

O que precisa ser implementado: - Protocolos assistenciais específicos da UTI: sepse, ventilação mecânica, controle glicêmico, nutrição, prevenção de úlcera por pressão, prevenção de TVP - Bundle de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS): BVC, PAV, ITU-AC - Protocolo de transporte intra-hospitalar de pacientes críticos - Escores de gravidade e critérios de admissão/alta da UTI - Protocolo de comunicação com familiares (visitas, informações) - Indicadores de qualidade específicos da UTI (taxa de mortalidade padronizada, dias sem PAV, etc.) - Registro padronizado de evolução de enfermagem e médica

3.E.4 Internação

O que o Vivá Hospital já atende: - 60 leitos de internação (2 pavimentos × 30 leitos): 10 apartamentos + 10 quartos duplos por andar - Quarto de isolamento com antecâmara em cada pavimento (Apt. 05) - Postos de enfermagem centralizados (56 m²) com visibilidade - Varandas de deambulação generosas (242-89 m²) - Salas de espera por pavimento (~45 m² / 15 lugares)

O que precisa ser implementado: - Protocolo de admissão hospitalar com avaliação de risco (escala de Braden, escala de quedas de Morse, avaliação nutricional) - Processo de identificação do paciente (pulseira com nome, data de nascimento, número de registro) - Processo de comunicação de alta e orientação ao paciente/família - Processo de conciliação medicamentosa na admissão e alta - Protocolo de prevenção de quedas - Protocolo de prevenção de úlcera por pressão - Prontuário estruturado com evolução diária de médicos e enfermagem - Planejamento de alta desde a admissão

3.F Diagnóstico

Requisitos ONA Nível 1: - Laboratório com processos documentados de coleta, processamento e emissão de laudos - Diagnóstico por imagem com processos documentados e controle de qualidade - Controle de qualidade interno e participação em programas externos de proficiência

O que o Vivá Hospital já atende: - Estrutura de diagnóstico por imagem no térreo: Ressonância Magnética (39,14 m²), Tomografia (34,92 m²), Raio X (26,75 m²), Mamografia (18,90 m²), 3 Ultrassons, Densitometria - Endoscopia identificada no térreo - Câmara hiperbárica identificada no térreo - Sala de laudos (6,50 + 8,96 m²) - Laboratório no 1º Pavimento integrado ao CC

O que precisa ser implementado: - Projeto de proteção radiológica para Raio X, Tomografia e Mamografia (aprovação CNEN/VISA — VERIFICAR) - Manual de qualidade do laboratório clínico - Participação em programa externo de controle de qualidade analítico (PNCQ, PALC ou similar) - Protocolo de rastreabilidade de amostras (coleta → análise → laudo) - Processo de notificação de resultados críticos (valores de pânico) - Controle de qualidade dos equipamentos de imagem - Registro de manutenção preventiva dos equipamentos de imagem - Tempo de resposta para resultados definido e monitorado

3.G Apoio Técnico e Logístico

3.G.1 CME — Central de Material e Esterilização

O que o Vivá Hospital já atende: - Barreira física área suja/limpa com fluxo unidirecional confirmado no projeto - Expurgo CME (44,52 m²) com exaustão mecânica - Sala de preparo (52,56 m²) e arsenal esterilizado (38,36 m²) - Central de Osmose Reversa (9,40 m²) para esterilização a vapor - Integração funcional com CC confirmada nas plantas - Resíduos e roupa suja CME (20,40 m²) com exaustão

O que precisa ser implementar: - POP (Procedimento Operacional Padrão) para cada etapa do processamento de artigos (recepção, expurgo, preparo, esterilização, armazenamento, distribuição) - Registros de ciclos de esterilização (indicadores físicos, químicos e biológicos) - Rastreabilidade de artigos: artigo → ciclo de esterilização → paciente utilizado - Controle de prazo de validade dos artigos esterilizados - Qualificação/validação dos equipamentos de esterilização (autoclaves, plasma) - Treinamento específico de equipe da CME (RDC 15/2012 ou atualização vigente)

3.G.2 Farmácia

O que o Vivá Hospital já atende: - Farmácia Central no 4º Subsolo com áreas especializadas (sólidos 33,04 m², injetáveis, líquidos, controlados 5,52 m², inflamáveis 5,52 m²) - 3 farmácias satélite nos setores críticos (PA, UTI, CC) - Depósito de inflamáveis com forro corta-fogo

O que precisa ser implementado: - Farmacêutico responsável habilitado em farmácia hospitalar - Sistema de dispensação de medicamentos (unitário ou individualizado) - Processo de reconciliação medicamentosa - Protocolos de armazenamento (temperatura, umidade, controlados) - Controle de rastreabilidade de lote e validade - Câmaras frias com monitoramento contínuo de temperatura - Farmacovigilância: registro e notificação de eventos adversos a medicamentos (EAM) - Validação da prescrição médica antes da dispensação

3.G.3 Nutrição e Dietética

O que o Vivá Hospital já atende: - Cozinha/copa identificada no projeto (4º Subsolo) - Copas de distribuição por pavimento de internação - Nutrição parenteral: área de preparo identificada na Farmácia

O que precisa ser implementado: - Nutricionista responsável habilitado - Triagem nutricional na admissão (NRS-2002 ou similar) - Cardápios padronizados por tipo de dieta (terapêutica, geral, pastosa, líquida) - Protocolo de nutrição enteral e parenteral - Controle de qualidade da produção de alimentos (APPCC) - Registro diário de temperatura de refrigeradores e câmaras frias - Orientação nutricional na alta hospitalar

3.G.4 Lavanderia e Rouparia

O que o Vivá Hospital já atende: - Rouparia e lavanderia identificadas no projeto (4º Subsolo com áreas separadas) - Separação física de roupas limpas e sujas por setor

O que precisa ser implementado: - Definição do modelo: lavanderia própria ou terceirizada (contrato e controle de qualidade) - POP de manejo de roupa contaminada (segregação, acondicionamento, transporte) - Controle de qualidade do processo de lavagem e dobragem - Rastreabilidade de enxoval por setor

3.H Gestão de Riscos

Requisitos ONA Nível 1: - Identificação dos principais riscos institucionais - Processo formal de notificação de eventos adversos, incidentes e near miss - Análise de causa raiz para eventos sentinela - Plano de resposta a riscos identificados

O que o Vivá Hospital já atende: - Infraestrutura de segurança contra incêndio identificada (saídas de emergência, corredores largos, escadas de emergência) - Isolamento de pacientes com patologias infecciosas previsto no projeto (antecâmaras em CC, UTI, internação e PA)

O que precisa ser implementado: - Criação do Comitê de Segurança do Paciente (ou integração ao NQSP) - Implantação do Sistema de Notificação de Eventos Adversos (formulário de notificação voluntária e anônima) - Definição e comunicação dos Eventos Sentinela que exigem análise de causa raiz (ARC/RCA) - Mapa de riscos por setor - Metas Internacionais de Segurança do Paciente

como protocolo operacional: 1. Identificação correta do paciente (pulseira obrigatória) 2. Comunicação efetiva (passagem de plantão estruturada – SBAR) 3. Segurança na administração de medicamentos (alto risco, 2 checagens) 4. Cirurgia segura (Checklist OMS) 5. Higiene das mãos 6. Prevenção de quedas e úlceras por pressão - Plano de resposta a emergências (código de emergência, código de sepse, código de parada, etc.)

3.I Prevenção e Controle de Infecções (CCIH)

Requisitos ONA Nível 1: - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) formalmente constituída (obrigatório por lei – Lei 9.431/97) - Programa de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PCIRAS) - Vigilância das IRAS por topografia (ITU, ISC, PAV, ICS) - Programa de higiene das mãos - Protocolos de precauções de transmissão (padrão, contato, gotícula, aérea) - Políticas de uso racional de antimicrobianos

O que o Vivá Hospital já atende: - Estrutura física com antecâmaras e isolamentos em todos os setores críticos - Sistemas de exaustão mecânica nos expurgos e áreas de risco - Lavabos cirúrgicos previstos no acesso ao CC

O que precisa ser implementado: - Constituição formal da CCIH (presidente médico, secretário enfermeiro, membros executivos) - Elaboração e aprovação do PCIRAS - Campanha e treinamento de higiene das mãos (WHO – os 5 momentos) - Auditoria de higiene das mãos com taxa de adesão monitorada - Protocolos escritos de precauções de transmissão com sinalização nos quartos - Vigilância ativa das IRAS: definição de casos, coleta de dados, análise e feedback - Política de antibioticoprofilaxia cirúrgica e antimicrobiana - Programa de stewardship antimicrobiano (uso racional de antibióticos) - Controle de surtos infecciosos: plano de investigação e contenção

3.J Gestão de Documentos e Registros

Requisitos ONA Nível 1: - Sistema de gestão de documentos (protocolos, POPs, normas) com controle de versão - Prontuário do paciente estruturado, legível, completo e confidencial - Preservação e guarda de documentos conforme legislação vigente - Política de acesso e confidencialidade dos registros

O que o Vivá Hospital já atende: - N/A (sistema documental é implementado nos processos, não na infraestrutura física)

O que precisa ser implementado: - Sistema de gestão documental (GED) – pode ser digital (recomendado) ou físico - Política de gestão de documentos: criação, revisão, aprovação, distribuição e descarte - Controle de versão de todos os documentos normativos (POPs, protocolos, normas, regimentos) - Modelo padronizado de prontuário do paciente (papel ou eletrônico) - Política de guarda, confidencialidade e acesso ao prontuário (conforme CFM e LGPD) - Backup de registros críticos - Mapa documental por setor (quais documentos devem existir em cada área)

4. CRONOGRAMA SUGERIDO PARA ACREDITAÇÃO ONA NÍVEL 1

Premissas do Cronograma

O Vivá Hospital tem uma vantagem competitiva única: **implementar todos os processos desde antes da inauguração**. Isso elimina um dos maiores obstáculos de outros hospitais — a resistência cultural à mudança e a necessidade de “desmontar” processos já estabelecidos. O hospital pode nascer acreditado.

O cronograma abaixo considera: - Inauguração aproximada: entre os meses 3 e 6 do projeto de acreditação - Contratação de consultoria especializada antes da abertura - Formação do NQSP como primeiro ato institucional de qualidade

Fase 1 — Estruturação (Meses 1 a 3, antes ou na inauguração)

Objetivo: Criar as bases organizacionais da qualidade

Atividade	Responsável	Prazo
Contratação de consultoria especializada em acreditação ONA	Presidência	Mês 1
Visita diagnóstica pela IAC escolhida	IAC + Consultoria	Mês 1-2
Formação e designação formal do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	Presidência / Diretoria	Mês 1
Aprovação de missão, visão, valores e política de qualidade	Presidência	Mês 1
Definição e publicação do organograma institucional	Diretoria	Mês 1
Constituição formal da CCIH	Direção Clínica	Mês 1
Aprovação do Regimento Interno e normas de funcionamento	Diretoria Jurídica	Mês 2
Definição do sistema de gestão documental (GED)	NQSP	Mês 2
Mapa documental por setor — o que deve ser criado	NQSP + Consultoria	Mês 2
Início da elaboração dos POPs e protocolos prioritários	Equipes + NQSP	Meses 2-3
Treinamento inicial da liderança em gestão pela qualidade e segurança	Consultoria	Meses 2-3
Implementação do Programa de Higiene das Mãos	CCIH	Mês 3

Implantação do sistema de notificação de eventos adversos	NQSP	Mês 3
Definição e publicação das Metas de Segurança do Paciente	NQSP	Mês 3
PCIRAS aprovado e publicado	CCIH	Mês 3

Entregáveis da Fase 1: - NQSP constituído e operacional - CCIH constituída - Missão, visão e política de qualidade publicadas - Mapa documental completo - 30-50% dos POPs prioritários elaborados - Sistema de notificação de eventos ativo

Fase 2 – Implementação (Meses 4 a 8, início da operação)

Objetivo: Implementar protocolos, indicadores e cultura de qualidade em todos os setores

Atividade	Responsável	Prazo
Treinamento de integração para todos os novos colaboradores	RH + NQSP	Mês 4 (contínuo)
Implementação da Identificação do Paciente (pulseira) em todos os setores	Enfermagem	Mês 4
Implantação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (CC)	Coordenador CC	Mês 4
Implantação do protocolo de passagem de plantão estruturada (SBAR)	Enfermagem + Médica	Mês 4
Elaboração e aprovação dos 100% dos protocolos e POPs do mapa documental	Equipes + NQSP	Meses 4-6
Definição e implementação do painel de indicadores hospitalares	NQSP + Diretoria	Mês 5
Início da coleta e monitoramento dos indicadores	NQSP	Mês 5 (contínuo)
Treinamentos específicos por setor (UTI, CC, CME, CCIH)	Lideranças setoriais	Meses 4-7
Auditorias internas iniciais por setor	NQSP + Auditores internos	Meses 6-7
Revisão e atualização dos protocolos baseada nos resultados das	Equipes	Meses 7-8

auditorias		
Simulações de emergência (código vermelho, seps, parada cardiorrespiratória)	NQSP + Equipes	Meses 7-8
Monitoramento da higiene das mãos com feedback por setor	CCIH	Meses 4-8
Reuniões mensais do NQSP com análise de indicadores	NQSP	Mensal
Reuniões trimestrais da CCIH com análise de IRAS	CCIH	Trimestral

Entregáveis da Fase 2: - 100% dos documentos normativos elaborados e aprovados - Painel de indicadores operacional com 3+ meses de dados - Primeiras auditorias internas concluídas com planos de ação - Equipes treinadas nos protocolos de segurança do paciente - Taxas de adesão à higiene das mãos sendo monitoradas

Fase 3 – Consolidação (Meses 9 a 12)

Objetivo: Consolidar a cultura de qualidade, corrigir lacunas e preparar para a avaliação ONA

Atividade	Responsável	Prazo
Segunda rodada de auditorias internas por setor	NQSP	Meses 9-10
Análise dos indicadores: identificar desvios e implementar melhorias	NQSP + Diretoria	Meses 9-10
Revisão de todos os documentos: estão atualizados, acessíveis e seguidos?	NQSP	Meses 9-10
Simulação de visita de acreditação (mock survey) com consultoria	Consultoria + NQSP	Mês 10-11
Plano de ação para lacunas identificadas no mock survey	NQSP	Mês 11
Ajustes finais em protocolos e processos	Equipes	Meses 11-12
Preparação de toda a equipe para a visita: o que esperar, como responder	NQSP + Consultoria	Mês 12
Verificação final da documentação e evidências	NQSP	Mês 12
Solicitação formal à		

IAC para
agendamento da
visita de avaliação

NQSP + Presidência

Mês 12

Entregáveis da Fase 3: - Simulação concluída com identificação e correção de lacunas residuais - Toda a equipe preparada e informada sobre o processo de avaliação - Documentação e evidências organizadas para apresentação aos avaliadores - Inscrição formal no processo de avaliação ONA realizada

Fase 4 – Certificação (Meses 13 a 15)

Objetivo: Obter o certificado ONA Nível 1

Atividade	Responsável	Prazo
Visita de Avaliação pela IAC	IAC + Equipe Vivá	Mês 13-14
Análise dos resultados e plano de ação para eventuais não conformidades	NQSP	Mês 14
Deliberação da ONA e emissão do certificado	ONA	Mês 14-15
Celebração institucional e comunicação ao mercado	Presidência + Marketing	Mês 15
Início do planejamento para ONA Nível 2	NQSP + Presidência	Mês 15

Visão de Evolução Pós-Nível 1

Meses 1-15: ONA Nível 1 (Acreditado) ← META PRIMÁRIA
Meses 16-30: ONA Nível 2 (Acreditado Pleno)
Meses 31-48: ONA Nível 3 (Acreditado com Excelência)
Anos 4-6: JCI ou Qmentum International

5. VISÃO JCI – JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

5.1 O que é a JCI

A Joint Commission International (JCI) é a divisão internacional da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organização americana fundada em 1951 com a missão de melhorar a segurança e a qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo. A JCI é amplamente reconhecida como o **padrão-ouro da acreditação hospitalar internacional**.

Com operações em mais de 100 países e acima de 1.000 organizações de saúde acreditadas globalmente, a JCI representa o mais rigoroso e prestigioso selo de qualidade em saúde do mundo. No Brasil, hospitais como o Hospital Israelita Albert Einstein (SP), Hospital Sírio-Libanês (SP), Hospital Moinhos de Vento (RS), entre outros, são referências nacionais com acreditação JCI.

5.2 O que diferencia a JCI da ONA

Aspecto	ONA	JCI
Abrangência	Brasil	Internacional (100+ países)
Reconhecimento	Nacional	Mundial
Número de padrões	~400-500 itens	Acima de 1.200 requisitos
Foco central	Segurança → Gestão → Resultados (por nível)	Segurança do paciente + Qualidade internacional
Tempo médio de preparação	6 a 24 meses	18 a 36 meses
Idioma da avaliação	Português	Inglês (com suporte em português)
Ciclo de validade	2 anos	3 anos
Custo (estimativa)	R\$ 100-500 mil (todo o processo)	US\$ 30.000-80.000 (taxa JCI) + consultoria

5.3 Domínios de Avaliação JCI

Os Padrões Internacionais de Acreditação Hospitalar da JCI (6ª edição) organizam-se em:

Padrões Centrados no Paciente: - IPSPG — Metas Internacionais de Segurança do Paciente (6 metas) - ACC — Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado - PFR — Direitos do Paciente e da Família - AOP — Avaliação dos Pacientes - COP — Cuidado dos Pacientes - ASC — Anestesia e Cuidados Cirúrgicos - MMU — Gestão e Uso de Medicamentos - PFE — Educação do Paciente e da Família

Padrões de Gestão da Organização: - QPS — Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente - PCI — Prevenção e Controle de Infecções - GLD — Governança, Liderança e Direção - FMS — Gestão das Instalações e Segurança - SQE — Qualificação e Educação de Pessoal - MOI — Gestão e Comunicação de Informações

5.4 Caminho ONA → JCI

A progressão natural recomendada é:

1. **ONA Nível 1** (meta primária Vivá Hospital): foco em segurança e estrutura básica
2. **ONA Nível 2:** gestão integrada, processos maduros, indicadores consolidados
3. **ONA Nível 3:** excelência em resultados, cultura consolidada, benchmarks
4. **JCI:** elevação dos padrões internacionais, com auditorias externas ainda mais rigorosas

A certificação ONA Nível 3 prepara a organização para a JCI porque já demanda: - Painel de indicadores robusto com análise comparativa - Governança clínica estruturada - Gestão de medicamentos avançada - Cultura de segurança do paciente madura - Documentação sistematizada e rastreável

Prazo estimado para JCI após ONA Nível 3: 18 a 36 meses adicionais de preparação específica.

5.5 Relevância para o Vivá Hospital

A JCI é relevante para o Vivá Hospital especialmente em dois cenários: 1. **Captação de pacientes médico-turistas** e pacientes estrangeiros com cobertura de planos internacionais 2. **Posicionamento de mercado** como referência nacional em cirurgia de alta complexidade (Centro Cirúrgico com sala robótica, UTI nível hospitalar terciário)

Hospitais JCI acreditados conseguem firmar convênios com seguradoras internacionais e são a escolha preferencial de empresas multinacionais que operam no sul do Brasil.

6. VISÃO QMENTUM – ACCREDITATION CANADA

6.1 O que é o Programa Qmentum

O Qmentum é o programa de acreditação internacional desenvolvido pela **Accreditation Canada** (AC), organização fundada em 1958 no Canadá. É reconhecido mundialmente pela ênfase em segurança do paciente, sustentabilidade organizacional e abordagem sistêmica da qualidade.

O programa Qmentum opera em mais de 35 países, e no Brasil é distribuído por meio de parcerias com organizações como a **Quality Global Alliance (QGA)**. Diferentemente da JCI, o Qmentum possui uma abordagem mais colaborativa e orientada ao desenvolvimento contínuo, com ciclos de avaliação trimestrais (chamados de “trajetórias”) ao longo do ciclo de certificação.

6.2 Características do Qmentum

- **Ciclo de avaliação:** 4 anos (com revisões e autoavaliações periódicas)
- **Metodologia:** Avaliação em trajetórias ao longo do ciclo — não apenas uma visita pontual
- **Foco:** Sustentabilidade dos processos, governança clínica e organizacional, cultura de segurança
- **Certificações disponíveis:**
 - Qmentum Platinum
 - Qmentum Diamond (nível máximo — alcançado pelo Hospital Unimed Chapecó em 2020)
- **Idioma:** Inglês (documentação), com suporte em português via QGA no Brasil

6.3 Comparação: ONA × JCI × Qmentum

Aspecto	ONA	JCI	Qmentum
Origem	Brasil	EUA	Canadá
Foco	Segurança → Excelência	Segurança do paciente + Qualidade	Sustentabilidade + Governança clínica
Ciclo de visitas	Pontual (2 anos)	Pontual (3 anos)	Contínuo por trajetórias (4 anos)
Abordagem	Avaliação periódica	Avaliação externa rigorosa	Desenvolvimento contínuo + avaliação Internacional (especialidade)

Prestígio	Nacional	Internacional máximo	no Canadá e América do Norte)
Aplicabilidade no Brasil	Ampla	Hospitais de excelência terciária	Crescente, especialmente no Sul

6.4 Vantagens do Qmentum para o Vivá Hospital

1. **Abordagem por trajetórias:** O modelo de avaliação contínua ao longo de 4 anos é mais adaptado à realidade de hospitais que estão construindo sua cultura de qualidade — diferente da “prova de fogo” de uma única visita
2. **Complementaridade com a ONA:** O Qmentum Diamond (nível máximo) alcançado pelo Hospital Unimed Chapecó demonstra que os dois sistemas se complementam — e o Vivá pode traçar o mesmo caminho
3. **Reconhecimento Internacional:** Especialmente relevante para o segmento de saúde de alta complexidade e oncologia, caso o hospital expanda sua atuação
4. **Benchmarks canadenses:** O Canadá é reconhecido como referência mundial em gestão de sistemas de saúde — os padrões Qmentum refletem as melhores práticas desse sistema

6.5 Caminho Sugerido para o Vivá Hospital

A trajetória que o próprio Hospital Unimed Chapecó percorreu é a referência mais próxima e relevante para o Vivá:

1. ONA Nível 3 (consolidação da excelência nacional)
2. Início do programa Qmentum (aproximadamente no 5º ao 7º ano de operação)
3. Qmentum Diamond como meta de longo prazo (visão de 7-10 anos)

7. BENCHMARKS REGIONAIS

7.1 Hospital Unimed Chapecó — A Referência Local

O Hospital Unimed Chapecó é o benchmark mais relevante para o Vivá Hospital por ser: - A maior referência hospitalar privada na mesma cidade - O único hospital de Chapecó (e um dos poucos no Brasil) com tanto ONA Nível 3 quanto Qmentum Diamond

Trajetoória documentada: - **2017:** ONA Nível 3 — Acreditado com Excelência (nível máximo nacional) - **2018:** Início do programa Qmentum International - **2020:** Qmentum Diamond — certificação internacional máxima - **2021:** Recertificação ONA Nível 3

Lições para o Vivá Hospital: - A jornada do Nível 1 ao Nível 3 da ONA levou vários anos de trabalho consistente - A certificação Qmentum Diamond foi alcançada após a base sólida da ONA 3 - A coordenadora do Núcleo de Qualidade (Jussara Spagnol) destacou que o principal benefício foi a “redução de variabilidade e a eliminação de riscos para o paciente” - O projeto envolveu “mudanças desde o detalhamento da identificação inicial do paciente até os protocolos de higienização, gerenciamento de medicamentos, controle de riscos e infecções”

7.2 Centro Hospitalar Unimed — Joinville

O Centro Hospitalar Unimed (CHU) de Joinville/SC tem trajetória igualmente exemplar: - **2004:** Primeiro hospital de Santa Catarina a obter acreditação ONA (Nível 2) - **2015:** Certificação Qmentum Diamond pela Accreditation Canada International - Mantém recertificação Qmentum até os dias atuais

Relevância: Demonstra que o caminho ONA → Qmentum é consolidado no Sistema Unimed catarinense e que Santa Catarina tem tradição e ecossistema favorável à acreditação de alto nível.

7.3 Panorama de Acreditação em Santa Catarina

Santa Catarina está entre os estados com maior concentração de hospitais acreditados no Sul do Brasil. Dados do mapa de acreditações ONA indicam hospitais certificados em cidades como: - Blumenau (ONA Nível 3 — mencionado pela Unimed Litoral) - Joinville (CHU — ONA + Qmentum Diamond) - Chapecó (Unimed — ONA Nível 3 + Qmentum Diamond) - Criciúma (ONA Nível 3 — mencionado pela Unimed Litoral) - Florianópolis e demais capitais regionais

Para dados atualizados, consultar: ona.org.br/mapa-de-acreditacoes filtrado por estado SC.

7.4 Posicionamento Estratégico do Vivá Hospital

No cenário regional, o Vivá Hospital pode ser o **primeiro hospital de Chapecó a nascer já com um processo formal de acreditação em curso desde a inauguração**. Essa é uma posição única que pode ser explorada como diferencial de mercado desde o primeiro dia de operação — mesmo antes da certificação formal, comunicar o compromisso com a acreditação ONA desde a abertura é um sinal poderoso para o mercado.

8. INVESTIMENTOS ESTIMADOS

8.1 Investimento para ONA Nível 1 (Fase 1 — Primeiros 15 meses)

Categoria	Descrição	Estimativa Mínima	Estimativa Máxima
Consultoria especializada	Consultora(or) com experiência em acreditação ONA, dedicação parcial ou integral	R\$ 50.000	R\$ 300.000
IAC — Diagnóstico Organizacional	Visita diagnóstica pela Instituição Acreditadora Credenciada	R\$ 8.000	R\$ 20.000
IAC — Visita de Avaliação	Taxa da IAC pela visita de certificação	R\$ 10.000	R\$ 25.000
Taxa ONA	Taxa oficial por leito (R\$55/leito × 100leitos) R\$ 5.500	R\$ 6.600	
Treinamentos e capacitações	Cursos de segurança do paciente, CCIH, gestão de qualidade, simulações	R\$ 20.000	R\$ 80.000
Sistema de gestão	Software GED, licenças,	R\$ 5.000	R\$ 30.000

documental	implantação		
Materiais e impressos	Formulários, cartazes de segurança, sinalização, pulseiras de identificação	R\$ 5.000	R\$ 20.000
TOTAL FASE 1		R\$ 103.500	R\$ 481.600

8.2 Manutenção Anual Pós-Certificação

Categoria	Estimativa Anual
Treinamentos contínuos e educação permanente	R\$ 20.000 - R\$ 50.000
Auditorias internas e externas	R\$ 10.000 - R\$ 30.000
Atualização de sistemas e documentação	R\$ 5.000 - R\$ 15.000
Taxa de recertificação (a cada 2 anos)	R\$ 5.500 - R\$ 7.000/2 anos
Consultoria de manutenção (opcional)	R\$ 0 - R\$ 80.000
TOTAL ANUAL	R\$ 35.000 - R\$ 180.000

8.3 Projeção para ONA Nível 2 e 3 (Anos 2 a 5)

Fase	Custo Adicional Estimado
ONA Nível 2 (preparação adicional)	R\$ 80.000 - R\$ 250.000
ONA Nível 3 (preparação adicional)	R\$ 100.000 - R\$ 350.000
JCI (taxa + preparação)	US\$ 30.000-80.000 (taxa) + R\$ 200.000-600.000 (preparação)
Qmentum International	R\$ 150.000 - R\$ 400.000

Nota de perspectiva: O investimento em acreditação, embora expressivo, é notoriamente recuperado por meio de: redução de eventos adversos (que geram custos altíssimos), melhoria na eficiência operacional, credenciamento junto a operadoras premium, atração de talentos clínicos e valorização institucional. Estudos do setor apontam retorno de 2x a 5x sobre o investimento em acreditação ao longo de 5 anos.

9. RECOMENDAÇÕES ESTRATÉGICAS

9.1 Vantagem Competitiva de Inaugurar com Acreditação em Curso

O Vivá Hospital S.A. tem uma oportunidade única que a maioria dos hospitais nunca teve: **construir a cultura de qualidade antes do primeiro paciente entrar**. Recomendamos:

- **Anunciar publicamente o compromisso com a acreditação ONA** antes da inauguração, como parte da estratégia de posicionamento de mercado
- Incluir a meta de acreditação no discurso de abertura e nos materiais de marketing institucionais

- Incorporar as Metas Internacionais de Segurança do Paciente como parte integrante da proposta de valor do hospital
- Usar o compromisso com a acreditação como diferencial nos processos de credenciamento junto a operadoras de planos de saúde

9.2 Formação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

O NQSP deve ser o **primeiro ato de gestão** após a constituição da diretoria. Recomendações para sua formação:

Composição mínima recomendada: - Coordenador(a) de Qualidade — preferencial com formação em gestão de saúde e experiência em acreditação - Enfermeiro(a) de Qualidade - Médico(a) referência em Segurança do Paciente - Representante da Área Administrativa - Representante da CCIH

Responsabilidades do NQSP: - Gerenciar todo o processo de acreditação - Coordenar a elaboração e revisão de protocolos - Gerenciar os indicadores hospitalares - Coordenar as auditorias internas - Liderar a cultura de segurança do paciente - Ser a interface com a IAC e a consultoria especializada

9.3 Contratação de Assessoria Especializada

Recomenda-se fortemente a contratação de consultoria especializada em acreditação ONA, preferencialmente com: - Experiência documentada em hospitais de porte similar (porte médio a grande, com CC e UTI) - Conhecimento da realidade do sul do Brasil e preferência por consultores com experiência em SC - Capacidade de entregar: diagnóstico, plano de ação, treinamentos, elaboração de protocolos e preparação para a visita de avaliação - Disponibilidade para acompanhamento mensal ao longo de todo o processo

Opções de IACs credenciadas pela ONA para consultar: DNV Brasil, Bureau Veritas, Vanzolini, IQG, IBES.

9.4 Indicadores-Chave a Monitorar desde a Abertura

O NQSP deve implementar, desde o primeiro mês de operação, um painel mínimo de indicadores:

Indicadores de Segurança do Paciente: - Taxa de queda de pacientes (quedas/1.000 pacientes-dia) - Taxa de úlcera por pressão adquirida no hospital - Taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISC) - Taxa de infecção urinária associada a cateter (ITU-AC) - Taxa de pneumonia associada a ventilador (PAV) - Taxa de infecção de corrente sanguínea associada a cateter central (ICS-AC) - Taxa de conformidade com a Lista de Verificação de Cirurgia Segura - Taxa de adesão à higiene das mãos

Indicadores Assistenciais: - Tempo porta-cirurgia para casos de urgência - Taxa de cancelamento cirúrgico - Taxa de reinternação em 30 dias - Taxa de mortalidade hospitalar geral - Tempo de espera no PA (triagem → atendimento médico)

Indicadores de Experiência do Paciente: - Índice de satisfação do paciente (NPS ou similar) - Taxa de resolução de reclamações em 48 horas

Indicadores Operacionais: - Taxa de ocupação de leitos (UTI e internação separados) - Tempo médio de permanência (TMP) por clínica

9.5 Ações Imediatas Recomendadas

Em ordem de prioridade, as 10 ações mais urgentes para iniciar o processo de acreditação:

1. **Designar a Coordenadora de Qualidade** — este deve ser o primeiro cargo operacional preenchido
 2. **Contratar consultoria especializada em acreditação ONA**
 3. **Escolher a IAC** e solicitar proposta para visita diagnóstica
 4. **Constituir formalmente a CCIH** (obrigatória por lei antes de qualquer operação)
 5. **Aprovar a Política de Qualidade** assinada pela Presidente Luciana Lang
 6. **Definir o sistema de gestão documental** (GED) antes de criar qualquer documento
 7. **Elaborar o mapa documental** — listar todos os protocolos, POPs e normas que precisam existir em cada setor
 8. **Implementar a identificação do paciente** (pulseira) desde o primeiro dia
 9. **Treinar toda a equipe inaugural** em Metas de Segurança do Paciente e Higiene das Mãos
 10. **Implantar o sistema de notificação de eventos adversos** desde o primeiro atendimento
-

10. REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual Brasileiro de Acreditação — MBAH**. Disponível em: <https://www.ona.org.br/manual-brasileiro-de-acreditacao/>
2. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Tabelas de Taxas para Visita de Certificação — 2024**. Disponível em: https://www.ona.org.br/uploads/Tabelas_das_taxas_para_visita_de_Certificacao_-_2024.pdf
3. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Mapa de Acreditações — Santa Catarina**. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/>
4. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **O que é Acreditação**. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>
5. DRG BRASIL. **Acreditação ONA: como funciona e quais são os níveis?** Publicado em junho de 2023. Disponível em: <https://www.drgbrasil.com.br/valoremsaude/acreditacao-ona/>
6. ESTRUTURA DINÂMICA. **ONA: Desvendando o Processo de Certificação e suas Etapas**. Publicado em junho de 2024. Disponível em: <https://estruturadinamica.com.br/como-conseguir-o-certificado-ona/>
7. QMS BRASIL. **Guia Completo Acreditação ONA**. Publicado em maio de 2024. Disponível em: <https://qmsbrasil.com.br/blog/guia-completo-acreditacao-ona/>
8. IBES. **Acreditação ONA: tempo estimado de 6 a 12 meses**. Disponível em: <https://ibes.ac-page.com/acreditacao-ona>
9. PORTAL HOSPITAIS BRASIL. **Hospital Unimed Chapecó é certificado internacionalmente**. Publicado em janeiro de 2023. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/hospital-unimed-chapeco-e-certificado-internacionalmente/>

10. UNIMED SANTA CATARINA. **Hospitais das Unimed Chapecó e Joinville conquistam importantes certificações**. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/web/santacatarina/elosc/elo-noticias-singulares-ed-06-hospitais-das-unimed-chapeco-e-joinville-conquistam-importantes-certificacoes>
11. QUALITY GLOBAL ALLIANCE (QGA). **Acreditação — Qmentum**. Disponível em: <https://qga.global/acreditacao/>
12. NEXXTO. **Qmentum e Accreditation Canada: passo a passo do processo de acreditação**. Publicado em julho de 2020. Disponível em: <https://nexxto.com/qmentum-e-accreditation-canada-passo-a-passo-do-processo-de-acreditacao/>
13. QUALIDADE PARA SAÚDE. **Acreditação Joint Commission International (JCI)**. Publicado em junho de 2024. Disponível em: <https://qualidadeparasaude.com.br/acreditacao-joint-commission-international-jci/>
14. GRAACC. **Joint Commission International: Selo de acreditação**. Publicado em outubro de 2023. Disponível em: <https://graacc.org.br/novidades/joint-commission-international/>
15. CENTRO HOSPITALAR UNIMED. **Certificações e Acreditações**. Disponível em: <https://3r4.com.br/centros-medicos/hospitais/centro-hospitalar-unimed/>
16. VIVÁ HOSPITAL S.A. — CMC CHAPECÓ MEDICAL CENTER. **Checklist de Conformidade — RDC 50 e RDC 51**. Elaborado em março de 2026. (Documento interno do projeto — base para análise de conformidade estrutural neste roadmap.)
17. BRASIL. **Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País. Diário Oficial da União, Brasília, 1997.
18. ANVISA. **RDC nº 50/2002** — Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.
19. ANVISA. **RDC nº 36/2013** — Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Metas Internacionais de Segurança do Paciente**. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety>

Elaborado com base em pesquisa de fontes públicas — março de 2026. Este é um documento de planejamento estratégico (draft) e não substitui consultoria especializada em acreditação hospitalar. Para informações oficiais e atualizadas, consultar sempre os manuais vigentes da ONA (ona.org.br), JCI (jointcommissioninternational.org) e Accreditation Canada (accreditation.ca).